

Historial Medico



SC CARDIOLOGY
MEDICAL CENTER, INC.

Apellido :		Nombre:	Inicial
Fecha de nacimiento:	Sexo :	Peso:	Tipo de Sangre :

Alergias	Cardiaco	Cirugia
<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Sulfa Otro _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Agrandamiento de corazon <input type="radio"/> Murmullo <input type="radio"/> Angina de pecho <input type="radio"/> A. Fib <input type="radio"/> Arritmia <input type="radio"/> Cardiomyopathy <input type="radio"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva <input type="radio"/> Cardiopatía congénita <input type="radio"/> Dolor de pecho <input type="radio"/> Entumecimiento <input type="radio"/> Ataque al corazon <input type="radio"/> Prolapso Mitral <input type="radio"/> Palpitaciones Otro _____	<input type="radio"/> Bypass- Corazon ¹ _____ <input type="radio"/> Angiograma Coronario _____ <input type="radio"/> Stents/ PTCA _____ <input type="radio"/> Corazon _____ <input type="radio"/> Reemplazos de valvula _____ <input type="radio"/> Marcapaso/ Defibrillator _____ <input type="radio"/> Espalda _____ <input type="radio"/> Pecho I/D _____ <input type="radio"/> Abdominal _____ <input type="radio"/> Vesicula _____ <input type="radio"/> Hemorroides _____ <input type="radio"/> Pulmon _____ <input type="radio"/> Neurologico _____ <input type="radio"/> Prostata _____ <input type="radio"/> Agmidala _____

Enfermedades Cronicas

<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/> Artritis <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Cancer <input type="radio"/> COPD <input type="radio"/> CVA / TIA/ Derrame Cerebral <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Alta presion <input type="radio"/> Presion arterial baja <input type="radio"/> Enfermedad Renal <input type="radio"/> Dialisis/Renal <input type="radio"/> Gastrointestinal <input type="radio"/> Dolores de cabeza/ Migrana <input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> Dialysis/Renal <input type="radio"/> Gastrointestinal <input type="radio"/> VIH/Sida <input type="radio"/> Paralysis <input type="radio"/> Neumonia <input type="radio"/> Depresion <input type="radio"/> Psicologico <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> Abuso de drogas <input type="radio"/> Tuberculosis <input type="radio"/> Desconocido	Pruebas cardiacas anteriores <input type="radio"/> Echocardiograma Fecha: _____ <input type="radio"/> Treadmill Stress Test Fecha: _____ <input type="radio"/> Examen Nuclear De Estres Fecha: _____ <input type="radio"/> Monitor de 24 horas Fecha: _____ <input type="radio"/> Monitor de 30 dias Fecha: _____ <input type="radio"/> Ultrasonia de la arteria carotida Fecha: _____
--	---	--

<input type="radio"/> Alcohol Y/ N <input type="radio"/> Tabaco: Pasado/ Presente/Nunca <input type="radio"/> Cafeina/cafe/te/soda	Historia Familiar Si vive: Buena Salud/ Justo/ Mal & Edad Actual Si difunto: Cual es la causa de muerte y edad en que murio Problema de salud
Padre	1.
Madre	2.
Hermanos/ Hermanas	3.
Hijo(a)s	4.



SC CARDIOLOGY
MEDICAL CENTER, INC.

Sun City Cardiology Medical Center, Inc.
Bhoodev Tiwari, M.D., F.A.C.C.
Interventional Cardiology & Nuclear Cardiology
Board Certified in Cardiovascular Disease

Sun City Medical Dental Building
27830 Bradley Rd.
Sun City, CA 92586

LLUMC Murrieta Professional Office Building
28078 Baxter Rd. Ste #428
Murrieta, CA 92563

Aviso de la Propiedad del Hospital de la Inversión

Esta "Notificación de propiedad o inversión del hospital" es proporcionada por Bhoodev Tiwari, M.D., para ayudarlo a tomar una decisión informal con respecto a su atención. Este aviso divulga la siguiente información:

