

PROVIDENCE MEDICAL CENTER

Fecha: _____

Nombre legal completo (Primer) (segundo) (apellido):	Apodo:	Dirección: (# de ap.)
Ciudad:	Estado	Zip:
Correo Electronico:	Telefono De Casa:	Telefono Celular :
Numero Seguridad Social:	Sexo:	Estado Civil:
Fecha De Nacimiento:	No. de la Licencia de conducir	Nombre del empleador:
Ciudad del empleador:	Estado empleador:	Cómo te enteraste de nosotros?

Información del cónyuge

Nombre legal completo (Primer) (segundo) (apellido):	Telefono De Casa:	Telefono Celular:
Ocupacion:	Nombre De Empleador:	

Información del Seguro

Nombre del seguro principal:	No. del grupo:	ID/ certificado No.
Nombre del titular de la póliza? nombre de los padres (si es un niño)(DOB)	seguridad social del asegurado:	Nombre del titular de la póliza? nombre de los padres (DOB) (Para el secundario de Seguro)
Nombre secundario de Seguro:	No. del grupo:	ID/ certificado No.

Information De EMERGENCIA

persona a notificar en caso de emergencia	No. celular
relación	No. de casa

Information Para El PACIENTE

1. Los pacientes que tienen un seguro de salud estándar deben recordar que los servicios profesionales se prestan y se cobran al paciente, y no a la compañía de seguros. Se espera que todos los pacientes con seguro de salud estándar realicen el pago a medida que los servicios prestado, independientemente de los seguros pendientes, litigios, etc.

Firma del paciente _____ Fecha: _____

PROVIDENCE MEDICAL CENTER

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Médico que estaba viendo anteriormente: _____

Especialista que está viendo actualmente: _____

Problemas médicos (incluyendo condiciones presentes): _____

Enumerar los medicamentos recetados actuales (Incluya la dosis, la razón por la que lo toma, quién lo prescribe):

Haga una lista de todos los medicamentos, vitaminas y suplementos alimenticios de venta libre que toma: _____

Alergias a medicamentos (incluye reacciones): _____

Haga una lista de las cirugías que ha tenido (incluye año, cirujano y hospital): _____

Describir las hospitalizaciones? enfermedad no incluida anteriormente (incluye año y hospital): _____

Has tenido (círculo): migrans hepatitis mono úlcera tubercul coágulos de sangre

lesión en la cabeza Adicciones a las Drogas cálculos biliares tuberculosis ETS convulsiones problemas de memoria artritis psoriasis corazón mummer fiebre reumática polio culebrilla al depression enfermedad mental gota hemorroides problemas de audición problemas de visión _____

Etnia (círculo): hispano o no hispano Raza: _____ idioma preferido: _____

Tienes testamento vital? SI O NO Si no, ¿está interesado en tener uno? SI O NO

¿ALGUNA VEZ FUMASTE o FUMAS? Cuanto? _____ paquetes al día # de años _____ años dejar de fumar _____

¿Cuándo fue la última vez que intentó dejar de fumar? _____ cuántas veces ha intentado dejar de fumar _____

¿Alguna vez has tenido éxito? _____

Bebe alcohol? _____ Cuanto? _____ Bebidas en una semana _____ Por cuantos años? _____

años dejar de tomar? _____ problemas anteriores o actuales debido al alcohol? _____ AA? _____

¿Lo haces o lo has hecho alguna vez? (círculo) heroína marihuana cocaína metanfetamina masticar Tabaco pastillas de dieta

Tiene antecedentes de abuso de drogas? _____ En caso afirmación, cuál(s)? _____

PROVIDENCE MEDICAL CENTER

Para las mujeres:

Edad del primer período _____ Fecha del período normal _____ número de embarazos _____

de nacidos vivos _____ # de niños que viven con usted _____ #Abortions o aborto espontáneo _____

problema con los embarazos : prematuro toxemia diabetes presión arterial alta otro: _____

método anticonceptivo _____

Última fecha de Papanicolaou: _____ Resultados? _____ ¿Hecho dónde? _____

Ultimo fecha de mamografía _____ Resultados? _____ ¿Hecho dónde? _____

Tienes?

períodos irregulares cama Calambres mensurales mamografías anormales Prueba de Papanicolaou anormal

dolor pélvico infertilidad sexual dificultad sofocos sequedad vaginal PMS flujo vaginal
vaginal olor picazón vaginal cambio de senos

Todos: (Quién en su familia tiene/tuvo)

Enfermedad cardíaca _____ alergias _____

Asma _____ Tuberculosis _____

problemas estomacales _____ presión arterial alta _____

Diabetes _____ Ganer (qué tipo) _____

Enfermedad de la tiroides _____ Alcohólisto _____

Enfermedad mental _____ Artritis _____

Glaucoma _____ trastorno genético _____

Enumere cualquier otra enfermedad que se presente en su familia y especifique su relación con cada miembro de la familia enumerado. _____

CUÁNDO FUE TU ÚLTIMA Vez?

vacuna contra el tétanos _____ vacuna contra la gripe _____ vacuna contra la neumonía _____ vacuna contra la hepatitis _____ Prueba de tuberculosis _____ Colonoscopia _____ Radiografía de tórax _____ ECG _____

¿Tienes hijos? _____ SI? En caso afirmativa, enumere su nombre y edad y cualquier problema médico importante.

