

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA EL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil: (marque circulo) S C V D Sep Nombre del médico de referencia _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado CP

Empleador: _____ Dirección del Trabajo: _____
Nombre Empresa Calle Ciudad Estado CP

Nombre del Espos/a: _____ Telf. Trabajo Esposa/o: _____ Empleador Espos/a: _____

Nombre para Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Nombre la Persona Responsable por la Cuenta: _____

Esta asistiendo a la Escuela? Si No Nombre de la Escuela: _____

Si el Paciente es un niño, o depende del plan de seguro de sus padres, por favor complete la siguiente información:

Nombre Padres: o Padre _____ Madre _____ Teléfono _____

Nombre Empleador y dirección Trabajo (si es diferente a la de arriba) _____

Seguridad Social Padres y Fecha de Nacimiento: Madre: _____ / _____ Padre: _____ / _____

SEGURO BASICO: _____ Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Núm. Póliza: _____

Núm. Grupo: _____ Num.SS: _____ Valor Co-Pago: \$ _____

Relación con el Paciente: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Núm. Póliza: _____

Núm. Grupo: _____ Num.SS: _____ Valor Co-Pago: \$ _____

Relación con el Paciente: _____

(1) Por la siguiente designo que las prestaciones de seguro sean pagadas directamente a los médicos; o bien, si mi póliza de seguro prohíbe el pago directo al doctor, doy instrucciones y dirijo a mi compañía aseguradora de escribir un cheque a mí y a Arizona Allergy Associates. (2) También autorizo al médico para poder depositar cheques recibidos en la cuenta del paciente, cuando estén escritos a nombre del paciente. (3) Asimismo autorizo que el médico pueda facilitar cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones o solicitado durante el transcurso de mi examen y tratamiento. (4) Por la siguiente doy mi acuerdo para pagar mi cuenta al mismo tiempo que los servicios sean provistos. Si por cualquier motivo, debo un resto en mi cuenta, estoy conforme en efectuar el pago inmediato en el mes del extracto de cuenta. Al firmar este documento, confirmo que toda la información facilitada es correcta y actual. Si mi compañía aseguradora se niega a efectuar el pago, entiendo que soy financieramente responsable por los cargos. (5) Autorizo a Arizona Allergy Associates a iniciar una queja al Agente de Seguros por cualquier motivo en mi nombre. (6) Reconozco haber recibido el Aviso de Privacidad de las Prácticas de Arizona Allergy Associates. (7) Por la siguiente autorizo a AAA para obtener Historial Médico relacionado con el paciente mencionado previamente, de Farmacias en la Comunidad y/o de los Supervisores de Prestaciones en las Farmacias, con el propósito de un tratamiento continuado.

Nombre en Letras de Imprenta: _____ Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACION DEL PACIENTE: GRACIAS por elegir Arizona Allergy Associates (AAA) como su profesional médico para alergias e inmunología. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Es muy importante para nuestra relación profesional que comprenda claramente nuestra Póliza Financiera del Paciente y nuestra Póliza de Cancelación/Ausencia. Por favor, pregunte si tiene alguna duda acerca de nuestros honorarios, nuestras pólizas o sus responsabilidades.

Requerimos que TODOS los pacientes completen el Formulario de Información del Paciente antes de ver al profesional, y **anualmente a partir de entonces**. Usted es responsable de notificar nuestra oficina de cualquier cambio acerca del paciente (por ejemplo dirección, nombre, información del seguro, etc.). El paciente es responsable de proveer la información actual del seguro a la oficina. Le pediremos su tarjeta de seguro durante su primera visita, y sacaremos una copia para nuestro archivo. Ocasionalmente y más adelante, le podríamos solicitar una copia para actualizar sus datos, por lo tanto, tenga su tarjeta de seguro disponible cada vez que visite la oficina. Si no se puede obtener información actual en el momento del servicio, se convertirá en la responsabilidad del paciente pagar la factura hasta que la información actual haya sido entregada a la oficina.