- Bhoodev Tiwari, MD, o un familiar directo de Bhoodev Tiwari, MD, tiene un interés de propiedad o inversión en Menifee Valley Medical Center y Hemet Valley Medical Center, y sus médicos tratantes también pueden tener un interés de propiedad o inversión en Menifee Valley Medical Center y el Centro Médico Hemet Valley.
- Revise la lista adjunta del Centro Médico Menifee Valley y los propietarios o inversionistas del Centro Médico Hemet Valley que son médicos. La lista de propietarios de médicos también está disponible en el sitio web de los hospitales en www.physiciansforhealthyhospital.com.
- Sin embargo, usted es libre de elegir cualquier otro proveedor con el fin de obtener los servicios solicitados o solicitados por su médico (excepto que su elección puede estar limitada por los términos de su cobertura de salud).
- Valoramos nuestra relación con usted.

LOS MÉDICOS SIGUIENTES TIENEN UN INTERÉS DE PROPIEDAD EN HEMET VALLEY MEDICAL CENTER Y MENIFEE VALLEY

MEDICAL CENTER:

Ashok K. Agarwal, M.D.	Chia M. Lee, M.D.	Larry C. Hughes, M.D.	Stanley Schinke, M.D.
Gerard J. Carvalho, M.D.	Chong Ping Lu, M.D.	Abid Hussain, M.D.	Kishore Segal, M.D.
Kali J. Chaudhuri, M.D.	Herman Mathias, M.D.	Vidhya V. Koka, M.D.	Surendra Sharma, M.D.
Han-Min Chiu, M.D.	Amal Mehta, M.D.	Hemchand Kolli, M.D.	David C. Stanford, M.D.
Sanyasi Ganta, M.D.	Chandrakant V. Mehta, M.D.	Renato Judalena, M.D.	Bhoodev Tiwari, M.D.
Neelam Gupta, M.D.	Evelyn F. Mendoza, M.D.	Ratan Tiwari, M.D.	Anil Rastogi, M.D.
Rakesh C. Gupta, M.D.	Sreenivasa Nakka, M.D.	Frederick White, D.O.	Surya Reddy, M.D.C
Miland P. Panse, M.D.	Girdhari Purohit, M.D.	Manikanda Raja, M.D.	

Divulgación de Interés Financiero en Instalaciones Médicas

Esto es para informarle que tengo un interés administrativo y / o financiero en las instalaciones médicas que se detallan a continuación. Queremos que comprenda que tiene una opción, y que a petición suya, puede ser derivado a un establecimiento similar en el que no tenemos ningún interés financiero. Si lo desea, informe al personal de nuestra oficina o al médico y estaremos encantados de hacer otros arreglos.

La divulgación anterior se realiza de conformidad con las regulaciones del Estado de California.

Referral Facility (Interest)

Menifee Valley Medical Center
Hemet Valley Medical Center
Inland Valley Medical Center
St. Bernadine's Medical Center

Alternative

Loma Linda Medical Center Murrieta
Rancho Springs Medical Center

Mi firma indica que he leído y entiendo lo anterior.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____



Consentimiento de Información Personal

Yo, _____, dar permiso al médico y al personal de Sun City Cardiology Medical Center para analizar mi (s) afección (es) médica (s) con los siguientes contactos:

Contactos Se Nos Permite Discutir Información con:

Nombre: _____ Numero de telefono: _____

Relación: _____

Tenga en cuenta que está permitiendo que nuestra oficina discuta su información personal con los contactos que figuran a continuación. Si hay alguna información específica que NO le hubiera gustado discutir, indique lo siguiente:

ESTA FORMA DE CONSENTIMIENTO ES INDEFINIDA A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____



SC CARDIOLOGY
MEDICAL CENTER, INC.

FORMULARIO DE GARANTÍA DE ELEGIBILIDAD DE SEGURO

MÉDICO

Yo, _____, por este medio certifico que soy elegible para una póliza de seguro de salud.

Elegí al Dr. **Bhoodev Tiwari** y al Dr. **Samir Artoul** para que fuera mi médico de cardiología.

