SACRAMENTO
EAR | NOSE | THROAT
FACIAL PLASTIC SURGERY

Información del paciente

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: _____ **Cuenta:** _____ **Fecha:** _____

Información del paciente	Información del garante/parte responsable	
Nombre del niño(a): Primero, Segundo, Apellido	Nombre de padre o madre/parte responsable: Primero, Segundo, Apellido	
Fecha de nacimiento del niño(a): ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Dirección (incluya el código postal):	Dirección: ☐ La misma que el niño(a)	
Teléfono particular: ( )	Teléfono celular: ( )	
Nombre del contacto de emergencia: Relación:	Empleador: Dirección:	Teléfono laboral: ( )
Teléfono: ( )	Relación con el paciente: (para otro, especifique la relación) ☐ Padre/Madre ☐ Tutor legal ☐ Otro_____	

Correo electrónico: _____ **Idioma preferido:** _____

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.° de SS del titular de la póliza: Fecha de nacimiento:	N.° 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 nombre de los pacientes a Sacramento Ear, Nose & Throat Surgical Medical Group, Inc., por todos los servicios que haya proporcionado el médico al paciente. Autorizo a cualquier persona que posea información médica sobre el paciente a divulgarla a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid 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 haya proporcionado el médico al paciente. 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. También comprendo que, en caso de no tener cobertura de seguro, soy responsable de todos los cargos facturados.

Como parte de la visita del paciente, es posible que 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 de la parte responsable **Fecha**

MENOR DE EDAD

Medicamentos | Formulario de alergias

¿Cuál es el motivo de la visita de su hijo(a) hoy? _____

¿Cuál es la estatura de su hijo(a)?_____ ¿Cuánto pesa su hijo(a)?_____

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 su hijo(a) no puede tomar

☐ Sin alergias a fármacos conocidas

Nombre del medicamento	Tipo de reacción

Alergias que no se relacionan con medicamentos

¿Alguna vez le han hecho una prueba de alergia a su hijo(a)? ☐ No ☐ Sí

¿Su hijo(a) alguna vez ha recibido vacunas para la alergia? ☐ No ☐ Sí

¿Su hijo(a) recibe vacunas actualmente? ☐ No ☐ Sí

¿Su hijo(a) es alérgico a alguno de los siguientes? ☐ Látex ☐ Adhesivos ☐ Alimentos _____

☐ Otro _____

Indique cualquier enfermedad que su hijo(a) haya tenido o haya sido diagnosticada por un médico.

☐ **Sin enfermedades importantes**

Enfermedades infantiles
- ☐ Varicela
- ☐ Sarampión
- ☐ Paperas
- ☐ Otro_____

Problemas congénitos (del nacimiento)
- ☐ Malformación congénita
- ☐ Síndrome de Down
- ☐ Nacimiento prematuro (N.° de semanas_____)
- ☐ Fibrosis quística
- ☐ Otro_____

Otros problemas
- ☐ Acné
- ☐ Asma
- ☐ Diabetes
- ☐ ERGE/Reflujo
- ☐ Apnea del sueño
- ☐ Otro_____

Antecedentes de cualquier otra afección no mencionada:

☐ _____
_____
_____

Para mujeres adolescentes: **¿Está embarazada?**
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Posiblemente/No estoy segura

¿Su hijo(a) ha sido sometido a cirugía? ☐ No ☐ Sí _____
(Describa)

¿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.

Antecedentes sociales

¿Su hijo(a) asiste a la escuela actualmente? ☐ Sí ☐ No ¿Qué nivel de grado?_____

¿Su hijo(a) consume tabaco? ☐ Nunca ☐ Dejó ☐ Sí

¿Su hijo(a) consume alguna otra droga? ☐ No ☐ No estoy seguro ☐ Sí _____
(Describa)

SACRAMENTO
EAR | NOSE | THROAT
FACIAL PLASTIC SURGERY

Consentimiento de privacidad y autorización para su uso | Formulario de divulgación

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 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 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 la atención médica de mi hijo siempre que estén marcados como "Personal y confidencial". Con mi consentimiento, SacENT puede enviarme por correo electrónico cualquier información sobre la atención médica, el tratamiento, los pagos y las citas 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 derecho a solicitar que SacENT restrinja la manera en que usa y divulga la información médica de mi hijo 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 padre/madre/tutor legal

Fecha

MENOR DE EDAD

SACRAMENTO
EAR | NOSE | THROAT
FACIAL PLASTIC SURGERY

Formulario de autorización de comunicaciones sobre la atención médica

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.° 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.° de teléfono
Marque la repuesta con un círculo: Trabajo Particular

_____ N.° de teléfono
Marque la repuesta con un círculo: Trabajo Particular

Firma del paciente _____ Fecha _____

O

Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____

MENOR DE EDAD

SACRAMENTO
EAR | NOSE | THROAT
FACIAL PLASTIC SURGERY

Política de cancelación de citas | No presentación

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/reprograme 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 del paciente (si es menor de edad)/Relación con el paciente

_____ _____

Nombre en letra de imprenta Fecha