INFORMACION FINANCIERA: Su seguro es un contrato entre Usted y su Compañía Aseguradora. Como señal de cortesía, presentaremos su reclamación. No obstante, no estaremos involucrados en conflictos entre Usted y su Compañía Aseguradora. Esto incluye, pero no se limita a: deducibles, co-pagos, cargos no-cubiertos y los cargos "usuales y habituales". Facilitaremos información tal como sea necesario a Usted y/o su Compañía Aseguradora. En última instancia Usted es responsable por el pago al día de su cuenta. AAA no puede facturar su compañía aseguradora, a menos de que nos dé información actual y válida del seguro. Si su compañía aseguradora no paga en un tiempo razonable, nos dirigiremos a Usted para el pago de los servicios realizados. Todos los planes no son iguales y no cubren los mismos servicios. En el caso de que la compañía aseguradora determine que un servicio realizado "no está cubierto", Usted será responsable por el cargo completo. Esta oficina no es responsable de discutir con las decisiones de la compañía aseguradora relativas a cobertura. El pago se debe en el momento de recibir la factura de nuestra oficina. Esperamos que Usted conozca sus prestaciones de seguro, incluido pero no limitado a: deducible, valor de co-pagos, servicios de laboratorios, instalaciones de radiología y hospitales asociados con su plan. Usted es responsable para notificar a esta oficina cuando su compañía aseguradora o plan cambien. Cualquier coste acreado por esta oficina debido a información incorrecta provista por su parte o por parte de su representante se convertirá en su responsabilidad. Si Usted está cubierto por un plan con el que AAA no tiene contrato o no tiene participación, o no tiene cobertura de seguro, nuestro cargo por su cuidado médico o el cuidado de sus dependientes deberá de pagarse en el momento del servicio.

CO-PAGOS: DEBEN DE PAGARSE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO ANTES DE VER AL PROFESIONAL. Se añadirá un cargo de \$25.00 si tenemos que facturar para el co-pago. **No aceptamos Dinero Líquido, American Express o Discover.** Se aceptan pagos con Visa, MasterCard o cheques personales con tarjeta de identidad válida solamente. Por favor tómese el tiempo de leer nuestras Normas Financieras y Dispensas; Pólizas de Cancelación/Ausencia, y Formulario de Información del Paciente – Estos son documentos muy importantes y precisan su entendimiento previo a la firma y PREVIO a la visita. **Anotación: Un cargo del 40% se añadirá a facturas sin pagar que requieran acción de cobro y/o servicios legales.**

NORMAS DE CANCELACION/AUSENCIA: Para poder mantener la calidad del cuidado al paciente y que todos los pacientes sean atendidos, es importante de que notifique nuestra oficina con sus intenciones de cancelar o cambiar su cita por lo menos veinticuatro horas (24) antes de su cita llamando al **(480) 897-6992**. Si tiene una cita concertada un lunes puede dejar un mensaje durante el fin de semana en el contestador automático o vaya al portal del paciente en www.azallergy.com para notificarnos. Si no se ha recibido una llamada durante este periodo de tiempo, se le considerara "Ausente", y se le cargaran \$75.00. Por favor, tome el tiempo y la consideración de facilitar la notificación adecuada con su intención de cancelar la cita con su profesional. Entendemos que existen emergencias de familia y/u obligaciones que le hagan perder una cita concertada sin aviso, consideraremos estos hechos, no obstante, le animamos fuertemente que nos informe por lo menos un día antes de la cita concertada para que podamos colocar a otro paciente en el espacio libre. Si ha sido ausente en tres o más citas, nos reservamos el derecho de negarle el servicio en este consultorio. Si este es el caso, será notificado por escrito vía correo certificado. **Anotación:** Este asesoramiento no será cargado a su compañía aseguradora, Usted será el único responsable de este pago. Si precisa un volante de seguro por parte de un médico de cabecera, asegúrese de que el volante este en nuestra oficina ANTES DE SU CITA CONCERTADA. **Fax: 480-839-1874.** Llame nuestra oficina para ver si necesita un formulario de volante o contacte su compañía aseguradora.

