

Santa Maria Gastroenterology Medical Group

Nombre _____ Fecha _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono de Casa _____ Telefono de trabajo _____

Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Masculino
 Femenio

Domicillio de correo electronico: _____

Lugar de Empleo _____ Ocupacion _____

Direccion de empleado _____

Doctor Primario _____ Telefono _____

Estado civil: Casado Soltero Viudo Divorciado separado

Estado de empleo: completo parte retiró autónomos activo militar ninguno

Persona en caso de emergencia _____ Telefono _____

Aseguranza primaria _____

Direccion _____

Nombre de asegurado _____ Hombre
 Mujer

Relacion al paciente: Si mismo Esposa hijo Otro Fecha de nacimiento del asegurado _____

ID # _____ Group # _____

Aseguranza Secundaria _____

Direccion _____

Nobre de asegurado _____ Hombre
 Mujer

Relacion a paciente: Self Esposa hijo Otro Fecha de nacimiento del asegurado _____

ID # _____ Group # _____

Persona responsable de esta cuenta _____ Self Esposa Guardian Otro _____

Direccion _____

Telefono de casa _____ Telefono de trabajo _____ Seguro Social _____

Lugar de empleo _____

Direccion de empleador _____

POR FAVOR, COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

Autorización de seguros del paciente

Nombre _____ fecha de nacimiento _____

Autorizo el pago de prestaciones médicas para el médico o el proveedor para servicios a mí o en mi nombre a continuación. También autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para proceso de reclamaciones por servicios prestados a mí o en mi nombre.

Grupo Medico de Gastroenterologia de Santa Maria

Entiendo mi firma autoriza la publicación de cualquier información médica necesaria para proceso afirmaciones relacionadas con mi salud y los servicios prestados a mí o en mi nombre y autoriza dicho pago de tales servicios se hace a los proveedores mencionados. Si "otro seguro de salud" se indica en artículo 9 de la formulario CMS1500, electrónicamente presentada formato u otro había aprobado formulario de reclamo, mi firma autoriza a compartir la información a la aseguradora o la agencia que se muestra. En Medicare portador médico contratado casos, el médico se compromete a aceptar la determinación de la carga de la Medicare u otro operador como la carga completa y el paciente es responsable de sólo el deducible, coaseguro, copago y cantidades del servicio no cubierto. Deducibles, coaseguros y copagos cantidades se basan en el Medicare y seguros determinación del transportista. Entiendo los copagos deben en total en el momento que se prestan los servicios. Entiendo que es mi responsabilidad de ver que todos los servicios son pagados en su totalidad por mi compañía de seguros o por mí mismo de manera oportuna.

Reconozco que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

(Firma del paciente)

(Fecha)

(Representante)

(Fecha)

Por favor notifique a nuestra oficina si su seguro, dirección o teléfono número cambia. Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestra política financiera facturación seguros, no dude en llamar a nuestra oficina de facturación en 805-287-9107 Va ser facturación a sus compañías de seguros primarios y secundarios.

REGISTRO DEL PACIENTE DE LAS DIVULGACIONES

En general, la regla de privacidad HIPAA da a los individuos el derecho a solicitar una restricción de usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). El individuo también se encuentra el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o que se puede hacer una comunicación de PHI por medios alternativos, como el envío de correspondencia a la oficina de la persona en vez de individuales. deseo ser contactado de la siguiente manera (verifica todo que aplica):

Telefono de celular o casa _____

Comunicación escrita

OK para dejar mensaje con información detallada

O.K. a correo a mi domicilio

Dejar mensaje con número de devolución de llamada sólo

Autorización por fax a este number _____

OK para divulgar información a _____

Relación con el paciente: _____

La regla de privacidad generalmente requiere que los proveedores de salud tomar las medidas razonables para limitar el uso o la divulgación de y pide para PHI al mínimo necesario para lograr el propósito previsto. **Estas disposiciones no se aplican a demandar o divulgaciones en virtud de una autorización solicitada por el individuo.** Entidades de salud deben mantener registros de las divulgaciones de la PHI. Yo (paciente) han recibido y reconozco el aviso de prácticas de privacidad. Una copia completa de aviso de privacidad prácticas (NOPP) está publicada en nuestra oficina y está disponible a petición.

Firma

nombre en imprenta del paciente

Fecha

Nota: Usos y divulgaciones de PHI permitidos sin previo consentimiento en caso de emergencia

Formato de entrevista paciente

NEW	PRIOR
HMO	PPO
MCR	CENCAL
WT:	_____
HT:	_____
BP:	_____
PI II	SF:

Hoy en día la información del paciente _____ **fecha:** _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo u otros isleños del Pacífico | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Más de uno | <input type="checkbox"/> Paciente se niega a proporcionar |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Otros | |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> hispanos o latinos | |

Género:

- Macho mujeres otros

Idioma preferido: _____

Allergies

- El paciente no tiene alergias de drogas conocidas
- | | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Analgésicos como aspirina, salicilatos | <input type="checkbox"/> Sulfato de codeína | <input type="checkbox"/> Demerol | <input type="checkbox"/> medicamentos que contienen Yodo |
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Valium | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> Morfina y afines |

Vacunas

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe
Cuando: ____ | <input type="checkbox"/> Pneumovax
Cuando: ____ | <input type="checkbox"/> Hep B
Cuando: ____ | <input type="checkbox"/> Hep A
Cuando: ____ |
|---|--|--|--|

