

REGISTRO

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

J. GABRIEL CASTELLANOS, M.D., INC.

CASTELLANOS MEDICAL CLINIC

234 East Badillo Street

Covina, CA 91723

Telephone: (626) 915-9992

Fecha _____ Teléfono de la Casa (_____) _____ Celular (_____) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____ **No. de Identif. del Paciente/SS/HIC** _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Dirección _____ **E-mail** _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Sexo M F **Edad** _____ **Fecha de Nacimiento** _____
 Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Menor de Edad
 Separado(a) Divorciado(a) Ha vivido con su pareja por _____ años

Empleador o Escuela del Paciente _____ **Ocupación** _____

Dirección del Empleador o Escuela _____ **Teléfono del Empleador o Escuela** (_____) _____

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ **Teléfono** (_____) _____

SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Relación con el Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **No. Seg. Soc.** _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ **Teléfono** (_____) _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Persona Responsable Empleada por _____ **Ocupación** _____

Dirección del Empleador _____ **Teléfono del Empleador** (_____) _____

Compañía de Seguros _____

Contrato No. _____ **Grupo No.** _____ **Suscriptor No.** _____

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional? Sí No

Nombre del Suscriptor _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Relación con el Paciente** _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ **Teléfono** (_____) _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Suscriptor Empleado por _____ **Teléfono del Empleador** (_____) _____

Compañía de Seguros _____ **No. Seg. Soc.** _____

Contrato No. _____ **Grupo No.** _____ **Suscriptor No.** _____

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____ y traspaso directamente al
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros _____
Dr. Jose Castellanos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados.
Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Relación con el Paciente



Nuestra póliza financiera.

Por favor lea con cuidado para que Usted entienda nuestra poliza financiera completamente.

1. Iniciales _____. El co-pago se debe de pagar al momento del servicio de acuerdo con su póliza. No aceptamos cheques pero si aceptamos tarjetas de crédito (el servicio le cuesta \$1.00). No aceptamos el “pagar despues” o “mandeme a cobrar.” Gracias por entenderlo.

2. Iniciales _____. Tenga en mente que su póliza de seguro médico es básicamente un contrato entre Ud. y su compañía de seguros. Si su compañía de seguros no paga dentro de un periodo razonable de tiempo, nosotros le cobraremos a Ud. Si despues recibimos un cheque de su compañía, le re-embolsaremos el pago en exceso.

3. Iniciales _____. Tenemos contratos con varias compañías y aceptamos su plan de beneficios. Al principio le cobraremos un depósito del deducible en lugar del co-pago si su seguro nos dice que el deducible no se ha cumplido. Usted tambien será responsable por los servicios o procedimientos no cubiertos o no pagados.

4. Iniciales _____. Si Ud. está asegurado con una compañía con la cual nosotros NO tenemos ningun acuerdo, Ud deberá pagarnos la consulta el mismo dia de la visita. Como una cortesía a Usted, nosotros enviaremos el cobro a su seguro, pero los beneficios de su plan, son los que determinarán en gran medida el pago a recibir.

5. Iniciales _____. Todos los cargos vencen al recibir el estado de cuenta de nuestra oficina. Si tenemos que mandarle cobrar otra vez, le cargaremos \$10.00 por cargos de cobranza cada mes hasta que el saldo sea pagado.

6. Iniciales _____. Si trae formas para que las llene el doctor, le cobraremos de acuerdo a la complejidad de las mismas y al tiempo empleado en llenarlas.

7. Iniciales _____. Hay un cargo de \$20.00 por faltar a una visita y \$40.00 si la visita es para un examen fisico, un examen Pre-Operatorio o un Papanicolau. Puede cancelar 24 horas antes y no se le cobrará nada, ademas nos ayuda a llenar espacios vacios en la agenda para quien ocupe citas urgentes el mismo dia. Gracias.

He leído y entiendo la póliza financiera de CASTELLANOS FAMILY PRACTICE y estoy de acuerdo con los términos aquí descritos. Tambien entiendo y estoy de acuerdo que tales términos pueden ser revisados por la clínica a su discreción.

Firma del paciente (si es un menor, por la persona responsable)

Fecha

Nombre del paciente con letra de molde.

Este documento describe como la información de su salud puede ser usada y difundida y como usted puede tener acceso a esta información.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE:

Usos y divulgación

Tratamiento. La información de su salud puede ser usada por nuestro personal o divulgada a otros profesionales médicos con el propósito de evaluarle y diagnosticar condiciones médicas y proveerle tratamiento. Por ejemplo, los resultados de laboratorio y otros procedimientos estarán disponibles en sus records médicos para todos los profesionales de la salud involucrados en su tratamiento y que pudieran consultar a nuestro personal.

Pagos. La información de su salud puede ser usada para solicitar pagos de su plan de seguro, o de otras compañías que proveen cobertura tales como el seguro de su auto o de compañías de tarjetas de crédito que usted usa para pagar por servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede requerir y recibir información de las fechas de las visitas, servicios prestados, y la condición médica a ser tratada.

Cuidado médico. La información de su salud puede ser usada cuando sea necesario para apoyar las actividades cotidianas de Castellanos Family Practice. Por ejemplo, la información de los servicios recibidos pudieran ser usados para presupuestos, reportes financieros, así como actividades para evaluar y promover la calidad.

Aplicación de la Ley. La información de su salud puede ser divulgada a las agencias legales que así lo soliciten para apoyar las auditorías e inspecciones del gobierno, para facilitar las investigaciones de agencias legales, y para cumplir la orden del gobierno en los reportes.

