



Escriba claramente con letra de imprenta y complete cada punto con la mayor precisión posible. Si necesita ayuda para completar este formulario pregúntele a un miembro del personal.

Médico: _____ Cta.: _____ Fecha: _____

Nombre: _____
Primero Segundo Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino N.º de SS _____ - _____ - _____
mm/dd/aaaa

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono particular: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____

Empleador: _____ Teléfono laboral: (_____) _____

Correo electrónico: _____ Idioma preferido: _____

Contacto de emergencia: _____ (_____) _____
Nombre Relación Teléfono

Raza: _____ Origen étnico: Hispano No Hispano Otro: _____

Información del seguro primario		Información del seguro secundario	
Nombre del seguro:		Nombre del seguro:	
ID del seguro:		ID del seguro:	
Número de póliza o grupo:		Número de póliza o grupo:	
Nombre del titular de la póliza:		Nombre del titular de la póliza:	
Relación del titular de la póliza con el paciente:		Relación del titular de la póliza con el paciente:	
N.º de SS del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento:	N.º de SS del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento:

Médico de atención primaria (Médico de familia): _____

Médico referente: _____

Firma de por vida en el archivo de Medicare/Medi-Cal:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare/Medi-Cal se realice en mi nombre a Sacramento Ear, Nose & Throat Surgical Medical Group, Inc., por todos los servicios que me haya proporcionado el médico. Autorizo a cualquier persona que posea información médica sobre mí a divulgarla a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) y a sus agentes para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Autorización del seguro privado para la asignación de beneficios/divulgación de información:

Yo, quien suscribe, autorizo el pago de beneficios médicos a Sacramento Ear Nose & Throat Surgical Medical Group, Inc., por todos los servicios que me haya proporcionado el médico. Entiendo que mi acuerdo con la compañía de seguros es un acuerdo separado entre mi aseguradora y yo, y que soy responsable financieramente por cualquier monto que mi contrato no cubra. También doy mi autorización para divulgar a mi compañía de seguros, o a su agente, información sobre la atención médica, el asesoramiento, el tratamiento o los suministros proporcionados al paciente. Esta información se utilizará con el propósito de evaluar y administrar los reclamos de beneficios.

Es posible que, como parte de su visita, se realicen servicios adicionales para permitir una evaluación exhaustiva. Los servicios adicionales durante la visita generarán cargos adicionales por dichos procedimientos. Al firmar a continuación usted confirma que ha leído y que comprende esta declaración.

Firma: _____

Fecha: _____



¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

Mencione todos los medicamentos actuales, incluidos los medicamentos sin receta (over the counter, OTC) o suplementos.

No toma ningún medicamento

Nombre del medicamento y dosis

Mencione todas las alergias a los fármacos o los medicamentos que no puede tomar Sin alergias a fármacos conocidas

Nombre del medicamento	Tipo de reacción

Farmacia: Nombre: _____ Dirección: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

Alergias que no se relacionan con medicamentos

¿Alguna vez le han hecho una prueba de alergia? No Sí Cuándo: _____

¿Ha recibido vacunas para la alergia alguna vez? No Sí

¿Actualmente recibe vacunas? No Sí

¿Es alérgico a alguno de los siguientes? Látex Adhesivos Alimentos _____

Otro _____



Indique cualquier enfermedad que haya tenido o que haya sido diagnosticada por un médico.

Sin enfermedades importantes

Enfermedades infantiles

- Varicela
- Sarampión
- Paperas
- Otro _____

Cáncer

- Mamario
- Leucemia
- Pulmón
- Otro _____

Problemas congénitos (de nacimiento)

- Malformación congénita
- Síndrome de Down
- Nacimiento prematuro
- Otro _____

Nariz, garganta y oído

- Infecciones de oído
- Pérdida auditiva
- Infecciones de senos paranasales
- Apnea del sueño
- Disfunción de la mandíbula
- Otro _____

Corazón

- Angina (dolor en el pecho)
- Ataque cardíaco
- Hipertensión
- Soplo
- Prolapso de la válvula mitral
- Otro _____

Pulmones

- Asma
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Fibrosis quística
- Tuberculosis
- Otro _____

Piel

- Rosácea
- Acné
- Eczema
- Psoriasis
- Otro _____

Huesos/Articulaciones

- Artritis: Osteoartritis Reumatoide
- Osteoporosis
- Otro _____

Ap. digestivo

- Diverticulitis
- Hemorroides
- Hepatitis - Tipo: A B C
- Síndrome de colon irritable
- Reflujo
- Enfermedad de la vesícula biliar (cálculos)
- Otro _____