Un cargo de \$10 se efectuara por copiar cualquier dato del paciente (No obstante, haremos copia de los datos del paciente una primera vez sin cargo si los datos van directamente al paciente). No hay coste por copiar datos para las oficinas de otros médicos. Un cargo de \$10 se efectuara por cualquier formulario que se tenga que rellenar por nuestros profesionales y se solicitara antes de que se complete el papeleo. Si los formularios son enviados por fax al consultorio, se solicitara pago por tarjeta de crédito antes de completar el papeleo.

Nombre en Letras de Imprenta _____ Fecha de Nacimiento: _____

SI USTED YA ES UN PACIENTE DE AAA, QUIZAS NO TENGA QUE RELLENAR EL QUESTIONARIO DE SALUD DEPENDIENDO DE CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE FUE VISTO EN NUESTRA OFICINA (si la última visita fue hace mas de 3 años – Usted deberá rellenar el Cuestionario de Salud)

CONSENTIMIENTO NUEVO PACIENTE PARA USO Y DIVULGACION DE INFORMACION SOBRE LA SALUD

Entiendo que con la firma de este consentimiento, AAA podrá utilizar y divulgar mi información de salud o la de mi hijo/a para llevar a cabo el tratamiento, pago, y operaciones de atención medica. Entiendo que como parte de la atención medica, AAA origina y mantiene papeleo y/o archivos electrónicos describiendo mi historial de salud(o el de mis hijos), síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futuros cuidados y tratamientos. Tengo el derecho de revisar el Aviso de Practicas de Privacidad antes de firmar este consentimiento y se me ha entregado una copia para leer. AAA se reserva el derecho de revisar su Aviso en cualquier momento y una copia puede obtenerse por cualquier paciente/padres al enviar una solicitud a nuestras oficinas.

Tengo el derecho de solicitar que AAA limite como utiliza o divulga la información de salud mía o de mi hijo/a. No obstante, el consultorio no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en el caso de que el consultorio ya haya divulgado información en relación con mi consentimiento anterior. Si no firmo este consentimiento, debido a las restricciones acerca de divulgación de información de salud y afecta la habilidad de realizar un diagnostico y tratamiento, AAA no estará en posición de suministrar tratamiento para mí o mi hijo/a.

También, de vez en cuando, en el proceso de cuidar de nuestros pacientes, se hará necesario contactarle por teléfono. Si Usted no está disponible nos gustaría poder dejarle un mensaje detallado (por ejemplo resultados de laboratorio) cuando sea posible. Para proteger su privacidad necesitamos su consentimiento escrito para poder dejar un mensaje detallado en su contestador automático, o a un miembro de familia de confianza. Deberíamos de anotar que nuestras prácticas de privacidad actuales permiten que le llamemos con un recordatorio de cortesía acerca de las citas concertadas a venir. Si le gustaría que pudiéramos dejar un mensaje para otra persona que no sea Usted, por favor indique el individuo con el nombre y teléfono que deberíamos de utilizar en el espacio abajo. Esto permanecerá en efecto hasta que lo revoque por escrito. **Esto no da al individuo indicado a continuación el derecho de acceder a información médica del paciente – es estrictamente para poder dejar un mensaje con este individuo designado. Si quisiera delegar otro individuo que tenga acceso sin restricción a sus archivos médicos y a la información que contienen – Por favor, añada una nota debajo de esta página escrita a mano y fírmela. Este permiso también podrá ser revocado por medio de una solicitud escrita por Usted en cualquier momento.**

No. Contestador Automático: _____ Mi Celular: _____

Nombre Esposo/a: _____ Numero Teléfono: _____

Otro (Nombre): _____ Numero Teléfono: _____

NO DOY MI CONSENTIMIENTO para tener mensajes detallados en mi teléfono o contestador automático o con cualquier miembro de mi familia. (Iniciales _____)

REVOCACION DE UN CONSENTIMIENTO ANTERIOR: Deseo revocar o parar las autorizaciones anteriores.

