

ARLINGTON WOMEN'S CENTER, PLLC

Para uso de la oficina

Primary Ins: _____

Secondary Ins: _____

LAB:
QUEST (we bill) _____
QUEST (lab bills) _____
LABCORP (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: _____

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
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		

Que cirugias ha tenido?

<u>Cirugia</u>	<u>Fecha de Cirugia</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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 | Infección 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? Si _____ No _____ Cuantos días dura su ciclo? _____

Son abundantes? Si _____ No _____ Tiene dolores severos (cólicos)? Si _____ 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? Si _____ No _____

Cuando? _____ Como fue tratado? _____

Cuando fue su último mamograma? _____

Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? Si _____ No _____

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

Está sexualmente activa? Si _____ No _____ Con Hombres? Si _____ No _____ Con Mujeres? Si _____ No _____

Que método de contracepcion usa? _____

Su pareja ha tenido una vasectomía? Si _____ No _____

Usted fuma cigarrillos? Si _____ No _____ Cuantos por día? _____

Consumo alcohol? Si _____ No _____

Cuanto café toma por día? _____

Toma vitaminas y/o suplementos naturales? Si _____ 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:** _____

**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 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