

GUADALUPE ZAMORA, M.D., P.A.
NEW PATIENT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL NUEVOS PACIENTES

LEGAL NAME/NAME ON INS. CARD - NOMBRE LEGAL/NOMBRE EN TRAJETA DE SEGURO

LAST/APPEIDO **FIRST/NOMBRE**

MIDDLE/SEGUNDO NOMBRE **PREFERRED NAME/NOMBRE PREFERIDO**

DL#/LICENCIA DE CONDUCIR# **SSN#/SEGURO SOCIAL#**

BIRTHDAY/FECHA DE NACIMIENTO **SEX/SEXO** **LANGUAGE/LENGUA PRINCIPAL**

RACE/RAZO: **AMER. INDIAN/ INDIO AMERICANO** **ALASKAN NATIVE/ NATIVO DE ALASKA**
 ASIAN/ ASIÁTICO **PACIFIC ISLANDER/ ISLEÑO PACÍFICO**
 BLACK/AFROAMERICANO **CAUCASIAN/ CAUCÁSICOS**
 OTHER/OTRO: _____ **DECLINED/ DECLINÉ**

ETHNICITY: **HISPANIC/ HISPANO** **NON-HISPANIC/ NO HISPANO** **DECLINED/ DECLINÉ**

ADDRESS/ DIRECCIÓN _____
STREET/CALLE

CITY/CIUDAD **STATE/ESTADO** **ZIPCODE/CODIGO POSTAL**

PHONE#S _____
TELEFONOS **HOME #** **CELL #** **OTHER #**

EMAIL/CORREO ELECTRÓNICO _____

EMPLOYER/ EMPLEADOR _____
NAME/NOMBRE **PH #/TELEFONO**

RESP. FOR PAYMENT/RESPONSABLE DE PAGO: **SELF/YO MISMO** **PARENTS/PADRES**
 OTHER/OTRO: _____

INSURANCE _____
ASEGURAZA **NAME/NOMBRE** **ID#** **GROUP#/ # DE GRUPO**

INSUR. CLAIMS _____
RECLAMOS **ADDRESS/ DIRECCIÓN** **CITY/CIUDAD** **STATE/ESTADO**

ZIPCODE/CODIGO POSTAL **ELIGIBILTY PH#/ELEGIBILIDAD TELEFONO**

POLICY HOLDER _____
ASEGUADO PRINCIPAL **LAST** **FIRST** **MIDDLE** **DOB**

POLICY HOLDER ADDRESS _____
DIRECCIÓN DE ASEGUAADO **STREET** **CITY** **STATE** **ZIPCODE**

2ND INS. _____
ASEGURANZA 2 NAME ID# GROUP#

2ND INSUR. CLAIMS _____
RECLAMOS 2 ADDRESS/ DIRECCIÓN CITY/CIUDAD STATE/ESTADO

ZIPCODE/CODIGO POSTAL ELIGIBILTY PH#/ELEGIBILIDAD TELEFONO

PREFERRD PHARMACY _____
FARMACIA PREFERIDA NAME/NOMBRE PH #/TELEFONO

EMERGENCY CONTACT _____
CONTACTO EMERGENCIA NAME/NOMBRE PH #/TELEFONO RELATIONSHIP/RELACIÓN

HOW DID YOU HEAR ABOUT US/ CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS:

WEB SEARCH/ BÚSQUEDA EN INTERNET INSURANCE/ ASEGURAZA FAMILY/ FAMILIA
 FRIEND/ AMIGO OTHER/ OTRO: _____

I AM AWARE DR. ZAMORA HAS HIPAA PRIVACY PRACTICES IN PLACE. I MAY REVIEW THEM AT ANY TIME AND REQUEST A COPY. I UNDERSTAND PAYMENT IS DUE AT THE TIME OF SERVICE AND I AM RESPONSIBLE FOR ANY AMOUNT NOT COVERED BY MY INSURANCE. I HEREBY AUTHORIZE DR. ZAMORA TO FURNISH ANY MEDICAL RECORDS CONCERNING MY ILLNESS AND TREATMENTS TO MY INSURANCE CARRIER AND I HEREBY ASSIGN PAYMENT OF MEDICAL BENEFITS TO DR. ZAMORA FOR SERVICES RENDERED TO ME OR MY DEPENDENTS.