Dónde trabajas? _____ Que tipo de trabajo? _____

¿Cuál es el último grado que terminaste en la escuela secundaria? _____

Cualquier otra cosa que debemos saber? _____

PROVIDENCE MEDICAL CENTER

Release To: Providence Medical CTR
25 Craig Place , North Plainfield, Nj 07060
Phone: 908-791-9993
Fax:908-791-9995

Nombre del paciente: _____ DOB _____ Fecha: _____

nombre del médico _____

Médico dirección _____

Número de teléfono _____ Fax _____

____ Toda la información ____ Todas las notas de progreso ____ Informes de laboratorio ____ Informes de rayos X
____ Registros de alergia ____ electrocardiograma (ECG) ____ Registros de inmunización ____ Otros

AUTORIZACIÓN ESPECIAL: MARQUE LAS CASILLAS APLICABLES

Al firmar a continuación, autorizo a la oficina a divulgar y toda la información:

____ alcohol ____ drogas ____ salud mental ____ enfermedades de transmisión sexual ____ VIH ____ SIDA

Firma: _____

PROVIDENCE MEDICAL CENTER

Como cortesía para nuestros pacientes, nos hemos inscrito en numerosos programas de seguros de atención administrada. Nos complace poder brindarle este servicio y haremos todo lo posible para verificar la cobertura y facturar a su compañía de seguros correctamente. Sin embargo, no nos es posible realizar un seguimiento de todos los requisitos individuales de cada plan.

Es responsabilidad de cada paciente conocer los detalles de su plan de seguro además de cualquier falla en la cobertura del seguro. Cualquier cargo que ocurra como resultado de restricciones del plan de seguro o fallas en la cobertura es, en última instancia, responsabilidad del paciente. Lamentablemente, si no nos informa de los requisitos especiales que exige su plan y solicitamos servicios médicamente necesarios, como análisis de laboratorio, hospitalización o suministros que no están cubiertos por su plan; podemos facturarle directamente esos cargos. Si no se puede verificar la cobertura de seguro actual antes de cada cita, el pago se realizará en el momento del servicio.

La oficina solo para los servicios realizados por nuestros proveedores. Los laboratorios son entidades independientes y le facturarán a usted o a su compañía de seguros por los servicios prestados. Si tiene alguna pregunta sobre la factura de su laboratorio, comuníquese con ellos o con su compañía de seguros directamente.

Brindar atención médica de la más alta calidad a nuestros pacientes es nuestra principal preocupación. Estamos más que dispuestos a brindar esa atención dentro de las pautas de su plan de seguro, siempre que sea posible. Con su cooperación, podrá recibir todos los beneficios del seguro a los que tiene derecho, y podremos concentrar nuestros esfuerzos en esforzarnos por brindarle una excelente atención médica. PROVIDENCE MEDICAL CTR ofrece un bajo costo para pacientes sin seguro y este pago se requiere en el momento en que se presta el servicio.

Podemos cobrar una tarifa administrativa inicial de \$ 25.00 por completar formularios como solicitudes de discapacidad o seguro y registros médicos. Tenga en cuenta que estos servicios pueden requerir de siete a diez días para completarse.

Si una cuenta no se paga en su totalidad dentro de los 90 días, se agregará una tarifa de procesamiento de cobranza del 25% al saldo pendiente y se entregará a una compañía de cobranza para su procesamiento posterior. No se harán citas adicionales para cuentas morosas hasta que se actualicen.

Ya no se permitirán cheques como pago.

Intentamos comunicarnos con cada paciente para recordarles su cita; sin embargo, es responsabilidad del paciente llegar a su cita a tiempo. PROVIDENCE MEDICAL CENTER también se reserva el derecho de cobrar una tarifa por no presentarse a los pacientes que falten a las citas sin llamar para cancelar dentro de las 24 horas posteriores a la cita. La tarifa actual por no presentarse es de \$ 25.00 y está sujeta a cambios sin previo aviso.

Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria con respecto a mi diagnóstico y tratamiento con el fin de asegurar el pago de mi compañía de seguros; por lo tanto, autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al médico por cualquier servicio prestado que no sea pagado directamente por mí.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS SIGUIENTES POLÍTICAS. ACEPTO LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DESCRITOS EN ELLOS:

- Derechos del paciente con respecto a los registros médicos
- Responsabilidad financiera del paciente, incluidas las cobranzas, política de no presentación
- Confidencialidad y privacidad de los registros médicos

Firma del paciente

Fecha

Nombre impreso del paciente

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 72883
 (US Spanish version of the PHQ)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sintióse decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sintióse cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sintióse mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3

SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY
 0 + _____ + _____ + _____
 =Total Score: _____

Si usted marcó **cualquiera** de los problemas, ¿qué tan **difícil** han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| Para nada difícil
<input type="checkbox"/> | Un poco difícil
<input type="checkbox"/> | Muy difícil
<input type="checkbox"/> | Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/> |
|--|--|--|---|

Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EPI0905.PHQ9P

Confirmando que la información en este formulario es correcta.	Iniciales del paciente:	Fecha:
---	-------------------------	--------

_____ MRN _____ PROVEEDOR