Conditions médica pasada o presente

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Úlcera de estómago |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Tratamiento del cáncer |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Soplos cardíacos | <input type="checkbox"/> Obstrucción nasal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Asma/bronquitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Marcapasos | |
| <input type="checkbox"/> Injertos de venas sanguíneas | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Pólipos | |
| <input type="checkbox"/> Tos, frío, la gripe (dentro de 2 meses) | <input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Convulsiones, epilepsia | |
| | | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | |

¿Embarazada? Semanas de Gestation ____
Fecha del último ciclo Menstrual? ____

Estudios de diagnóstico/Test

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Abdomen CT / Pelvis | <input type="checkbox"/> HIDA Scan cuando: ____ | <input type="checkbox"/> Cuando la radiografía gastrointestinal: _____ | <input type="checkbox"/> Cuando la radiografía gastrointestinal superior: _____ |
| <input type="checkbox"/> Abdominal U/S cuando: ____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros: ____ | | | | |

Previous Surgeries

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Endoscopia | <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia | <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | Cuando: ____ | Cuando: ____ | Cuando: ____ | Cuando: ____ |
| Cuando: ____ | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón | <input type="checkbox"/> Hemorroidectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | Cuando: ____ | Cuando: ____ | Cuando: ____ | Cuando: ____ |
| Cuando: ____ | <input type="checkbox"/> Biopsia del hígado | <input type="checkbox"/> Cirugía de la obesidad | <input type="checkbox"/> Cirugía de ovario | |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | Cuando: ____ | Cuando: ____ | Cuando: ____ | |
| Cuando: ____ <input type="checkbox"/> la ligadura de trompas cuando: ____ | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación | | <input type="checkbox"/> Cirugía de mama | |
| | Cuando: ____ | | Cuando: ____ | |

Social History

Ocupación: _____ número de niños: _____

Alcohol

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Diariamente: Cuántos? ____ | <input type="checkbox"/> Menos de 2 días a la semana |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Más de 2 días a la semana | <input type="checkbox"/> Dejar de consumir alcohol |

Estado de fumar

- | | | | |
|-------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No fumador | <input type="checkbox"/> Actual fumador de cada día | <input type="checkbox"/> Actual fumador de algunos días | <input type="checkbox"/> Ex fumador: salir de fecha? _____ |
|-------------------------------------|---|---|--|

Uso de drogas Tipo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca he usado drogas recreativas | <input type="checkbox"/> Actualmente estoy usando drogas recreativas |
| <input type="checkbox"/> He usado drogas en el pasado | <input type="checkbox"/> He sido tratado por abuso de sustancias |

History médicos de familia

- Sin conocimiento de la historia familiar

No antecedentes familiares de cáncer del colon pólipos

Estado de salud de la familia

	Madre	padre	hermana	hermano
Vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallecido en <input type="checkbox"/> años	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____
Cause of Death	_____	_____	_____	_____
Diagnósticos:				
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colon Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colon pólipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crohn enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estómago cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other	_____	_____	_____	_____

Name: _____

Revisión actual de Days de Systems Within el pasado 30

Gastrointestinal

- Ninguno
- dolor abdominal de
- eructos
- sangre rojo brillante por recto
- cambio en los hábitos de escrementos
- estreñimiento
- diarrea
- flatulencia
- gas/inflamación
- vómito con sangre
- acidez
- indigestión
- náuseas
- vómitos
- escrementos negro
- intolerancia lácteos
- urgencia rectal
- pérdida del control intestinal

Cardiovascular

- Ninguno
- angina
- hinchazón de tobillos
- palpitaciones
- dolor en el pecho
- latidos irregulares

Respiratoria

- Ninguno
- asma
- tos crónica
- enfisema
- ronquera
- falta de aliento

Genitourinario

- Ninguno
- micción dificultad al orinar
- infecciones de orina frecuente
- sangre en la orina
- la enfermedad renal

- piedra de riñón

Músculo esquelético

- Ninguno
- artritis
- dolor de espalda
- gota
- dolor en las articulaciones
- el dolor muscular
- rigidez

Neurológico

- Ninguno
- tiempos
- migrañas
- trastorno convulsivo
- TIA
- tendencia descendente
- mareos
- dolores de cabeza frecuentes
- entumecimiento en las extremidades

Endocrino

- Ninguno
- diabetes
- enfermedad de la tiroides
- pérdida de pelo
- intolerancia al frío
- intolerancia al calor
- sed excesiva

Hematológicas/linfático

- Ninguno
- anemia
- trastorno de sangrado
- formación de hematomas
- glándulas hinchada

Ojos

- Ninguno
- catarata
- glaucoma
- visión borrosa

- visión doble
- dolor
- disminución visual

Oídos, nariz, garganta

- Ninguno
- dificultad para deglutir
- dolor al tragar
- dolor de garganta
- pérdida de la audición

Psiquiátrica

- Ninguno
- alcoholismo
- ansiedad
- depresión de
- dificultad para dormir
- pérdida de interés en actividades divertidas

Alérgicas/inmunológicas

- Ninguno
- Exposición al VIH
- infecciones persistentes
- alergias (ambientales)
- Urticaria recurrente de
- fuerte reacción alérgica

Tegumentario

- formación de hematomas
- erupción de
- ictericia

Constitucional

- Ninguno
- pérdida de apetito
- aumento de peso
- pérdida de peso
- fiebre
- escalofríos
- fatiga

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS

Lista de todos los medicamentos incluidos en el mostrador

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

___ I actualmente no estoy tomando ningun medicamento

Farmacia: _____ ubicación: _____

POR FAVOR ESCRIBA

-	MEDICAMENTO (NOMBRE DE LA DROGA)	DOSIFICACIÓN MG/MCG	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMA	FECHA COMENZÓ	RAZÓN PARA TOMAR
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					