SOY CONSCIENTE DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA DEL DR. ZAMORA. YO PUEDE REVISAR EN CUALQUIER MOMENTO Y SOLICITAR UNA COPIA. YO ENTIENDO QUE EL PAGO ES DEBIDO EL DÍA DEL SERVICIO. Y SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER CARGOS NO CUBIERTOS POR MI ASEGURANZA. AUTORIZO SU OFECINA PARA USAR O DIVULGER MI INFORMACION MEDICA, MI ENFERMEDAD Y TRATAMIENTOS A MI COMPAÑÍA DE ASEGURANZA Y LA PRESENTE PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS A EL DR. ZAMORA POR SERVICIOS ASIGNADOS A MÍ O MIS DEPENDIENTES.

SIGNATURE/FIRMA _____ DATE/FECHA _____

GUADALUPE ZAMORA M.D., P.A.

HISTORIA MÉDICA

ENFERMEDADES CRONICAS: PRESION ARTERIAL COLESTEROL CORAZON PULMONARIA COLITIS CANCER
DIABETES

OTRAS ENFERMEDADES: _____

CIRUGIAS, FECHA , Y CIRUJANO: _____

NOMBRE DE MEDICAMENTOS DIARIOS Y VITAMINAS, DOSIS Y INSTRUCCIONES: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS(GRAVEDAD Y TIPO DE REACCIÓN): _____

CUALES MEDICAMENTOS: _____

ENBARAZOS PASADOS: NINGUNO

CUANTOS: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ____ CESARIA ____ VAGINAL

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO **NOMBRE DE SU ESPOSO / PAREJA:** _____

HIJOS: NINGUNO 1 2 3 4 5 6 7 ____

OCCUPACION: NINGUNO TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO TEMPORAL