Cerebro/Sistema nervioso

- Alzheimer/Demencia
- Convulsiones
- Esclerosis múltiple
- Accidente cerebrovascular
- Dolor de cabeza
- Otro _____

Salud mental/emocional

- Trastorno de la ansiedad
- Trast. Bipolar
- Depresión
- Otro _____

Glándulas/Hormonas

- Diabetes: Tipo I Tipo II
- Enfermedad de Graves
- Enfermedad de la tiroides: Hiper Hipo

Alergias/Sistema inmunitario

- SIDA/VIH
- Enfermedad autoinmune
- Lupus
- Otro _____

Antecedentes de cualquier otra afección:

- _____
- _____
- _____

Pacientes femeninas: ¿Está embarazada?

- Sí
- No
- Posiblemente/No está segura

Cirugías

¿Alguna vez tuvo problemas con la anestesia (inducción al sueño para una cirugía)? _____ (Describa)

Indique todas las cirugías de otorrinolaringologas que haya tenido: Sin cirugías

Oídos Conductos auditivos Otro

Nariz Rinoplastia Septoplastia Senos paranasales Otra _____

Boca/Cuello Amígdalas/Adenoides Tiroides - ¿Total o parcial? Otra _____

Mencione cualquier otra cirugía mayor: _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave? No Sí _____ (Describa)

Centro de diagnóstico de imágenes preferido por el paciente _____

Laboratorio preferido por el paciente _____

Comprendo que es mi responsabilidad saber qué centros de diagnóstico por imágenes y laboratorios están en la red y tienen cobertura a través de mi plan de seguro.



Ocupación actual: _____ Discapacitado Jubilado Estudiante

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión civil

¿Consume tabaco actualmente? Nunca Sí: Cigarrillos Cigarro Pipa Masticable

¿Cuándo comenzó? Edad: _____ o Año: _____ Consumo promedio por día: _____

Dejó

¿Cuándo dejó? Edad: _____ o Año: _____

¿Consume alcohol? No Sí

¿Tipos y cantidad promedio a la semana? Cerveza: _____ Vino: _____ Vinos refrescantes: _____
Cócteles o licores: _____

¿Tiene antecedentes de dependencia o adicción con alguna droga? No Sí _____
(Describa)

Prefiere hablar con el médico



Confirmación de lectura Directiva anticipada

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Una directiva anticipada es un documento legal que le permite a una persona dar instrucciones sobre su atención médica futura o designar a otra(s) persona(s) para que tome(n) decisiones médicas en caso de perder la capacidad para tomar decisiones. Los siguientes instrumentos escritos constituyen las directivas anticipadas: el testamento vital y el poder notarial duradero para la atención médica. El instrumento podrá ser revocado y se debe anotar la fecha y la hora en el expediente médico del paciente.

¿Tiene una directiva anticipada?

A. Directiva para los médicos (testamento vital) Sí _____ No _____

B. Poder notarial duradero para la atención médica Sí _____ No _____

¿Está actualizado? Sí _____ No _____

¿Dónde guarda una copia? _____

Agente principal: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____

Firma del paciente o representante

Fecha

Sacramento Ear, Nose & Throat Surgical Medical Group, Inc. y S.E.N.T. Hearing Aid Center (en conjunto "SacENT") reconoce y respeta el hecho de que todos los pacientes tienen derecho a examinar y obtener una copia de su propio expediente que contenga información médica protegida (Protected Health Information, PHI). Comprendo que tengo el derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad de SacENT antes de firmar este formulario. SacENT se reserva el derecho a revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento.

Consentimiento:

Con este consentimiento, SacENT puede usar y divulgar cualquier información médica protegida sobre mí (o sobre mi hijo) para llevar a cabo tratamientos, pagos (incluida la cobranza de los pagos) y operaciones de la atención médica. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de SacENT para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Con mi consentimiento, este consultorio puede enviar por correo a mi domicilio o a otro lugar designado, o dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona, que se relacione con cualquier elemento que ayude a la práctica en el transcurso del tratamiento, pago u otras operaciones de la atención médica, como recordatorios de citas, cuestiones del seguro o del pago y cualquier otra información relativa a mi atención médica (o la de mi hijo), siempre que estén marcados como "Personal y confidencial". Con mi consentimiento, SacENT puede enviarme por correo electrónico cualquier información sobre mi atención médica, tratamiento, pagos y citas (o de mi hijo).

