

ALLERGY AND ASTHMA CENTER OF SOUTHWEST ARLINGTON

Marque los síntomas que apliquen

Nose *Nariz*

- Runny *Secreción* Blocked *Tapada*
- Stuffy *Congestion* Sneezing *Estornudos*
- Itchy *Comezón* Loss of smell *Perdida de olfato*

Eyes *Ojos*

- Watery *Llorosos* Itchy *Comezón*
- Red *Rojos* Puffy lids *Parpados hinchados*
- Dark circles *Ojeras*

Ears *Oidos*

- Popping *Tronido* Blocked *Tapados*
- Itchy *Comezón* Hearing loss *Perdida de audición*
- Frequent infection *Infecciones frecuentes*

Throat *Garganta*

- Sore *Dolor* Itchy *Comezón*
- Drainage *Drenaje*

Chest *Pecho*

- Wheeze *Pillido* Cough *Tos*
- Phlegm *Flema* Shortness of breath *Falta de aire*
- Tightness *Opresión* Pain *Dolor*

Others *Otros*

- Nausea *Nausea* Skin rash *Erupción cutánea*
- Fatigue *Fatiga* Headache *Dolor de cabeza*
- Abdominal pain *Dolor abdominal*

Worst Season *Peor Temporada*

- Spring *Primavera* Summer *Verano*
- Fall *Otoño* Winter *Invierno*
- All year *Todo el año*

Current Medications *Medicinas actuales*

Drug Allergies *Alergia a Medicamento*

Pets at your home *Mascotas en su casa*

- Cat *Gato* Horse *Caballo*
- Other *Otro* _____ Dog *Perro*

Any allergy or asthma in your family?

¿Algún familiar tiene alergias o asma?

- Father *Padre* Mother *Madre*
- Children *Niños* Sibling *Hermanos*

Are immunizations current?

¿Está al corriente con sus inmunizaciones?

- Yes *Si* No

ALLERGY AND ASTHMA CENTER OF SOUTHWEST ARLINGTON

MOONHEE LEE, M.D.

DIPLOMATE

- AMERICAN BOARD OF ALLERGY AND IMMUNOLOGY
- AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE

POR FAVOR LEA ESTO ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR

Se ha hecho todo esfuerzo para obtener la información más exacta y detallada sobre los beneficios de la aseguranza de cada paciente que viene a nuestra oficina. Desafortunadamente, las compañías aseguradoras no garantizan que la información sobre la cobertura y beneficios que nos dan son exactas y nos declaran esto al principio de cada llamada que les hacemos. Aunque es raro, ocasionalmente cometen errores. No podemos ser responsables por esto, usted será responsable del saldo que la compañía de aseguranza diga que usted debe. Además, usted es responsable de avisarnos si ha cambiado de aseguranza antes de que sea visto o tratado, porque puede requerir una referencia, un pago de deducible, esperar un período con ciertos diagnósticos o tener un límite de tiempo para presentar la factura a su nueva póliza de aseguranza. Se considera fraude no notificar a su doctor de todos los seguros que tiene. Incluso, usted puede ser facturado por todos los servicios que Dr.Lee le ha presentado en este año y años anteriores. Si ha ocurrido accidentalmente no hablar con nosotros sobre todos sus seguros, ahora es el tiempo para hacerlo. Usted se hace responsable por el pago si no nos informa de su nueva póliza de aseguranza antes de recibir el servicio. Para evitar cualquier malentendido con respecto al saldo de su cuenta en el futuro, requerimos que firme este consentimiento antes de prestarle servicios si desea que presentemos la factura a su aseguranza. Gracias por su cooperación.

Yo soy consciente que los beneficios de aseguranza obtenidos en mi favor o de un miembro de mi familia son un estimado de pagos y no están garantizados por la compañía de aseguranza. Yo consiento en pagar la cantidad declarada en la explicación de pagos de la compañía de aseguranza después de que sea procesada por ellos, en caso de que no haya sido recopilado en su totalidad en el momento de mi visita. Atento que no tengo ningún otro seguro que no le he dado a la oficina. Acepto la responsabilidad financiera en el caso de que los seguros sean fuentes y los pagos anteriores sean recuperados por mi aseguranza.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o Tutor