NUTRICION: NINGUNO SALUDABLE DIETA _____ HISTORIAL DE DIETA

EJERCISIO: NADA NORMAL GIMNASIO EXTREMO

CAMINA CORRE NADAR PESAS OTRO _____

ACTIVIDAD SEXUAL: ABSTINENCIA SEXO SIN PROTECCIÓN SEXO PROTEGIDO

HOMOSEXUAL HETEROSEXUAL BISEXUAL TRANSEXUAL ASEXUAL

¿ES EL SEXO SATISFACTORIO? SI NO

ANTICONCEPTIVO: LIGADURA DE TROMPAS VASECTOMIA CONDONES ANTICONCEPTIVO ORAL NADA OTRO: _____

FUMA: NO EX-FUMADOR SI CUANTOS PAQUETES AL DIA O ALA SEMANA _____

¿DESEO DE DEJAR DE FUMAR? SI NO

TOMA: NO SI OCCASIONAL 3 VECES ALA SEMANA TODOS LOS DIAS

¿DESEO DE DEJAR DE BEBER? SI NO

ALGUN TIPO DE DROGAS: NO SI NOMBRE CUALES _____

HISTORIAL DE MAMA VIVO FALLECIDO

PRESION ALTA: SI NO

COLESTEROL: SI NO

ENFERMEDAD DEL CORAZON: SI NO

DIABETIS TIPO 1: (NACIO CON EL) SI NO

DIABETIS TIPO 2: SI NO

ENFERMEDAD DE PULMON: SI NO

TIROIDES: SI NO

CANCER: SI NO

TIPO DE CANCER: _____

ALCOLISMO: SI NO

DEPRESION: SI NO

ENFERMEDAD MENTAL: SI NO

OTRA ENFERMEDAD: SI NO _____

HISTORIAL DE PAPA VIVO FALLECIDO

PRESION ALTA: SI NO

COLESTEROL: SI NO

ENFERMEDAD DEL CORAZON: SI NO

DIABETIS TIPO 1: (NACIO CON EL) SI NO

DIABETIS TIPO 2: SI NO

ENFERMEDAD DE PULMON: SI NO

TIROIDES: SI NO

CANCER: SI NO

TIPO DE CANCER: _____

ALCOLISMO: SI NO

DEPRESION: SI NO

ENFERMEDAD MENTAL: SI NO

OTRA ENFERMEDAD: SI NO _____

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **FECHA DE HOY:** _____

GUADALUPE ZAMORA, MD., P.A.

POLÍTICA DE PAGO

Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado primario. Estamos comprometidos a proveerle con la calidad y el cuidado de salud asequible. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas acerca de los pacientes y de seguro la responsabilidad por los servicios prestados, hemos habíamos aconsejado para desarrollar esta política de pago. Por favor, lea, solicítenos cualquier pregunta que usted pueda tener, y firmar en el espacio provisto. Una copia será proporcionada a usted a petición.

- 1. Aseguranza.** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Si usted no está asegurado por un plan de hacer negocios con, el pago total se espera en cada visita. Si usted está asegurado por un plan que hacer negocios, pero no tenemos una tarjeta de seguro -para arriba- hasta la fecha, el pago total se requiere para cada visita hasta que podamos verificar su cobertura de conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Por favor, póngase en contacto con su seguro con cualquier pregunta que pueda tener sobre su cobertura.
- 2. Los co-pagos y deducibles.** Todos los co-pagos y deducibles deben ser pagados en el momento del servicio. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros. Por favor ayúdenos a hacer cumplir la ley mediante el pago de su co-pago en cada visita.
- 3. Los servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que algunos - y quizás todos - de los servicios que reciba puede ser no cubiertos o no considerados razonables o necesarios por Medicare o de otras entidades aseguradoras. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad al momento de la visita.
- 4. Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar el formulario de información del paciente antes de ver al médico. Usted debe obtener una copia de su licencia de conducir y seguro válido actual para proporcionar prueba de seguro. Si usted no proporciona la información correcta de su seguro en el momento oportuno, puede ser responsable por el saldo de un crédito.
- 5. Reclamaciones presentaciones.** Vamos a presentar sus reclamos y le ayudará en todo lo que razonablemente pueda para ayudar a que sus reclamos pagados. Su compañía de seguros puede que tenga que proporcionar cierta información directamente. Es su responsabilidad de cumplir con su petición. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; que no son parte de dicho contrato.
- 6. Cobertura cambia.** Si su seguro cambia, por favor que nos lo notifique antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios necesarios para ayudar a que usted reciba sus beneficios máximos. Si su compañía de seguros no paga su reclamo dentro de 45 días, el saldo automáticamente se le cobrará a usted.
- 7. Falta de pago.** Si su cuenta es más de 90 días de vencimiento, usted recibirá una carta indicando que usted tiene 20 días para pagar su cuenta por completo. No se aceptarán pagos parciales a menos que se acuerde lo contrario. Tenga en cuenta que si queda un saldo sin pagar, podemos referir su cuenta a una agencia de cobro y usted y los

miembros de su familia inmediata puede ser descargada de esta práctica. Si esto va a ocurrir, se le notificará por correo regular y certificado que usted tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico no debe ser capaz de tratar con carácter de urgencia.

8. Citas perdidas. Nuestra política es cobrar por citas perdidas no canceladas dentro de un plazo razonable de tiempo. Estos cargos serán su responsabilidad y facturado directamente a usted. Por favor ayúdenos a servirle mejor al mantener la cita programada.

Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos usuales y habituales para nuestra zona. Gracias por la comprensión de nuestra política de pago de usted. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la política de pago y estoy de acuerdo con sus directrices:

Firma del paciente o persona responsable

Fecha