ESTE SEGURO DE QUE HA LEIDO Y ENTENDIDO TODO LO MENCIONADO ANTERIORMENTE ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO

Al firmar este formulario, Usted verifica que ha leído y entendido todas las normas previas y procedimientos y que cumplirá con los mismos (3 páginas). También verifica que ha recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de este Consultorio Médico y se le ha dado la oportunidad de tener sus preguntas contestadas.

Firma	Nombre del Paciente	Relación con el Paciente
-------	---------------------	--------------------------

Nombre en Letras de Imprenta	Fecha Nacimiento Paciente	Fecha de la firma del formulario
------------------------------	---------------------------	----------------------------------

Firma Testigo AAA	Fecha	Nombre Testigo Imprenta
-------------------	-------	-------------------------

Dirección Electronica: _____

SI YA ES UN PACIENTE DE AAA, QUIZAS NO NECESITE RELLENAR EL CUESTIONARIO DE SALUD DEPENDIENDO DE CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE FUE VISITADO EN LA OFICINA (Si su última visita fue hace mas de 3 años – necesitara rellenar el Cuestionario de Salud)



Autorización para Obtener Historial Medico

NOMBRE DEL PACIENTE (letras de imprenta): _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

DIRECCION:

Al firmar a continuación, por la presente autorizo a Arizona Allergy Associates a obtener Historial Médico relacionado con el paciente previamente mencionado, de las Farmacias de la Comunidad y/o de los Supervisores de Prestaciones de Farmacia con el propósito de Tratamiento Continuo y para poder someter y recibir recetas medicas electrónicas.

Fecha de la Autorización

Nombre **EN LETRAS DE IMPRENTA** del Paciente/Representante Legal o Padres/Tutor Legal

FIRMA del Paciente/Representante Legal o Padres/Tutor Legal

Entiendo que esta autorización es revocable con aviso escrito a la oficina donde la autorización original es guardada, excepto en el caso de que se haya tomado acción en base a esta autorización. Arizona Allergy Associates no condicionaría la provisión de tratamiento, pago, inscripción al plan de salud, o elegibilidad para prestaciones en provisión a esta autorización.

CUESTIONARIO DE SALUD PARA ALERGIAS
SI YA ES UN PACIENTE DE AAA, NO NECESITA RELLENAR EL CUESTIONARIO DE SALUD
(Al menos que su última visita fue hace más de 3 años)

Nombre Letras Imprenta: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Ocupación: _____

Si el paciente es niño/a: Ocupación del Padre: _____ Ocupación de la Madre: _____

Recomendado por: _____

A. RAZON PRINCIPAL RECOMENDADA: 1) "fiebre heno" 2) "sinusitis" 3) asma 4) problemas oído 5) bronquitis 6) problemas ojos 7) urticaria 8) eczema 9) alergia fármacos 10) infecciones continuas 11) reacción a insectos 12) problemas estomago 13) Otros: _____

B. En sus propias palabras, describa los síntomas más alarmantes. Cuantos años tenía cuando su(s) problema(s) empezó y de qué manera afecta su vida?

C. MEDICACIONES ACTUALES PARA ALERGIA O ASMA (Por favor traiga los medicamentos de receta):
 Haga la lista de medicamento(s) por nombre, dosis o concentración, y numero de dosis que toma al día: Haga la lista; Dosis; Concentración; Efectos Secundarios

