

Moonhee Lee, M.D.

Diplomate American Board of Allergy and Immunology
Diplomate American Board of Internal Medicine

Fecha (Date): _____

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: _____ MI _____ Apellido _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Domicilio: _____ Apt # _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod. Postal _____

Teléfono: _____ Otro _____

Doctor Primario: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

FUENTE DE REFERENCIA

Amigo/Amigo de familia Compania de aseguranza Navegador Otro medico/doctor primario _____

Contacto de Emergencia

1. Nombre: _____ Relación con paciente: _____

Numero de teléfono: _____

2. Nombre: _____ Relación con paciente: _____

Numero de teléfono: _____

Consentimiento al Uso y Divulgación de su Información de Salud Para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica

Yo entiendo como parte de mi atención médica, ésta organización origina y mantiene un expediente describiendo mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, y cualquier plan para atención o tratamiento en el futuro. Yo entiendo que ésta información sirve como:

- la base para planificar mi atención y tratamiento de salud
- medios de comunicación entre los profesionales de salud a los cuales contribuyen a mi atención médica
- una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta
- medios por los cuales un tercer pagador pueda verificar que los servicios facturados fueron en realidad brindado
- un instrumento para la rutina de operaciones de atención médica como para evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de atención médica

Yo entiendo y he sido proporcionado con una Notificación de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción de información con más detalle sobre los usos y divulgaciones. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar la notificación antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que esta organización reserva el derecho de cambiar su notificación y prácticas pero antes de implementar lo me enviaran una copia de la nueva notificación al domicilio que he proporcionado. Yo entiendo que tengo el derecho de oponer el uso de mi información para propósitos directores. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en la manera que se utilice o se de a conocer mi información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica y que la organización no es obligado a aceptar a las restricciones solicitadas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, pero no afectará ninguna acción que la organización haya tomado en dependencia a mi consentimiento antes de que hayan recibido mi revocación.

Yo solicito las siguientes restricciones sobre el uso o divulgación de mi información de salud:

Por favor de iniciar uno:

Acepto _____

Deniego _____

Firma

Fecha

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

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