

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 ASEGURANZA

LAST/APPEIDO

FIRST/NOMBRE

MIDDLE/SEGUNDO NOMBRE

PREFERRED NAME/NOMBRE PREFERIDO

DL#/LICENCIA DE CONDUCIR#

SSN#/ASEGURANZA 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 ASEGUADO STREET

CITY

STATE

ZIPCODE

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 aseguranza la responsabilidad por los servicios prestados, hemos habían 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 aseguranza, 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 aseguranza -para arriba- hasta la fecha, el pago total se requiere para cada visita hasta que podamos verificar su cobertura de conocer sus beneficios de aseguranza es su responsabilidad. Por favor, póngase en contacto con su aseguranza con cualquier pregunta que pueda tener sobre su cobertura.
- 2. Los co-pagos y deducibles.** Un copago es una cantidad predeterminada de que su aseguranza requiere que usted pague. El deducible es la cantidad que su aseguranza le requiere para llegar antes de pagar por un reclamo. Algunos planes pueden requerir que los pacientes paguen copagos después de cumplir con el deducible. Todos los copagos y deducibles deben ser pagados en el momento del servicio. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía aseguradora.
- 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 aseguranza.** 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 aseguranza válido actual para proporcionar prueba de aseguranza. Si usted no proporciona la información correcta de su aseguranza en el momento oportuno, puede ser responsable por el saldo de un crédito.
- 5. En La Red (In-network).** Un proveedor médico (doctor) que ha contratado con una compañía aseguradora a fin ofrecer servicios a los miembros del plan a cambio de un pago convenido.
- 6. Afuera de la Red (Out of network).** Un proveedor médico (doctor) que ha contratado con una compañía aseguradora. Cargos de los servicios puede ser más alto o usted puede ser responsable por el pago total de los servicios.
- 7. 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 aseguranzas 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 aseguranzas paga su reclamo. Su beneficio de aseguranza es un contrato entre usted y su compañía de aseguranzas; que no son parte de dicho contrato.

- 8. Cobertura cambia.** Si su aseguranza 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 aseguranzas no paga su reclamo dentro de 45 días, el saldo automáticamente se le cobrará a usted.
- 9. 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.
- 10. 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