D. MEDICACIONES TOMADAS PARA ALERGIA QUE NO SON EFECTIVAS: _____

E. MEDICACIONES ACTUALES, NO PARA ALERGIA: _____

F. HISTORIAL DE ALERGIAS PASADO (infancia): 1) Alergia Leche u otros alimentos 2) eczema 3) asma 4) otro _____

G. INMUNIZACIONES DE INFANCIA: ¿Al día o incompleta? ¿Alguna reaccion inusual? _____

H. REVISION SISTEMAS:

- | | | | | |
|------------------|---|--|---|--|
| CONSTITUCIONAL: | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Dolor Cabeza | <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Gano/Perdió Peso |
| OJOS: | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Visión Doble | <input type="checkbox"/> Dolor | |
| CARDIOVASCULAR: | <input type="checkbox"/> Dolor pecho | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Falta de Aire | |
| RESPIRATORIO: | <input type="checkbox"/> Silbido | <input type="checkbox"/> Tos Frecuente | <input type="checkbox"/> Espujo | |
| GASTRO: | <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal | <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Heces Oscuras | <input type="checkbox"/> Mareo/Vómitos |
| GENITOURINARIO: | <input type="checkbox"/> Retención Orina | <input type="checkbox"/> Orinar doloroso | <input type="checkbox"/> Frecuencia Orinar | |
| MUSCULOSKELETAL: | <input type="checkbox"/> Dolor Articulación | <input type="checkbox"/> Rigidez Matinal | <input type="checkbox"/> Calambres | |
| PIEL: | <input type="checkbox"/> Sangrado Fácil | <input type="checkbox"/> Sarpullido | <input type="checkbox"/> Fácil Hematomas | |
| NEUROLOGICO: | <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Insensibilidad | <input type="checkbox"/> Ola de Mareo | |
| ENDOCRINO: | <input type="checkbox"/> Sed Excesiva | <input type="checkbox"/> Frio/Calor | <input type="checkbox"/> Cansado/lento | |
| BOCA/GARGANTA: | <input type="checkbox"/> Dolor Garganta | <input type="checkbox"/> Descongestión | <input type="checkbox"/> Tonsilitis Frecuente | <input type="checkbox"/> Irritación |
| NARIZ: | <input type="checkbox"/> Estornudo | <input type="checkbox"/> Picazón | <input type="checkbox"/> Mocos | <input type="checkbox"/> Mocos líquidos |
| | <input type="checkbox"/> Nariz Tapada | <input type="checkbox"/> Sinus Infecciones | <input type="checkbox"/> Roncado | <input type="checkbox"/> Operación nariz |
| | <input type="checkbox"/> Goteo Nasal | <input type="checkbox"/> Nariz rota | <input type="checkbox"/> Pérdida de olor | <input type="checkbox"/> Operación Nariz/sinus |
| | | | | <input type="checkbox"/> Boqueras |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sangre Nariz |
| | | | | <input type="checkbox"/> Pólipos |

I. ASMA: leve, moderada, grave/mejorando, misma, grave/frecuencia aprox. silbido: _____

J. INFECCIONES BRONQUIALES EN INFANCIA: Bronquialitas Crup Bronquitis (marque el circulo)

K. HISTORIAL CONTACTO ALERGIAS: SI NO

L. PULMONIA SI NO RAYOS X ABNORMALES: SI NO

M. OLA DE ASFIXIA: SI NO ASFIXIA /VOMITOS FRECUENTES: SI NO

N. TB POSITIVO EN PIEL/FIEBRE DEL VALLE SI NO DOLOR PECHO: SI NO

O. HABITO TABACO: Pasado,Presente – Tipo _____ # por día _____ Fuman o fumaban sus padres? SI NO

P. PROBLEMAS ESTOMAGO/INTESTINALES: Poco apetito, Mareo, Vómitos, Diarrea, Ulceras, Dolor, Heces oscuras o con sangre, Acidez de estomago.

