

**RODOLFO MALDONADO MD LLC**

86 New Brunswick Avenue  
Hopelawn, NJ 08861-2242  
Teléfono: 732-826-1609  
Fax: 732-826-0075

Fecha de Hoy:		PCP:	
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>			
Apellido:		Nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
		Estado civil (círculo uno): Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viudo	
Correo Electrónico:		Fecha De Nacimiento: / /	Edad: Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección De Calle:		Nº Seguridad Social:	Nº Teléfono: ( )
Apt:	Piso:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Ocupación:		Empleador:	Nº De Teléfono Del Empleador: ( )
Raza (Por favor marque una casilla):		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano O Nativo De Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano O Otras Islas Del Pacifico	Etnicidad (Por favor marque una casilla): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino

<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>					
(Entregue su tarjeta del seguro al recepcionista).					
Persona Responsable del Seguro:	Fecha De Nacimiento: / /	Dirección (Si Es Diferente):	Nº Teléfono Celular: ( )		
¿Esta persona es un paciente aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Ocupación:	Empleador:	Dirección Del Empleador:	Nº De Teléfono Del Empleador: ( )		
Indicé su seguro primario: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> AARP <input type="checkbox"/> Horizon NJ Health <input type="checkbox"/> UnitedHealthCare <input type="checkbox"/> BlueCrossBlueShield <input type="checkbox"/> Qualcare <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Wellcare <input type="checkbox"/> Amerigroup <input type="checkbox"/> Amerihealth <input type="checkbox"/> Oxford <input type="checkbox"/> Empire BCBS <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Nombre del suscriptor:	No. de S.S. de suscriptor:	Fecha De Nacimiento: / /	Nº de Grupo:	Nº De Miembro:	Copago: \$
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros					
Nombre Del Seguro Secundario (Si Aplica):		Nombre Del Suscriptor:		Nº De Grupo:	Nº De Miembro:
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros					

<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>				
Nombre Del Familiar o Amigo Local:		Relación Con El Paciente:	No. Teléfono Celular: ( )	Nº De Teléfono Del Trabajo: ( )
<p>La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mi seguro de beneficios que paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. También autorizo Rodolfo Maldonado MD LLC para lanzar cualquier información necesaria para procesar mi reclamo.</p>				
<hr/> Firma del paciente o persona autorizada			<hr/> Fecha	

# HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Fecha de Hoy:

## ALERGIAS

Si usted no tiene alergias conocidas, por favor marque la casilla a la derecha:

No tengo alergias.

1. Medicamento \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_  
2. Medicamento \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

## ENFERMEDADES PRINCIPALES (Por favor cheque todos que aplican).

Hipertensión:  Actual  Anteriores  Nunca Notas: \_\_\_\_\_  
Diabetes:  Actual  Anteriores  Nunca Notas: \_\_\_\_\_  
Cáncer:  Actual  Anteriores  Nunca Notas: \_\_\_\_\_  
Otros:  Actual  Anteriores  Nunca Notas: \_\_\_\_\_

## CIRUGÍAS

Si no tienes cirugías conocidas, por favor marque la casilla a la derecha:

No tengo cirugías.

## HISTORIA SOCIAL

Beber Alcohol:  Actuales  Anteriores  Nunca ¿Cuánto y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
Uso de tabaco:  Actuales  Anteriores  Nunca ¿Cuánto? \_\_\_\_\_  
Abuso de Sus.:  Actuales  Anteriores  Nunca ¿Qué sustancia? \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE LA FAMILIA

