

***Clínica Anaheim**

710 N Euclid St Suites 101/301, Anaheim, CA 92801

***Clínica Anaheim Hills**

500 S Anaheim Hills Rd Ste 230, Anaheim Hills, CA 92807

***Clínica Santa Ana**

801 N Tustin Ave Ste 602, Santa Ana, CA 92705

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - CONFIDENCIAL

Apellido:		Nombre de Pila:			Initial del Segundo Nombre:	
<input type="checkbox"/> Señor	<input type="checkbox"/> Extranar	Estado Civil (circule uno): Soltero/Casado/Divorciado/Viuda		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dirección de Correo Electrónico:	
<input type="checkbox"/> Señora						
Seguro Social #:		Licencia de Conducir #:		Fecha de Nacimiento:		Edad:
Dirección de Casa:						
Ciudad:				Estado:	Código Postal:	
Método de Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo <input type="checkbox"/> Teléfono Móvil						
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:		Teléfono Móvil:		
Etnia: <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Reportado/Rechazado						
Carrera: <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Pacífico Asiático <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____						
Médico de Atención Primaria:				Teléfono del Medico:		
Empleador:				Teléfono del Empleador:		
Contacto de Emergencia:				Teléfono del Contacto de Emergencia:		
Nombre de la Farmacia:				Calles que Cruzan (Farmacia):		
Razón de la Visita:						

SEGURO PRIMARIO				SECUNDARIO SEGURA			
<input type="checkbox"/> Certifico que el paciente NO tiene cobertura de Seguro. Paciente/Parte responsable:							
Nombre del Seguro:				Nombre del Seguro:			
Nombre del Asegurado:				Nombre del Asegurado:			
Fecha de Nacimiento:		ID#:		Fecha de Nacimiento:		ID#:	
Ciudad:		Estado:	Código Postal:	Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Relación con el Paciente: <input type="checkbox"/> Ser <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Otro: _____				Relación con el Paciente: <input type="checkbox"/> Ser <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Otro: _____			

***Clínica Anaheim**

710 N Euclid St Suites 101/301, Anaheim, CA 92801

***Clínica Anaheim Hills**

500 S Anaheim Hills Rd Ste 230, Anaheim Hills, CA 92807

***Clínica Santa Ana**

801 N Tustin Ave Ste 602, Santa Ana, CA 92705

EXENCIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE

Por la presente asigno todos los beneficios Gateway Medical Center por los servicios prestados a mí o dicho paciente. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí o dicho paciente a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago a Gateway Medical Center y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. He dado toda la información de mi seguro con fines de facturación y comprendo los procedimientos de facturación. Entiendo que soy responsable de todas los cargos no cubiertos por mi póliza de seguro, incluidos, entre otros, copagos, deducibles y servicios no cubiertos. También acepto completar toda la documentación necesaria para que mi compañía de seguros pague mi reclamo y acepto la responsabilidad total por todas los cargos si mi compañía de seguros no remite el pago en mi nombre.

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en el uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI). La persona también tiene derecho a solicitar que las comunicaciones confidenciales o su PHI se realicen por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina de la persona en lugar de a la casa de la persona.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (Marque todo lo que corresponda):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Telefono de Casa _____ | <input type="checkbox"/> Comunicación escrita |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con información detallada | <input type="checkbox"/> Correo a mi domicilio |
| <input type="checkbox"/> Deje un mensaje solo con el número de devolución de llamada | <input type="checkbox"/> Correo a la dirección de mi trabajo |
| <input type="checkbox"/> Telefono de Trabajo _____ | <input type="checkbox"/> Teléfono Móvil _____ |
| <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con información detallada | <input type="checkbox"/> Dejar mensaje con información detallada |
| <input type="checkbox"/> Deje un mensaje solo con el número de devolución de llamada | <input type="checkbox"/> Deje un mensaje solo con el número de devolución de llamada |

Agregue cualquier instrucción especial con respecto a la divulgación médica (es decir, miembro específico de la familia o representante): _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Gateway Medical Center. Además, reconozco que se publicará que se publicara una copia del aviso actual en el área de recepción, y que una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad enmendado estará disponible en cada visita.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Si no es paciente, indique la relación: _____

Plan de Asociación de Pacientes

Estimado Paciente,

Bienvenido a nuestra práctica. Nos esforzamos todos los días para brindarle la más alta calidad de atención que espere y merece. Brindarle la mejor atención posible requiere una “asociación” entre usted y su médico. Para embarcarse en esta “asociación en su salud”, le pedimos que nos ayude y necesitaremos su consentimiento para lo siguiente. Esta no es una lista exhaustiva, pero destaca algunas áreas clave. Al firmar usted acepta:

1. La importancia del seguimiento según lo recomendado por los proveedores médicos en Gateway Medical Center

Entiendo la importancia del seguimiento según lo recomendado por los médicos y proveedores médicos de Gateway Medical Center. Esto incluye la necesidad de visitas al consultorio, exámenes físicos anuales, seguimiento, recibir atención con el especialista recomendado y completar laboratorios/pruebas. Durante estas visitas, mi médico puede ordenar pruebas, revisar mi plan de atención, recetar medicamentos o incluso descubrir y tratar una condición de salud grave. Si no me presento a mi cita, o pierdo mi cita y lo la reprogramo, corro el riesgo de que mi médico no pueda detectar y tratar una condición de salud grave.