Aquí se proporciona un enlace a la página web federal pagos abiertos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) con fines informativos solamente. La ley federal Sunshine de pagos médicos (Physician Payments Sunshine Act) exige que se ponga a disposición del público en <https://openpaymentsdata.cms.gov> la información detallada de los pagos y otros desembolsos por valores superiores a diez dólares (\$10) de los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos para los médicos y hospitales universitarios.

Aviso a los pacientes:

Los médicos cuentan con licencia y están regulados por la Junta Médica de California. Para verificar una licencia o presentar una queja, visite www.mbc.ca.gov, envíe un correo electrónico a: licensecheck@mbc.ca.gov o llame al (800) 633-2322.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar que SacENT restrinja la manera en que usa y divulga mi información de atención médica para llevar a cabo el tratamiento y el pago. SacENT no está obligada a aceptar las restricciones que solicito, pero si lo hace, queda obligada por este acuerdo. Al firmar a continuación, reconozco haber recibido la información anterior.

SacENT también puede divulgar, según su criterio profesional, mi información de salud a las personas directamente involucradas con mi atención médica o su pago:

Personas autorizadas:

Nombre	Apellido	Número telefónico	Relación
Nombre	Apellido	Número telefónico	Relación

He leído y recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Firma del paciente/padre/madre o tutor legal	Fecha

Indique a continuación su(s) método(s) de comunicación preferido(s) para _____
Nombre del paciente

Mensaje de texto

Yo, _____, autorizo a Sacramento Ear, Nose & Throat y The Allergy Center a que envíen recordatorios de citas y otras comunicaciones de la atención médica en formato electrónico por mensaje de texto a mi teléfono móvil. Comprendo que este servicio es gratuito. Sin embargo, es posible que apliquen las tarifas estándar de mensajería de texto por parte de mi proveedor de telefonía móvil. Active la comunicación por mensaje de texto para el siguiente número de teléfono móvil:

N.º de teléfono móvil

Proveedor de telefonía móvil

Correo electrónico

Yo, _____, autorizo a Sacramento Ear, Nose & Throat y The Allergy Center a que envíen recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica de manera electrónica a la siguiente dirección de correo electrónico:

Dirección de correo electrónico (Escriba claramente con letra de imprenta)

Mensaje de voz

Al firmar a continuación, autorizo a Sacramento Ear, Nose & Throat y The Allergy Center a comunicarse conmigo para recordatorios de citas y otras comunicaciones de la atención médica por teléfono y mensajes de voz en los números proporcionados al momento de la inscripción. Si no estoy disponible para responder el teléfono, doy mi permiso a Sacramento Ear, Nose & Throat y The Allergy Center para dejar un mensaje en mi buzón de voz, contestadora o a la persona que contesta el teléfono. Al proporcionar número(s) de teléfono adicional(es) a continuación, autorizo las mismas comunicaciones y los mismos permisos a este/estos número(s).

N.º de teléfono

Marque la repuesta con un círculo: Trabajo Particular

N.º de teléfono

Marque la repuesta con un círculo: Trabajo Particular

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

Gracias por confiar su atención médica a Sacramento Ear, Nose & Throat y The Allergy Center. Cuando programa una cita con nosotros, nos reservamos el tiempo suficiente para brindarle atención de la más alta calidad. En caso de que deba cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestro consultorio lo antes posible. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que posiblemente estén a la espera de una cita. A continuación, consulte nuestra política de cancelación de citas/no presentación:

Visitas al consultorio

A partir del 15 de noviembre de 2021, cualquier paciente que no se presente o que cancele/re programe una cita con menos de **48 horas de anticipación** a la misma, se considerará que no se presentó o que viola nuestra política de cancelación.

Ante la segunda falta de presentación según nuestra política de cancelación, se le cobrará una tarifa de \$50 al paciente (no se le facturará al seguro) que deberá pagar antes de la reprogramación.

Tras una tercera falta de presentación o violación de nuestra política de cancelación, el paciente puede ser **despedido** de la práctica.

Cirugías

Si un paciente programado para una cirugía no se presenta, cancela o reprograma la cirugía con menos de **1 semana de anticipación** a la cirugía programada, se le cobrarán al paciente \$100 que deberá pagar antes de reprogramar la cirugía.

He leído y entiendo la política de cancelación de citas/no presentación y acepto sus términos.

Firma (paciente/padre/madre/tutor legal)

Nombre en letra de imprenta

Fecha