Madre:  Hipertensión  Diabetes  Cáncer  Otras (especificar): \_\_\_\_\_  
Padre:  Hipertensión  Diabetes  Cáncer  Otras (especificar): \_\_\_\_\_  
Hermano:  Hipertensión  Diabetes  Cáncer  Otras (especificar): \_\_\_\_\_  
Hermana:  Hipertensión  Diabetes  Cáncer  Otras (especificar): \_\_\_\_\_  
Abuela (paterna):  Hipertensión  Diabetes  Cáncer  Otras (especificar): \_\_\_\_\_  
Abuelo (paterno):  Hipertensión  Diabetes  Cáncer  Otras (especificar): \_\_\_\_\_  
Abuela (materna):  Hipertensión  Diabetes  Cáncer  Otras (especificar): \_\_\_\_\_  
Abuelo (materno):  Hipertensión  Diabetes  Cáncer  Otras (especificar): \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS

Si usted no está tomando algún medicamento, por favor marque la casilla a la derecha:

No tomo medicamentos.

1. Medicación \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_  
2. Medicación \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_  
3. Medicación \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_  
4. Medicación \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_  
5. Medicación \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

A lo mejor de mi conocimiento, la información presentada arriba es exacta y completa.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Resumen de la regla de privacidad HIPAA**

HIPAA es una ley federal que le da derechos sobre su información de salud y establece reglas y límites sobre quién puede ver y recibir información sobre su salud.

### **Sus Derechos**

Usted tiene el derecho de:

- Solicitar, ver, y obtener una copia de sus registros de salud.
- Recibir correcciones a su información de salud.
- Recibir un aviso que te indica cómo se puede usar y compartir su información de salud.
- Decidir si quiere dar su permiso antes de que su información médica puede ser utilizada o compartida para ciertos propósitos, como marketing.
- Haz un informe sobre cuándo y por qué fue compartida su información médica para ciertos propósitos.
- Si cree que sus derechos se les niega o su información médica no es protegida, usted puede:
  1. Presentar una queja con su proveedor o asegurador de salud, o
  2. Presentar una queja con el gobierno de los Estados Unidos.

También tienes el derecho de pedirle a su proveedor o asegurador de salud preguntas acerca de sus derechos. Usted también puede aprender más acerca de sus derechos, incluyendo cómo presentar una queja desde el website **[www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/)** o llamando al **1-866-627-7748**.

### **¿Quién debe seguir esta ley?**

- Médicos, enfermeras, farmacias, hospitales, clínicas, hogares de ancianos y muchos otros proveedores de salud.
- Compañías del seguro médico, HMO, y la mayoría de planes de salud de grupo de empleador.
- Algunos programas de gobierno que pagan atención médica, como Medicare y Medicaid.

### **¿Qué información está protegida?**

- Información de sus médicos, enfermeras y otros proveedores de salud ponen en su expediente médico.
- Conversaciones que ha tenido su médico acerca de su cuidado o el tratamiento con las enfermeras y otros profesionales de la salud.
- Información en el sistema informático de su médico.
- Facturación información de su proveedor de atención clínica/médica.
- Más otra información de salud sobre usted, en manos de quienes debe seguir esta ley.

### **Los proveedores y aseguradores de salud que están obligados a seguir esta ley deben mantener su información privada por:**

- Enseñando a la gente que trabaja para ellos cómo su información puede y no puede ser utilizado y compartido,
- Tomando medidas apropiadas y razonables para mantener segura su información de salud.

### **Para asegurarse de que su información está protegida de una manera que no interfiere con su salud, su información puede utilizado y compartido:**

- Para su tratamiento y coordinación de la atención,
- Para pagar a médicos y hospitales para su atención médica,
- Con su familia, parientes, amigos u otros que identificas que participan con su salud o sus facturas de atención médicas, a menos que usted se oponga,
- Para proteger la salud pública, como cuando la gripe está en su área, o
- Para hacer informes a la policía, tales como informes de heridas de bala.

### **Su información de salud no puedan utilizarse o compartida sin su permiso por escrito a menos que esta ley le permite. Por ejemplo, sin su autorización, su proveedor no puede generalmente:**

- Informar a su empleador.
- Usar o compartir su información de marketing o publicidad con fines, o
- Compartir notas privadas sobre su salud mental sesiones de consejería.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_