

**Por Favor Proporcione la siguiente informacion personal y pertinente.**

Fecha \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Sobrenombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino Numero de SS \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado,Codigo Postal \_\_\_\_\_ Telefono de casa: \_\_\_\_\_  
 Ocupacion \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Direccion de Empleador \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Codigo Postal \_\_\_\_\_  
 Fue Referido por  Usted  Amigo  Seguro  Doctor  
 Nombre de la persona que lo refirio \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Si es diferente quien es su medico de cabecera \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Informacion Financiera	Asegurado Primario	Pagador Secundario o Persona Responsable
Nombre		
Direccion		
Ciudad, Estado, Codigo		
Numero de Plan		
Nombre de Asegurado		
Relacion		
Numero de SS		
Fecha de Nacimiento		
# de Grupo		
Nombre de empleador		

Autorizo a que se hagan los servicios necesarios para que el doctor diagnostique y trate mi condicion. Ademas autorizo a que los beneficios de mi aseguranza sean dados a este proveedor. Y que se de la informacion necesaria para procesar el seguro. Entiendo que soy responsable de todos los cargos que se pueda generar en coleccionar mi cuenta, ordeno que se acepten copias de este documento como el original. Esto se mantendra en efecto hasta que lo revoque por escrito.

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

## French Medical Group, Ltd.

Efectivo Noviembre 1, 2007

Por favor tomen cuenta que debido a preocupaciones de horarios de citas, tendremos que cobrar un cobro de cancelacion de \$50.00 por fallar a una cita programada o cambios al horario si no se avisa con minimo de 24 horas de anticipo. Tenemos esta poliza para asegurarnos que todos nuestros pacientes puedan recibir el mejor cuidado posible. Cambios a horarios con menos de 24 horas de aviso no nos permite programar a los pacientes apropiadamente y queremos que todos nuestros pacientes reciban la calidad de salud mas alta posible.

Muchas gracias por su comprension y cumplimiento con esta nueva poliza.

Suyo en Salud,

El Grupo Administrativo  
French Medical Group, Ltd.

He leído esta poliza: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

# ACUSO DE RECIBO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

(Puede rehusar firmar este formato)

Yo \_\_\_\_\_ he recibido una copia de la notificacion de privacidad

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

## Para uso de oficina

Hemos intentado obtener una firma en la notificacion de privacidad, pero no fue posible por:

- Rehusó firmar
- Problemas de comunicacion
- Una emergencia nos impidio obtenerla
- Otras causas (por favor especifique)

---

---

---

---



MedCorp Services, Inc.

### ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO:

Yo, el que subscribe, doy permiso para contactar mi seguro para determinar y asignar todos los beneficios medicos / quirurgicos, incluir beneficios medicos, seguro privado y otros planes de salud a los cuales tengo derecho, al doctor u oficina medica indicada arriba. Esta asignacion se mantendra en efecto hasta que sea revocada por escrito. Autorizo que una fotocopia o fax sea tan valida como la original. Entiendo que soy responsable por todos los cargos no incluidos en el seguro. Autorizo al asignado a dar toda la informacion necesaria para asegurar el pago.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

### ASIGNACION DE MEDICARE

Solicito que el pago de los beneficios de Medicare se me asignen a mi o para mi a \_\_\_\_\_ por los servicios de ese doctor. Autorizo a cualquier persona que tenga informacion medica, darla a **HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION** o sus agentes, para asi determinar los beneficios. Esta asignacion se mantendra en efecto hasta que la revoque por escrito. Autorizo a que una fotocopia sea tan valida como la original. En los casos de Medicare, el doctor esta de acuerdo en aceptar los cargos determinados por Medicare como los cargos totales, siendo yo responsable solo por el deducible, co-seguro o los servicios no cubiertos que han sido explicados y con los cuales estoy de acuerdo

¿Que problema lo trae a vernos.