Q. ECZEMA, URTICARIA, HINCHAZON: Factores agravantes _____

R. OTROS PROBLEMAS DE PIEL: _____

S. ALERGIA ALIMENTOS: Lista y Reacción: _____

T. ALERGIA FARMACOS: Aspirina, Penicilina, Sulfa, Tintes RayosX, Anestesia local, Otro: _____

U. ALERGIA INSECTOS: Tipo Insecto _____ Reacción _____ año _____

V. OPERACIONES: (circulo) tubos oídos, amigdalotomía y/o adenoidectomía, operación sinus, extracción pólipos nariz, reparación del septo nasal, operación pecho

W. RODEE OTROS PROBLEMAS: 1) Problema hipertensión, 2) Enfermedad cardíaca, 3) Angina, 4) Diabetes, 5) Anemia, 6) Transfusiones, 7) Tuberculosis, 8) Ictericia, 9) Enfermedad Hígado, 10) Artritis, 11) Infección hígado/vesícula, 12) Otras enfermedades hígado, 13) Piedras riñón, 14) Piedras biliares, 15) Cáncer, 16) Desmayos, 17) Convulsiones o epilepsia, 18) Depresión frecuente, 19) Irritable, 20) Cansancio, 21) Problemas sueño, 22) Problema próstata, 23) Problema tiroides, 24) Glaucoma 25) Otro: _____

X. HISTORIAL FAMILIAR: ¿Alguien en su familia ha tenido alguna de las condiciones? Indique número(s) en la línea a la derecha de la relación sanguínea adecuada. Numero de: Hermanos: _____ Hermanas: _____

Madre del Paciente _____	1. Fiebre heno	8. Alergia Insectos
Padre del Paciente _____	2. "Sinus"	9. Enfisema
Hermanos del Paciente _____	3. Asma	10. Tuberculosis
Hermanas del Paciente _____	4. Urticaria/hinchazón	11. Diabetes
Abuelos Maternos del Paciente _____	5. Eczema	12. Infección seria
Tíos/Tías Maternos del Paciente _____	6. Alergia Alimentos	13. Muerte en 2 primeros años
Abuelos Paternales del Paciente _____	7. Alergia Fármacos	14. Inmunodeficiencia

Y. MEDIO AMBIENTE: Casa Apartamento Condo Casa Móvil (Marque un círculo)

Animales en casa: Perro Gato Conejo Cobaya Hámster Ratón/Ratas Pájaros (Tipo)

Animales en recamara: SI NO (marque circulo ¿Que tipo?: _____

RECAMARA: ¿Cama Plumas? SI NO ¿Almohada? SI NO ¿Edredón Plumas? SI NO ¿Guardapolvo Ácaros? SI NO

Filtro HEPA: SI NO (Marque círculo) FUMADORES EN CASA: SI NO (marque círculo)

TAPETE EN CASA: Indique Ubicación: _____ HUMIDIFICADOR: SI NO

ARBOLES Y/O ZACATE EN VECINDARIO: _____

EXPOSICION TRABAJO: Humos químicos, mucho polvo, moho, Fumadores _____

OTRA EXPOSICION PASADA SIGNIFICANTE: Humos químicos NO SI Explique: _____

MARQUE UN CÍRCULO SI TIENE: Estufa Gas Horno Gas Estufa Queroseno

SI PACIENTE ES MENOR, está en la ¿Guardería? ¿Preescolar? ¿Escuela Primaria? (Marque un circulo)

Z. TRATAMIENTO(s) PARA ALERGIAS:

1) Nunca ha sido examinado. Si ha sido examinado antes MARQUE CIRCULO alrededor del articulo adecuado: Pruebas negativas: (sangre/piel)

Positivo a: zacate, hierbajos, arboles, polvo, animales, moho, alimentos.

Inyecciones para Alergias: _____ No _____ SI

Si es si, nombre Dr.: _____ Fechas: Desde: _____ A: _____ ¿Cuantas veces? _____

¿Le ayudo? Nada Alguna mejora Mucha mejora

¿Reacciones serias al tratamiento o examen? _____ SI _____ NO

El paciente ha recibido fármacos como Cortisona (Prednisone, decadron, steroids) _____ SI _____ No Fecha(s) _____

¿Hay algún médico de Alergias al cuido de un miembro de la familiar? Si es si, Dr. _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

FECHA EN LA QUE SE RELLENO Y FIRMO EL FORMULARIO: _____

FIRMA DEL PACIENTE O PADRES: _____