2. Comuníquese con el consultorio del médico cuando no escuche los resultados de los laboratorios y otras pruebas

Entiendo que el objetivo de mi médico es informarme los resultados de mis análisis y pruebas de laboratorio lo antes posible. Sin embargo, si no tengo noticias de mi médico o del personal de su consultorio dentro de un período de tiempo razonable, llamaré al consultorio para obtener los resultados de mi prueba.

3. Informar a mi médico si decido no seguir su plan de tratamiento recomendado

Entiendo que después de examinarme, mi médico puede hacer ciertas recomendaciones basadas en lo que considere mejor para mi salud tomando en consideración mis solicitudes y preferencias. Esto podría incluir la prescripción de medicamentos, la realización de pruebas o procedimientos, la remisión a otros especialistas y el pedido de laboratorios y pruebas. Entiendo que no seguir mi plan de tratamiento puede tener efectos negativos graves en mi salud. Informaré a mi médico cada vez que decida no seguir sus recomendaciones para que pueda informarme completamente sobre cualquier riesgo asociado con mi decisión de retasar o rechazar el tratamiento.

Gracias por tu colaboración. Como nuestro paciente, usted tiene derecho a estar completamente informado sobre su atención médica. Lo invitamos, en cualquier momento, a hacer preguntas, informar síntomas o discutir cualquier inquietud que pueda tener. Estamos aquí para ayudarlo a mejorar y llevar una vida activa, saludable y productiva. Queremos que nos considere un socio de confianza en su salud.

Gracias,

Los médicos y el personal de Gateway Medical Center

Nombre del Paciente (Letra de Imprenta)

Fecha

Firma del Paciente

***Clínica Anaheim**

710 N Euclid St Suites 101/301, Anaheim, CA 92801

***Clínica Anaheim Hills**

500 S Anaheim Hills Rd Ste 230, Anaheim Hills, CA 92807

***Clínica Santa Ana**

801 N Tustin Ave Ste 602, Santa Ana, CA 92705

CUESTIONARIO DE (PROPIA) SALUD DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

Apellido:	Nombre de Pila:	Fecha de Nacimiento:	Teléfono:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-----------	-----------------	----------------------	-----------	---

Medicamento (Enumere todos los medicamentos que toma regularmente, incluidos los medicamentos sin receta)

Nombre del Medicamento:	Dosificación:	Nombre del Medicamento:	Dosificación:

_____ **Inicial: Acepto/permito que Gateway Medical Center revise, envíe y reciba mi historial de recetas de fuentes externas**

_____ **Inicial: NO doy mi consentimiento ni permito que Gateway Medical Center revise, envíe ni reciba mi historial de recetas de fuentes externas**

Lista de Alergias (medicamentos y/o alimentos, etc.) _____ Sin Alergias Conocidas

Historial Médico: ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

<u>Enfermedades/Condiciones:</u>	<u>Procedimientos Quirúrgicos:</u>	<u>Año:</u>	<u>Procedimientos Quirúrgicos:</u>	<u>Año:</u>
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Ninguno	_____	<u>Solo Hombres</u>	
<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	Angioplastia	_____	Biopsia de Próstata	_____
<input type="checkbox"/> Ansiedad	Appendectomía	_____	RTU	_____
<input type="checkbox"/> Artritis	Artroscopia	_____	Vasectomía	_____
<input type="checkbox"/> Asma	Cirugía de Espalda	_____	<u>Solo Mujeres</u>	
<input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento	CABG (bypass cardíac)	_____	Ligadura de Trompas Bilateral	_____
<input type="checkbox"/> Colitis	Liberación del Túnel Carpiano	_____	Biopsy de Mama	_____
<input type="checkbox"/> Conmoción Cerebral	Extracción de Cataratas	_____	Dilatación y Curetaje	_____
<input type="checkbox"/> Depresión	Colecistectomía	_____	Cesárea	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	Colectomía	_____	Histerectomía	_____
<input type="checkbox"/> Eccema/ Psoriasis	Bypass Gástrico	_____	Mastectomía	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Vesícula Biliar	Reparación de Hernia	_____		
<input type="checkbox"/> ERGE/ Acidez Estomacal	Reemplazo de Cadera	_____		
<input type="checkbox"/> Úlcera	Marcapasos	_____		
<input type="checkbox"/> Ataque al Corazón	Tiroidectomía	_____		
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	Amigdalectomía	_____		
	Other	_____		

