

**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**