¿Cuando comenzo? \_\_\_\_\_

¿Que lo causo? \_\_\_\_\_

Si se accidento, donde fue:

- En casa
- En el trabajo
- Accidente de trabajo
- Otro

Su dolor comenzo:

- De repente
  - Gradualmente
- El dolor es
- Constante
  - Viene y se va

Usted Puede:

- |                      |                          |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
|                      | SI                       | NO                       |
| Dormir bien          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actividades diarias  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cuidarse             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Funciona normalmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Ha tenido este problema antes?  No  Si ¿Cuando? \_\_\_\_\_

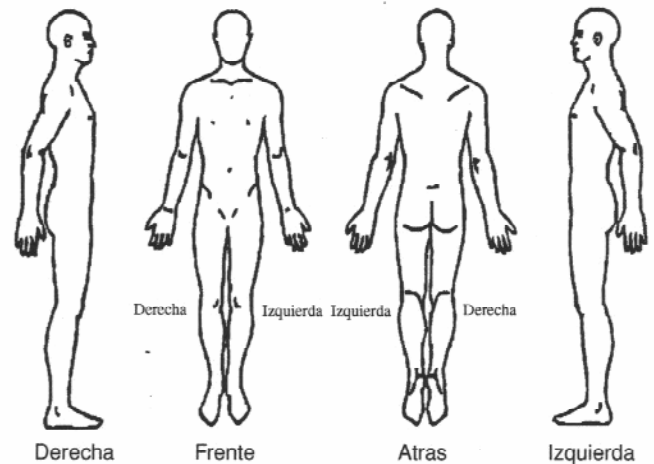
¿Quien le trato su ultima ocurrencia? \_\_\_\_\_

**En las figuras de la derecha, Marque las areas de mayor dolor.**

+++ Quemazon                      / / / Apuñaladas  
 . . . Agujas                          xxx No siente nada

Marque las areas de dolor y en una escala del 1 al 10, 1 el mas leve y 10 el mas severo, diga cuanto le duele.

Dolor area 1 (1-10) \_\_\_\_\_  
 Dolor area 2 (1-10) \_\_\_\_\_  
 Dolor area 3 (1-10) \_\_\_\_\_



<p><b>Que palabras describe su dolor la mayor parte del tiempo</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Constante</td> <td><input type="checkbox"/> Hormigueo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Viene y va</td> <td><input type="checkbox"/> Quemazon</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ocasional</td> <td><input type="checkbox"/> Pulsacion</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Solo de noche</td> <td><input type="checkbox"/> Agujas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Solo al cansarse</td> <td><input type="checkbox"/> Dolor Intenso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dolor casual</td> <td><input type="checkbox"/> Fuerte y recurrente</td> </tr> </table> <p><b>Como describiria su movilidad</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Camina solo</td> <td><input type="checkbox"/> Usa silla de ruedas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Necesita baston</td> <td><input type="checkbox"/> Usa caminador</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Viene y va	<input type="checkbox"/> Quemazon	<input type="checkbox"/> Ocasional	<input type="checkbox"/> Pulsacion	<input type="checkbox"/> Solo de noche	<input type="checkbox"/> Agujas	<input type="checkbox"/> Solo al cansarse	<input type="checkbox"/> Dolor Intenso	<input type="checkbox"/> Dolor casual	<input type="checkbox"/> Fuerte y recurrente	<input type="checkbox"/> Camina solo	<input type="checkbox"/> Usa silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Necesita baston	<input type="checkbox"/> Usa caminador	<p><b>Como describiria su empleo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Trabajando             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiempo completo</li> <li><input type="checkbox"/> Medio Tiempo</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Desempleado</li> <li><input type="checkbox"/> Permiso</li> <li><input type="checkbox"/> Temporalmente inabilitado</li> <li><input type="checkbox"/> Permanentemente inabilitado</li> <li><input type="checkbox"/> Retirado</li> </ul> <p>Si temporalmente o permanentemente inabilitado o con permiso, ultimo dia completo que trabajo fue:              _____</p>
<input type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/> Hormigueo																
<input type="checkbox"/> Viene y va	<input type="checkbox"/> Quemazon																
<input type="checkbox"/> Ocasional	<input type="checkbox"/> Pulsacion																
<input type="checkbox"/> Solo de noche	<input type="checkbox"/> Agujas																
<input type="checkbox"/> Solo al cansarse	<input type="checkbox"/> Dolor Intenso																
<input type="checkbox"/> Dolor casual	<input type="checkbox"/> Fuerte y recurrente																
<input type="checkbox"/> Camina solo	<input type="checkbox"/> Usa silla de ruedas																
<input type="checkbox"/> Necesita baston	<input type="checkbox"/> Usa caminador																