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados se realice en nombre del **Dr. Bhoodev Tiwari y el Dr. Samir Artoul** por cualquier servicio que me proporcione ese Médico / Proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud y a sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios por los beneficios pagaderos a los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo si se indica "otro seguro médico" en el artículo 9 del formulario HCFA-1500 o en otros formularios de reclamación aprobados o en reclamaciones enviadas electrónicamente. Mi firma autoriza la liberación de casos asignados, el médico o proveedor acuerda aceptar la determinación de cargo de la compañía de seguros de Medicare o privada / del condado como cargo total y el paciente es responsable únicamente del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo de la compañía de seguros de Medicare o privada / del condado.

Entiendo que si lo anterior no es cierto o si no soy elegible según los términos de mi Acuerdo de seguro médico médico, tendré que pagar todos los cargos por los servicios prestados. Además, si lo anterior no es cierto, acepto contactar al facturador médico dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una factura, para hacer arreglos de facturación.

Si los arreglos se hacen por adelantado, acepto pagar por todos los servicios recibidos, dentro de los límites de tiempo establecidos por el facturador médico.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____
Autorización de Medicare



SC CARDIOLOGY
MEDICAL CENTER, INC.

Autorización de Medicare/
Asignación de beneficios:
PARA PACIENTES DE MEDICARE SOLAMENTE

Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados de Medicare a **Sun City Cardiology Medical Center, Inc.** o en mi nombre, por cualquier servicio que me brinde uno de sus proveedores. Autorizo a cualquier titular de información sobre mí a los Centros de Servicios de Medicare / Medicaid y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica "otro seguro de salud" en el artículo 9 del formulario CMS-1500, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia que se muestra. En los casos asignados de Medicare, el médico o proveedor acuerda aceptar la determinación de cargo de la compañía de seguros de Medicare como el cargo total, y el paciente es responsable únicamente del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo del transportista de Medicare.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____

Seguro complementario de Medi-Gap / Medicare Beneficios de por vida de por vida Yo, el abajo firmante, tengo cobertura Medi-gap Insurance y asigno directamente a Sun City Cardiology Medical Center, Inc., todos los pagos de beneficios en mi nombre. Por la presente, autorizo la divulgación de la información médica necesaria para garantizar los pagos de beneficios. Autorizo el uso de la firma en todas las presentaciones de seguros, ya sean manuales o electrónicas. Esta asignación está vigente hasta que la evoque por escrito.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____



SC CARDIOLOGY
MEDICAL CENTER, INC.

Política de Cancelación y no Presentación

Nuestro objetivo es brindar atención de calidad de manera oportuna. Programamos citas para brindar a cada paciente la atención individual que usted se merece. Le recomendamos que mantenga sus citas programadas siempre que sea posible.

Cancelación de Una Cita

En caso de que necesite cancelar su cita, comuníquese con nuestra oficina por teléfono y avise con al menos 24 horas de anticipación. Su cancelación anticipada nos permite ofrecer su cita a otro paciente que requiera atención médica.

Política de no Mostrar

Una "persona que no se presenta" es una persona que pierde su cita sin cancelar por adelantado o alguien que llega más de 15 minutos tarde a su cita. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita programada, tenemos el derecho de "No presentarse" a esa cita. Los pacientes que no se presenten 3 o más veces en un período de 12 meses serán expulsados de la práctica.

Acuse de recibo de la política de tarifa de no presentación y cancelación

Al firmar abajo, reconozco que he revisado la Política de cancelación y no presentación. Acepto pagarle a Sun City Cardiology Medical Center, Inc. una tarifa de \$ 25 en el caso de que no pueda concertar una cita y no avise a la clínica con anticipación, no cancele una cita programada con 24 horas de anticipación ni se presente a un cita con más de 15 minutos de retraso sin llamar antes de tiempo.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de personal de oficina _____ Fecha _____



POLÍTICAS DE LA OFICINA

Citas:

