

Estimada paciente,

Bienvenida a nuestra práctica y gracias por elegir a los proveedores de Highland Medical, P.C. para sus necesidades de atención médica.

Con el fin de agilizar el proceso de registro, por favor complete los formularios del paciente y llévelos con usted a su primera cita. Esto asegurará que sea atendida de forma rápida y nos ayudará a finalizar el proceso de registro eficiente y correctamente. Además, recuerde que debe llevar los siguientes documentos con usted a su cita:

- Su tarjeta(s) de seguro
- Identificación con foto, tal como licencia de conducir o pasaporte
- Co-pago o deducible requerido por su seguro (se acepta efectivo, cheque, o tarjetas de crédito)
- Lista de todos los medicamentos actuales, incluyendo la dosis y la frecuencia, y de las alergias
- Las referencias que podrían ser necesarias antes de la prestación de servicios

Esperamos conocerla pronto y proporcionarle los servicios de salud de calidad que usted se merece.

Sinceramente,

El personal médico de Highland Medical, P.C.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

apellido	primer nombre	inicial del segundo nombre	
estado civil		género	
calle		ciudad/estado/código postal	
teléfono del hogar	teléfono celular	teléfono del trabajo	
dirección de correo electrónico			
fecha de nacimiento	raza	identificación étnica	idioma preferido
ocupación		empleador	

**INFORMACIÓN DEL SEGURO:**

nombre del titular de la tarjeta	relación
fecha de nacimiento del titular de la tarjeta	
calle	ciudad/estado/código postal
póliza de seguro primaria	número de póliza/identificación
póliza de seguro secundaria	número de póliza/identificación

¿Es esta una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo? (marque con un círculo) **SÍ** **NO**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO REFERENTE (si lo hubiere):**

\_\_\_\_\_

médico referente

\_\_\_\_\_

teléfono

\_\_\_\_\_

fax

\_\_\_\_\_

dirección del médico referente calle

\_\_\_\_\_

ciudad/estado/código postal

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA (si lo hubiere):**

\_\_\_\_\_

médico de cabecera

\_\_\_\_\_

teléfono

\_\_\_\_\_

fax

\_\_\_\_\_

dirección del médico de cabecera calle

\_\_\_\_\_

ciudad/estado/código postal

**INFORMACIÓN DEL GINECÓLOGO (si lo hubiere):**

\_\_\_\_\_

Ginecólogo

\_\_\_\_\_

teléfono

\_\_\_\_\_

fax

\_\_\_\_\_

dirección del ginecólogo calle

\_\_\_\_\_

ciudad/estado/código postal

**INFORMACIÓN DE LA FARMACIA:**

\_\_\_\_\_

nombre

\_\_\_\_\_

teléfono

\_\_\_\_\_

dirección del farmacia calle

\_\_\_\_\_

ciudad/estado/código postal

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:**

Por la presente autorizo el pago directo de las prestaciones médicas a Highland Medical, P.C. por los servicios prestados.

Entiendo que soy responsable por los cargos no cubiertos por mi compañía(s) de seguros. Esto puede incluir deducibles, co-pagos, co-seguros y servicios denegados (no cubiertos).

Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago es correcta. Solicito que el pago de beneficios autorizados se haga en mi nombre. Una fotocopia de estas asignaciones tiene la misma validez que un original.

---

firma fecha

---

nombre fecha de nacimiento

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:**

Autorizo a Highland Medical, P.C. a liberar cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamos de seguro.

---

firma fecha

**GARANTÍA DE PAGO:**

En consideración de los servicios prestados por Highland Medical, P.C. yo, el firmante, me comprometo a pagar a Highland Medical, P.C. cualquier co-pago, co-seguro o deducible indicado por mi plan de seguro médico. Además, estoy de acuerdo en pagar todos los servicios que no están cubiertos por mi plan de seguro médico a condición de que se me haya informado de lo mismo antes de la prestación de dichos servicios.

---

firma fecha

**COMUNICACIONES CON EL PACIENTE:**

De acuerdo con las regulaciones estatales y federales, Highland Medical, P.C. quiere asegurarle que su información médica personal será manejada de manera confidencial y con el máximo respeto. Ayúdenos a mantener la confianza al completar este formulario. Indique a continuación el número(s) de teléfono que debemos utilizar para ponernos en contacto con usted.

---

teléfono del hogar teléfono celular teléfono del trabajo

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**PARA DEJAR UN MENSAJE CONFIDENCIAL:**

Por favor, indique en qué número, si lo hubiere, nos autoriza a dejar un mensaje de voz confidencial si no podemos hablar con usted:

Número de teléfono para mensaje confidencial: \_\_\_\_\_

Iniciales aquí: \_\_\_\_\_

**USO DE CORREO ELECTRÓNICO:**

Por favor, indique si podemos enviar información por correo electrónico: (marque con un círculo)  SÍ  NO

\_\_\_\_\_  
dirección de correo electrónico

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

¿Desea que nos pongamos en contacto con alguna persona en caso de una emergencia o si no podemos comunicarnos con usted?