			<b>Historia y Sintomas</b>
Paciente	# de ID	Fecha	

Si ha tenido alguno de estos procedimientos, por favor escriba la fecha en que iniciaron.

PROCEDIMIENTOS	FECHA	LUGAR DE HECHO
Rayos x		
CT- Resonancia Magnetica		
Myelograma		
Ultrasonido		

**Por favor escriba las medicinas que esta tomando actualmente**

Nombre	Cantidad

**Por favor explique toda cirugia y hospitalizacion**


**¿A QUE MEDICINAS ES USTED ALERGICO?**

¿Tiene implantes?  Si  No      ¿Marcapasos?  Si  No      ¿Defibrilador?  Si  No

**SOLO MUJERES**      ¿Puede quedar embarazada?  Si  No      ¿Cuando fue su ultimo Papanicolau? \_\_\_\_\_

¿Porque No? \_\_\_\_\_      ¿Su ultima mamografia? \_\_\_\_\_

¿Cuando fue su ultima menstruacion? \_\_\_\_\_

¿Esta embarazada?  Si  No

**Esta informacion confidencial se necesita para poder tratarlo adecuadamente.**

¿Fuma?  Si  No      ¿Cuanto Fuma? \_\_\_\_\_

¿Toma alcohol?  Si  No      ¿Tipo y cantidad? \_\_\_\_\_

¿Toma Cafe?  Si  No      ¿Tipo y cantidad? \_\_\_\_\_

¿Usa alguna droga?  Si  No      ¿Tipo y frecuencia? \_\_\_\_\_

**Por favor marque lo que haya tenido o tiene en este momento**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos | <input type="checkbox"/> Dolor al pecho - angina         | <input type="checkbox"/> Piedras en el riñon             | <input type="checkbox"/> Gota                         |
| <input type="checkbox"/> Presion alta              | <input type="checkbox"/> Palpitaciones                   | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Artritis                     |
| <input type="checkbox"/> Embolia                   | <input type="checkbox"/> Soplo al corazon                | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios o genitales | <input type="checkbox"/> HIV / SIDA                   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                 | <input type="checkbox"/> Arritmia                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad endocrina            | <input type="checkbox"/> Claudication                 |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad congenita al corazon | <input type="checkbox"/> Problemas de Prostata           | <input type="checkbox"/> Ulcera                       |
| <input type="checkbox"/> Mareos                    | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica                | <input type="checkbox"/> Disfuncion Sexual               | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea           |
| <input type="checkbox"/> Anemia                    | <input type="checkbox"/> Piedras en la vecicula          | <input type="checkbox"/> Disfuncion Menstrual            | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental            |
| <input type="checkbox"/> Falta de Aire             | <input type="checkbox"/> Pancreatitis                    | <input type="checkbox"/> Quistes Ovaricos                | <input type="checkbox"/> Problemas de Alcohol o droga |
| <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad al higado            | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos            |   |

**Historia familiar - ¿Alguien en su familia ha tenido?**

- |  |               |  |               |
|--|---------------|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad al corazon | ¿Quien? _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia               | ¿Quien? _____ |
| <input type="checkbox"/> Presion Alta          | ¿Quien? _____ | <input type="checkbox"/> Glaucoma                | ¿Quien? _____ |
| <input type="checkbox"/> Embolia               | ¿Quien? _____ | <input type="checkbox"/> Sangrado                | ¿Quien? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer                | ¿Quien? _____ | <input type="checkbox"/> Problemas renales       | ¿Quien? _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | ¿Quien? _____ | <input type="checkbox"/> Problemas a la tiroides | ¿Quien? _____ |