- Para programar una cita, llame a nuestra oficina con la mayor anticipación posible o pase por la recepción después de su visita al consultorio. Si hay un proveedor específico con el que desea programar, tenga en cuenta que es posible que deba hacerlo con varias semanas de anticipación, según disponibilidad.
- Hacemos todos los esfuerzos posibles para que los pacientes sean atendidos por su médico programado en cada visita. Sin embargo, puede ser necesario ver a uno de los asociados de su médico ya que a menudo se llama a nuestros médicos al hospital para recibir atención de emergencia.
- Tenemos varios tipos de citas disponibles, por lo que es importante indicar la naturaleza de su visita para que podamos ubicarlo correctamente en el horario.
- Si necesita una autorización cardíaca, asegúrese de programar su visita con suficiente anticipación para que haya suficiente tiempo para programar cualquier prueba y un seguimiento si es necesario antes de su procedimiento.
- Para brindar un mejor servicio a todos y cada uno de nuestros pacientes, le pedimos que, si no puede cumplir con su cita, cancele con 24 horas de anticipación para que haya una cita disponible para el próximo paciente.

Emergencias y llamadas después de hora:

- Cuando nuestra oficina está cerrada, nuestras llamadas se envían a nuestro servicio de contestador. Si tiene un asunto urgente que necesita comunicarse con el médico, el servicio de respuesta le preguntará su nombre, número de teléfono y el motivo de su llamada. Esta información se enviará al médico de turno. En el caso de que haya una emergencia, llame al 911. Para todas las demás llamadas de rutina, llame a la oficina el siguiente día hábil.

Solicitudes de prescripción:

- Cuando solicite un reabastecimiento, tenga a mano el nombre de su medicamento, la dosis, la cantidad, la cantidad de veces que tomó y la información de su farmacia. Requerimos de 24 a 48 horas antes de que su solicitud de receta esté disponible. Le recomendamos que llame a su farmacia para asegurarse de que su receta esté lista.

Nuestra política financiera:

- Antes de cada visita, se le pedirá que proporcione sus tarjetas de seguro actuales y la información demográfica actualizada para que no haya demoras en el procesamiento de su reclamo de seguro.
- Todos los copagos de la oficina se deben recoger en el momento del servicio. Aceptamos cheques, efectivo y tarjetas de crédito.
- Como cortesía, presentaremos sus reclamos de seguro en su nombre. Sin embargo, el acuerdo entre usted y su compañía de seguros es su responsabilidad. Si tiene alguna queja relacionada con el monto cubierto, debe comunicarse con su agente de seguros.
- Las compañías de seguros varían en su cobertura, por lo que es importante que comprenda sus beneficios cubiertos. Los pacientes son responsables de los montos de los copagos, los deducibles o los coseguros. Los importes que pueden cobrarse se detallan en su explicación de los beneficios que nos envía su proveedor.

Pagos:

- Todos los saldos vencen dentro de los 15 a 30 días de la fecha de servicio. Si tiene dificultades financieras, notifique al departamento de facturación para que podamos comenzar un acuerdo de pago. Si el saldo no se paga, se aplicará una tarifa de \$ 5.00 a su saldo cada mes en que no se reciba un pago.

• Nombre del paciente: _____

• Firma del paciente: _____ Fecha: _____

• Firma de personal de oficina _____ Fecha _____



SC CARDIOLOGY
MEDICAL CENTER, INC.

Bhoodev Tiwari, M.D., F.A.C.C.

Samir Artoul, M.D., FA.C.C.

Ali Dabestani, M.D., F.A.C.C.

Interventional, Invasive and Non-Invasive Cardiology

Diplomat of American Board of Cardiovascular Disease & Internal Medicine · Fellow of American College of Cardiology

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL TRATAMIENTO O LAS OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA (HIPPA)

Entiendo que como parte de mi cuidado de la salud, esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, examen y resultado de la prueba, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados en realidad fueron provistos • Y una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Comprendo y se me ha proporcionado un AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN que brinda una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y antes de la implementación enviará por correo una copia de mi información médica para fines de directorio. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o la operación de atención médica, y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas confiando en ello.

• Solicito las siguientes restricciones para el uso o la divulgación de mi información de salud:

Nombre del paciente: _____ Aceptado Negado

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de personal de oficina _____ Fecha _____