***Clínica Anaheim**

710 N Euclid St Suites 101/301, Anaheim, CA 92801

***Clínica Anaheim Hills**

500 S Anaheim Hills Rd Ste 230, Anaheim Hills, CA 92807

***Clínica Santa Ana**

801 N Tustin Ave Ste 602, Santa Ana, CA 92705

Historial de Ginecología (solo mujeres)

¿Estas Embarazada? Sí No

¿Estas Amamantando? Sí No

¿El Ultimo Periodo Menstrual? _____

Antecedentes de PAP Anormal Sí No Tipo: _____

Numero de Embarazos, si los Hubiere _____ ¿Cuántos Hijos Tiene? _____

Antecedentes Familiares (Marques si algún miembro de la familia he tenido alguna de las siguientes condiciones)

Adoptado **Madre** Vivo Enfermo **Padre** Vivo Enfermo

Diagnóstico	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Otro
Diabetes					
Presión Arterial Alta					
Cardiopatía					
Ataque					
Cáncer/Tipo					
Otro					

Sí No ¿Eres descendiente Judío Ashkenazi? _____

Mantenimiento de la Salud

¿Cuándo, si alguna vez, ha tenido lo siguiente?

Colonoscopia	_____	Prueba de Papanicolaou/ Examen Ginecológico	_____	Vacuna Contra la Culabrilla	_____
Vacuna Contra la Influenza	_____	Vacuna Antineumocócica	_____	Examen Próstata	_____
Vacuna Contra el Tétanos	_____	Mamografía	_____		

Historia Social

¿Estas Empleada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En Caso Afirmativo Ocupación	_____
El Consumo de Tabaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ex, Año de Salida	_____
Consumo de Alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Bebidas por Semana	_____
Uso de Drogas Callejeras	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tipo de Droga	_____
Uso de Cafeína	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

¿Cuántos días a la semana haces ejercia? _____

¿Cual es to nivel más alto de educación? _____

Firma del Paciente (o representante legal/personal)

Relación (si no es paciente)

Nombre del Paciente (letra de imprenta)

Fecha

***Clínica Anaheim**

710 N Euclid St Suites 101/301, Anaheim, CA 92801

***Clínica Anaheim Hills**

500 S Anaheim Hills Rd Ste 230, Anaheim Hills, CA 92807

***Clínica Santa Ana**

801 N Tustin Ave Ste 602, Santa Ana, CA 92705

AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Esta autorización permite que los proveedores de atención médica mencionados a continuación divulguen información y registros médicos confidenciales. Nota: La información y los registros relacionados con el tratamiento de menores, VIH, condiciones psiquiátricas/de salud mental o abuso de alcohol/sustancias tienen reglas especiales que requieren autorización específica.

AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo a **Gateway Medical Center** **Otro:** _____ a divulgar información sobre mi historial médico, enfermedad o lesión, consulta, recetas, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluidas radiografías, correspondencia y/o registros médicos por medio de correo, fax o otros métodos electrónicos.

A: _____
 Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Gateway Medical Center- 710 N Euclid St, Anaheim, CA 92801

La información/registros médicos se utilizarán para el siguiente propósito: _____

Esta autorización es:

- Llimitado (todos los registros, excepto abuso de sustancias, salud mental, diagnóstico/tratamiento del VIH)
- Limitado a la siguiente información médica: _____

También doy mi consentimiento para la divulgación específica de los siguientes registros:

Abuso de Drogas/Alcohol/Sustancias _____ (inicial)	Pruebas para Anticuerpos Contra el VIH _____ (inicial)
Salud/Mental Psiquiátrica _____ (inicial)	Diagnostico/Tratamiento del VIH _____ (inicial)
Información Genética _____ (inicial)	

DURACIÓN Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta _____
Fecha

RESTRICCIONES

No se conceden permisos para el uso o la divulgación de esta información medica a menos que se obtenga otra autorización mía o a menos que la ley exija o permita específicamente dicha divulgación.

Una fotocopia o facsímile de esta autorización se considerará tan eficaz y válida como el original.

He sido informado de mi derecho a recibir una copia de esta autorización.

 Firma del paciente (o representante legal/personal)

 Nombre del Paciente (letra de imprenta)

 Número de Seguro Social del paciente

 Nombre del Testigo (letra de imprenta)

 Relación (si no es paciente)

 Fecha

 Fecha de Nacimiento del Paciente

 Firma de Testigo