Reportes de Salud Pública. La información de su salud puede ser divulgada a agencias de salud pública. Por ejemplo, nosotros debemos reportar ciertas enfermedades contagiosas al Departamento de Salud Pública.

Para otros usos se requiere de su autorización. Para poder divulgar su información confidencial de salud o su uso para otro propósito no mencionado aquí, se necesita su autorización por escrito. Si usted cambia de parecer después de haber autorizado el uso de su información, puede revocarlo por escrito. Sin embargo, su decisión para revocar su autorización no afectará el uso o divulgación de su información ocurrida antes de que usted nos notificara de su decisión de revocar su autorización.

Usos adicionales de su información médica

Recordatorio de citas. La información sobre su salud puede ser usada por nuestro personal para mandarle recordatorio de citas.

Información sobre tratamientos. La información sobre su salud puede ser usada para enviarle información que pudiera interesarle sobre tratamientos y manejo de su enfermedad. También pudieramos enviarle información sobre otros productos o servicios relacionados con su salud que creemos pudieran interesarle.

Derechos individuales

De acuerdo con la ley federal, usted tiene ciertos derechos. Estos incluyen:

- Solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información confidencial de salud
- A recibir comunicación confidencial concerniente a su enfermedad y tratamiento
- A revisar y copiar your información confidencial de salud
- A alterar o hacer correcciones a su información de salud
- A recibir un reporte de como y a quien se le ha divulgado su información confidencial de salud
- A recibir una copia de este aviso

La obligación de Castellanos Family Practice

Estamos obligados por la ley a mantener en privado su información confidencial de salud y a proveerle con una copia de este Aviso sobre la Práctica de privacidad.

Además estamos comprometidos a seguir las reglas que a esta póliza rigen para salvaguardar su privacidad en todo momento.

Derecho a revisar las Prácticas sobre la Privacidad

De acuerdo con la ley, nos reservamos el derecho de amendar o modificar nuestra póliza sobre las prácticas sobre la privacidad. Estos cambios en nuestra póliza pudieran deberse a cambios requeridos por las legislaciones federales y estatales.

Si usted lo solicita, le podremos dar el aviso de cambios más reciente durante cualquiera de sus visitas. Los cambios serán aplicados a toda la información confidencial que poseemos.

Solicitud para revisar la Información Confidencial sobre su salud

Normalmente usted puede revisar o copiar su información confidencial que guardamos. De acuerdo a las regulaciones federales, se requiere que la solicitud para revisar o copiar dicha información sea por escrito. Puede obtener una forma para solicitar revisar o copiar sus records con nuestro Custodio. Su petición será revisada y generalmente aprobada a menos que existan razones legales o médicas para negarle el acceso.

Preguntas y Preocupaciones

Si usted desea enviarnos un comentario o queja acerca de nuestras políticas de privacidad, puede hacerlo al escribirnos una carta con su comentario o queja bien descrito a:

Darío Castellanos, Gerente de la Clínica
Castellanos Family Practice
234 E. Badillo St.
Covina, CA 91723
(626) 859 - 3297

Si usted cree que su privacidad ha sido violada, por favor háganoslo saber por escrito mandando una carta describiendo su preocupación a la dirección de arriba. Usted no será castigado ni discriminado por el sólo hecho de mandar una queja.

Fecha efectiva

Este aviso es efectivo a partir de **Enero 1, 2012**

**Constancia de haber recibido
El Aviso sobre las Prácticas de Privacidad**

Castellanos Family Practice se reserva el derecho de modificar la póliza de privacidad descrita en este aviso.

Firma

He leído el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de Castellanos Family Practice, y entiendo que puedo solicitar una copia de la misma.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

**Firma del representante o guardián
(En caso de que el paciente sea menor de edad o un adulto incapacitado para firmar.)**

Relación con el paciente

NEW PATIENT HEALTH HISTORY

Nombre	Fecha de Hoy
Fecha de Nacimiento	Fecha de ultimo examen físico
Edad	Fecha de últimos exámenes de sangre
Tiene algún condición medica crónica? SI o NO Si contesto si, indica cuales en el espacio abajo	
Ha Tenido alguna cirugía? SI o NO Si contesto si, indica el tipo y cuando en el espacio abajo	
Usted tiene historia de cáncer? Si o NO Si contesto si, indica el tipo en el espacio abajo	
He estado hospitalizado por algo? SI o No Si contesto si, indica la razón y cuando en el espacio abajo	
Tomas medicamentos diario? SI o NO Si contesto si, indica cuales y los miligramos en el espacio abajo	
Toma vitaminas? SI o NO Si contesto si, indica cuales en el espacio abajo	
OBLIGATORIOSeleccione Una Farmacia Para Poner En Su Expedienté**OBLIGATORIO**	
Nombre:	
Teléfono:	
Dirección:	
Tiene alguna alergia a medicamentos? SI o NO Si contesto si, cual medicina y cual reacción?	
Alguien con historia de diabetes el la familia? SI o NO	
Si contesto si, quien?	
Alguien con historia de cáncer el la familia? SI o NO	
Si contesto si, quien y cual tipo?	
Alguien con historia de la presión alta en la familia? SI o NO	
Si contesto si, quien?	
Algunas otras enfermedades en la familia? SI o NO	
Si contesto si, que enfermedad?	
Estas casado/a? SI NO DIVORCIADO/A	
Tienes hijos? SI o NO Si contesto si, cuantos hijos tienes?	
Fuma? SI NO ANTERIOR	
Tomas bebidas alcohólicas? SI NO ANTERIOR	
Consumo drogas? SI NO ANTERIOR	
Tomas bebidas con cafeína? SI o NO	
Si contesto si, cual tipo de bebida y cuantas tazas diarias?	