\_\_\_\_\_  
nombre relación número de teléfono

\_\_\_\_\_  
nombre relación número de teléfono

Comprendo que Highland Medical, P.C. se adhiere a las normas señaladas por la ley HIPAA y seguirá las directrices que he descrito anteriormente.

\_\_\_\_\_  
firma

\_\_\_\_\_  
fecha



NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

En los últimos años, el número de programas de seguros médicos ha aumentado de manera significativa. Incluso dentro de una misma compañía de seguros pueden haber varios programas con diferentes beneficios y requisitos. Por lo tanto no podemos conocer, o mantenernos al día con, las políticas, programas y disposiciones de cada compañía de seguros.

Algunos programas requieren que se utilice una instalación específica para las pruebas de laboratorio y radiología. Algunos programas requieren autorizaciones previas y notificación de las visitas al hospital y los servicios de emergencia. Es su responsabilidad conocer:

1. Si esta oficina participa con su compañía de seguros y si cubrirán los exámenes físicos, vacunas, cirugías, etc.
2. Asesorar a esta oficina por anticipado, cada vez que le proporcionamos un servicio, de los requisitos de su seguro. Haremos nuestro mejor esfuerzo para cumplir con los requisitos de su compañía de seguros.

Por favor, comprenda que si no hemos sido informados con antelación de los requisitos o condiciones de su seguro y proporcionamos un servicio o utilizamos un laboratorio que está fuera de su seguro, usted será responsable de los cargos correspondientes. Además, puede ocurrir que no podamos proporcionar un consultor o laboratorio que participe con su seguro. Será su responsabilidad resolver esto con su compañía de seguros.

A menos que haya seguido cuidadosamente las regulaciones de su compañía de seguros, ellos pueden rechazar todo o parte de su reclamo. Su compañía de seguros debe haberle proporcionado un número de teléfono para usar si usted tiene alguna pregunta sobre su cobertura.

Acuso recibo de esta información.

---

firma del paciente

fecha

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Highland Medical, P.C. escrito en un lenguaje sencillo. El aviso indica en detalle el uso y divulgación de mi información protegida de salud que puede hacer esta práctica, mis derechos individuales, cómo puedo ejercer estos derechos y las obligaciones legales de la práctica con respecto a mi información médica.

Entiendo que Highland Medical, P.C. se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad y hacer cambios con respecto a toda la información de salud protegida archivada en, o controlada por, esta práctica. Si se producen cambios, esta práctica me proporcionará por medio de un pedido un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. Por otra parte, entiendo que sin mi consentimiento firmado, mi información médica no será divulgada a personas no autorizadas.

---

nombre del paciente

fecha de nacimiento

---

firma del paciente

fecha

---

firma del padre o tutor (si el paciente es menor de edad)

fecha

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Médico referente: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino o Femenino      Estado Civil: C   S   D   V

Ocupación: \_\_\_\_\_

Medicamentos y vitaminas	Dosificación	¿Con qué frecuencia? ¿Por vía oral o por inyección?

Consentimiento para comprobar el historial de medicamentos: (marque con un círculo)    **SÍ**    **NO**

Enfermedades médicas	Año de diagnóstico

Operaciones	Año	Hospital	Cirujano

Exposición previa a la radiación: (marque con un círculo)    **SÍ**    **NO**    Edad: \_\_\_\_\_



NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido alguna vez, cualquiera de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)

Diabetes	Asma	Dolor rectal	Micción durante la noche
Artritis	Tuberculosis	Cambio en los hábitos intestinales	Frecuencia urinaria
Flebitis/coágulos de sangre	Enfisema (EPOC)	Sangre/mucosidad en las zheces	Cálculos renales
Presion sanguinea alta	Tos crónica	Heces fecales negras o alquitranadas	Sangrado vaginal anormal
Ataque al corazón	Náuseas/vómitos	Pérdida de peso	PAP normal en los últimos 2 años
Dolor de pecho (angina de pecho)	Diarrea	Pérdida de apetito	Colesterol alto
Falta de aliento	Estreñimiento	Ictericia	Depresión
Derrame cerebral	Sangramiento rectal	Acidez	Problemas tiroideos

¿Alguna vez le ha hecho una colonoscopia? (marque con un círculo) SÍ NO

Si contesta sí, cuándo: \_\_\_\_\_

**Alergias a medicamentos**

**Reacción**


**Uso de tabaco**

**Uso de alcohol**

Actualmente, Previamente, Nunca:	Sí No
Duración:	Duración:
Cuánto por día:	Cuánto por día:

**Drogas recreativas**

Actualmente, Previamente, Nunca:
Duración:
Tipo:

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE CÁNCER EN LA FAMILIA:**

¿Algún miembro de su familia, incluyendo hijos, hermanos, padres, abuelos, tíos y primos, ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (En caso afirmativo, especifique los individuos y las condiciones.)

