

ARLINGTON WOMEN'S CENTER, PLLC

Para uso de la oficina

Primary Ins: _____

Secondary Ins: _____

LAB:

LABCORP (we bill) _____

LABCORP (lab bills) _____

QUEST (lab bills) _____

INFORMACION DEL PACIENTE (IMPRESA POR FAVOR)

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre: _____

Otro nombre: _____

Numero de seguro social #: _____ - _____ - _____

Por favor marque su estado civil: _____ *Soltera* _____ *Casada* _____ *Separada* _____ *Divorciada* _____ *Viuda*

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo de area: _____

Telefono (casa): _____ (podemos dejar un mensaje detallado? SI / NO)

Otro Telefono: _____ (podemos dejar un mensaje detallado? SI / NO)

Empleada en: _____ Ocupacion: _____

Direccion del empleo: _____ Telefono (empleo): _____

Nombre del esposo o persona responsable: _____

Relacion: Yo Misma _____ Esposo _____ Pariente _____ Otro (especifique) _____

Nombre de la persona responsable: _____

Direccion del empleo: _____ Ocupacion: _____

Telefono (empleo): _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____

En caso de EMERGENCIA contactar:

Nombre: _____ Relacion _____ Telefono: _____

INFORMACION DE SEGURO

Seguro primario: _____ Nombre del asegurado: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento del asegurado de la poliza: _____

Relacion: Misma _____ Esposo _____ Pariente _____ Otro (especifique) _____

Seguro Secundario: _____ Nombre del asegurado: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento del asegurado de la poliza: _____

Numero de cuenta: _____

AWC SPANISH DEMOGRAPHIC 12/08

QUESTIONARIO PARA PACIENTES

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____ **Fecha de hoy:** ____/____/____

Nombre del Medico Primario : _____ Quien la refirió: _____

Motivo de visita: _____ **ALERGIAS DE MEDICAMENTO:** _____

Numero de embarazos: _____ Cuantos niños tiene: _____

Ha tenido usted o algún familiar (madre, padre, hermanos(as), abuelos) las siguientes enfermedades:

	USTED	FAMILIARES	Que cirugias ha tenido?	
			<u>Cirugia</u>	<u>Fecha de Cirugia</u>
Alzheimers			_____	_____
- Asma			_____	_____
Defectos de Nacimiento			_____	_____
Desordenes de Sangre			_____	_____
Coagulos en la Sangre			_____	_____
Cancer del Seno			_____	_____
Otro Tipo de Cancer			_____	_____
Diabetes			_____	_____
Epilepsia			_____	_____
Enfermedades del Corazon			_____	_____
Alta Presion			_____	_____
Enfermedades de Riñones			_____	_____
Derrame Cerebral			_____	_____
Gemelos			_____	_____

Por favor marque/circule si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

Anemia	Hepatitis (A/B/C)	Prolapso de válvula mitral	Ulceras	Lupus
Alto Colesterol	Abuso de sustancia	Migrañas	Transfusión de sangre	Depresión
Estreñimiento	Piedras en los riñones	Enfermedad de tiroides		Fibromyalgia
Enfermedad de Vesícula	Enfermedad Pulmonar	Infeción en la orina o riñones		

Infecciones Transmitidas Sexualmente:

Chlamydia -Herpes -Verrugas Genitales -Virus del Papiloma Humano -Gonorrea -Sífilis -Otro: _____

A que edad tuvo su primera menstruación? _____

Su menstruación es regular? Sí____ No____ Cuantos dias dura su ciclo?____

Son abundantes? Sí____ No____ Tiene dolores severos (cólicos)? Sí____ No____

Cuando fue su última menstruación? ____/____/____

Cuando fue su ultimo examen de papanicolau? _____

Alguna vez ha tenido un resultado de papanicolau que no fue normal? Sí____ No____

Cuando? _____ Como fue tratado? _____

Cuando fue su último mamo grama? _____

Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? Sí____ No____

Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? _____

Está sexualmente activa? Sí____ No____ Con Hombres? Si____ No____ Con Mujeres? Si____ No____

Que método de contracepcion usa? _____

Su pareja ha tenido una vasectomía? Sí____ No____

Usted fuma cigarrillos? Sí____ No____ Cuantos por día? _____

Consumo alcohol? Sí____ No____

Cuanto café toma por día? _____

Toma vitaminas y/o suplementos naturales? Sí____ No____

Por favor liste los nombres, dosis y cantidad de todo medicamento que usted toma actualmente:

Por favor liste el nombre y el número de teléfono de su farmacia: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Proveedor: _____ **Fecha:** _____

ARLINGTON WOMEN'S CENTER, PLLC
1625 N. George Mason Drive Suite 325 Arlington, VA 22205 703-717-4600

**CONSENTIMIENTO DE PACIENTES PARA USO DE SU INFORMACION MEDICA.
ACUSO DE RECIBO DE NUESTRA POLITICAS DE PRACTICA PRIVADA**

Con mi consentimiento, ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC puede utilizar mi información medica para mi tratamientos, pagos y otras operaciones concernientes a mi salud. Por favor leer las políticas de práctica privada para una descripción mas completa de estos temas.

Con mi consentimiento, ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC puede enviar a mi hogar cualquier información que ayude en mis tratamientos, pagos u operaciones, en tanto sean marcados como "personal y confidencial". Al firmar este documento, doy mi consentimiento a ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC a utilizar mi información medica en mis tratamientos, pagos u operaciones concernientes a mi salud. Puedo declinar mi consentimiento a lo antes referido, por escrito, excepto por la información que ya ha sido utilizada. De no firmar este consentimiento, ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC puede negarse a proveerme tratamiento medico.

POLITICAS FINANCIERAS

Con mi consentimiento, ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC puede efectuar exámenes adicionales en cualquier resultado anormal mio (ej-si su PAP es anormal, el laboratorio debe efectuar otros exámenes). Entiendo que los exámenes adicionales le serán cobrados ya sea a mi seguro o a mi.

ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC me cobrara 10\$ por nuevas recetas medicas o recetas medicas perdidas. Este proceso involucra llenar y faxear papeles a farmacias y seguros médicos. Entiendo que las recetas medicas que se me den durante mi visita serán sin costo alguno. Entiendo también que el cobro de 10\$ se debe al procesamiento adicional que esa receta médica genera.

ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC me cobrara 30\$ por no presentarme a mi cita medica si no llamo para cancelar 24 horas antes de la misma.

ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC me cobrara 15\$ junto con mi copago si no pago este ultimo el dia de mi cita.

ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC me cobrara 35\$ por cualquier cheque que no sea aceptado en el banco.

Autorizo el pago de beneficios médicos a ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC por servicios prestados.

Estoy de acuerdo en pagar por completo cualquier cuenta por servicios que caen bajo mi responsabilidad. Esto puede incluir servicios negados por mi seguro medico, aplicados a mi deducible, etc. De no pagar, entiendo que mi deuda puede ser enviada a una compañía de colección financiera y puedo ser despedida de la practica. Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable por cualquier deuda en mi cuenta.

Entiendo que es mi responsabilidad proveer a la oficina de ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC con mi tarjeta de seguro al momento de mi consulta. Entiendo que de brindar información incorrecta o vencida seré responsable financieramente por los gastos ocasionados.

He leído la política de practica privada y políticas financieras de ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC .

Firma de paciente o representante legal

Nombre escrito

fecha