1. Cáncer de seno \_\_\_\_\_
2. Cáncer de ovarios \_\_\_\_\_
3. Cáncer uterino \_\_\_\_\_
4. Cáncer de pecho masculino \_\_\_\_\_
5. Cáncer de estómago \_\_\_\_\_
6. Cáncer de colon o cáncer rectal \_\_\_\_\_
7. Cáncer de hígado y biliar \_\_\_\_\_
8. Cáncer de páncreas \_\_\_\_\_
9. Cáncer de próstata \_\_\_\_\_
10. Cáncer de las tiroides/paratiroides \_\_\_\_\_
11. Cáncer de riñón \_\_\_\_\_
12. Tumor en la glándula suprarrenal \_\_\_\_\_
13. Leucemia/Otro cáncer de la sangre \_\_\_\_\_
14. Tumores o cáncer óseos \_\_\_\_\_
15. Tejido blando o Sarcoma (cáncer muscular) \_\_\_\_\_
16. Tumor cerebral/hipofisario \_\_\_\_\_
17. Melanoma/Lipoma/Otro cáncer de piel \_\_\_\_\_
18. Cáncer de la cara/ojos/labios/lengua/oral \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**PARA LAS MUJERES SOLAMENTE:**

Edad de la primera menstruación \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue su última menstruación (de ser aplicable)? \_\_\_\_\_

¿Podría estar embarazada? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad comenzó/terminó la menopausia? \_\_\_\_\_

¿Sangramiento después de la menopausia? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, edad de inicio: \_\_\_\_\_

¿Usa actualmente o ha usado anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas)? \_\_\_\_\_

¿Usa actualmente o ha usado reemplazo hormonal después de la menopausia? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido embarazos? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, número de embarazos: \_\_\_\_\_

Número de partos vivos \_\_\_\_\_ Edad en el momento de su primer parto vivo: \_\_\_\_\_

¿Dio pecho, y si es así, número de hijos y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Se examina sus senos? \_\_\_\_\_ Fecha del último examen de senos médico: \_\_\_\_\_

Fecha de la última mamografía y dónde: \_\_\_\_\_

Edad durante la primera mamografía: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido biopsias de senos? (especifique qué seno y por qué) \_\_\_\_\_

Fecha de la biopsia de seno y dónde: \_\_\_\_\_

Fecha de la última prueba de Papanicolau (PAP): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una histerectomía? (marque con un círculo) SÍ NO Motivo: \_\_\_\_\_

¿Se le ha realizado la extirpación quirúrgica del útero, los ovarios o las trompas de Falopio?

(marque con un círculo) SÍ NO

Razón: \_\_\_\_\_

Estimada paciente,

De acuerdo a las Regulaciones Federales de HIPAA, cada paciente debe estar seguro de que sus registros médicos se mantienen en la más estricta confidencialidad. Con el fin de que Highland Medical, P.C. pueda cumplir con estas normativas, le pedimos que se tome un momento para completar el siguiente cuestionario.

Se requiere su firma cuando se solicite.

¿Con qué individuos podemos discutir su historial médico, pruebas o resultados de laboratorio?

\_\_\_\_\_ relación con el paciente

\_\_\_\_\_ relación con el paciente

\_\_\_\_\_ relación con el paciente

¿Dónde podemos contactarlo?: (marque con un círculo)

Teléfono de la casa:  SÍ  NO Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono celular:  SÍ  NO Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo:  SÍ  NO Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico:  SÍ  NO Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Comprendo que Highland Medical, P.C. se adhiere a las normas señaladas por la ley HIPAA y seguirá las directrices que he descrito anteriormente.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Highland Medical, P.C. escrito en un lenguaje sencillo. El aviso indica en detalle el uso y divulgación de mi información protegida de salud que puede hacer esta práctica, mis derechos individuales, cómo puedo ejercer estos derechos y las obligaciones legales de la práctica con respecto a mi información médica.

Entiendo que Highland Medical, P.C. se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad y hacer cambios con respecto a toda la información de salud protegida archivada en, o controlada por, esta práctica. Si se producen cambios, esta práctica me proporcionará por medio de un pedido un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También entiendo que sin un consentimiento firmado por el paciente, la información médica no será divulgada a personas no autorizadas.

---

nombre del paciente

fecha de nacimiento

---

firma del paciente

fecha

---

firma del padre o tutor (si el paciente es menor de edad)

fecha