

BEACH CITIES ENTS HISTORIA MÉDICA

Por favor de llenar este formulario lo más completo posible. Es importante que usted llene la información correctamente y que su doctor este informado de su historia de medico.

Del paciente: Apellido _____ Primer nombre _____ MI _____

Sexo: Masculino Femenino

Hispano o No?

Fecha de Nacimiento:

Raza: Por favor circule su elección:

Caucásico

Hispano / latino americano

Declinado

Asiático

Hawaiano / Islas del Pacífico

Afroamericano

Raza native Americana or de Alaska

Escriba su correo electrónico para un medio alternativo para contactarlo: _____

Idioma preferido: _____ Nombre del Médico Primario o referencia: _____

¿Alguna vez has sido paciente de Beach Cities ENTS antes de esta fecha? Si No Cuando? _____

Razón de la visita de hoy: _____

¿TIENE ALGO DE LO SIGUIENTE? *Círculo Sí o No.*

Fatiga	Sí	No	Roncar	Sí	No
Pérdida Auditiva	Si	No	Tos	Sí	No
Congestión nasal	Sí	No	Dolor Facial	Sí	No

¿Es usted alérgico a algún medicamento? ____ Sí ____ No.

Si marcó, indique a continuación:

Nombre del medicamento	Tipo de reacción

Preferencia de Farmacia (incluir la dirección): _____

¿Usted autoriza obtener los nombres de sus medicamentos en la farmacia? Sí No

MEDICAMENTOS. Por favor, envíenos una lista escrita de sus medicamentos o escriba CUALQUIERA Y TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE a continuación, incluidos los medicamentos de venta libre.

HX MEDICA: Marque la caja que le pertenesca.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal inflamatoria (SII) | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular (A fib) | <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda |
| <input type="checkbox"/> Próstata agrandada | <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> EPOC (enfisema) | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca (ICC) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Demencia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Eczema |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones | <input type="checkbox"/> Reflujo (ERGE) | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> VIH + | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta) | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Ataques cardíacos | <input type="checkbox"/> Artritis degenerativa | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (Tb) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ulceras | | | |

Indique cualquier otro problema médico o diagnóstico que tenga:

Alguna vez has fumado? Sí No

¿En que año comenzó a fumar y en que año paró? _____

Bebe Ud. alcohol? Sí No ¿Cuánto bebe? _____ Con qué frecuencia? _____

¿Ha consumido cocaína? Sí No ¿Cuántos años consumió? _____

CIRUGÍAS PASADAS: Marque la caja que le pertenesca.

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Reducción de senos | <input type="checkbox"/> Endarterectomía carotídea | <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> CABG - Bypass coronario | <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico |
| <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Banda gástrica | <input type="checkbox"/> Cirugía de la válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Hernia (abdominal) |
| <input type="checkbox"/> Fractura de cadera | <input type="checkbox"/> Cirugía de cadera | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la rodilla | <input type="checkbox"/> Cirugía de la columna vertebral | <input type="checkbox"/> Lasik | <input type="checkbox"/> Mastectomía (mama CA) |
| <input type="checkbox"/> Miringotomía y tubo | <input type="checkbox"/> Septoplastia nasal | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria / stents |
| <input type="checkbox"/> Otras cirugías | <input type="checkbox"/> Biopsia de próstata | <input type="checkbox"/> Artroscopia de hombro | <input type="checkbox"/> Cirugía de hombro |
| <input type="checkbox"/> Tiroidectomía | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> Prostatactomía | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía | | | |

Indique cualquier otra cirugía que haya tenido (incluya fechas):

Ha tenido estudios para el problema de hoy? Si respondió sí, indique los nombres de , fecha y donde el examen estuvo hecho.

¿Ha necesitado medicamentos o le han dado medicamentos para el problema de hoy?

AUTORIZACIÓN PARA EL USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización para el Uso / Divulgación de Información: Yo voluntariamente autorizar y ordenar al proveedor de servicios de salud viene a continuación a divulgar mi información de salud durante la vigencia de esta autorización al destinatario que he identificado abajo.

Nombre del Proveedor: _____
Dirección del Proveedor: _____

Número de fax: _____

RECEPTOR DE ENTREGA DE LOS REGISTROS:

BEACH CITIES ENTS, los Dres. Levine, Sesi, Rafii and Schaye, Kemi Ajibola PA-C
20911 Earl Street, Suite 340, Torrance, CA 90503
Fax: 310-944-9295

Propósito: Entiendo que el propósito específico de esta autorización es

Información a revelar: Esta autorización permite que el profesional de la salud antes mencionado a divulgar los registros médicos siguientes:

____ Toda mi información de salud que el proveedor tiene en su poder, incluyendo información relativa a cualquier historial médico, condición física o mental o cualquier otro tratamiento recibido por mí, incluyendo, sin limitación, los rayos X, el VIH / SIDA, pruebas genéticas, notas de psicoterapia y otra información de salud mental, drogas, alcohol u otras informaciones sustancia controlada, información de facturación, correspondencia y registros de mis otros proveedores de atención médica que el proveedor de atención médica antes mencionado puede tener.

____ Toda mi información de salud descrita anteriormente, excepto por lo siguiente:

____ Sólo los siguientes registros o tipos de información de salud: (Insertar fechas de tratamiento, tipo de tratamiento u otra designación.)

Plazo: Esta autorización se mantendrá vigente durante un (1) año a partir de la fecha de firma de esta autorización.

La divulgación: Entiendo que una vez que el profesional del cuidado de la salud divulga mi información de salud a los beneficiarios identificados anteriormente, el profesional del cuidado de la salud no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información de salud a un tercero. El tercero no puede ser obligado a acatar esta Autorización o las leyes federales y estatales que rigen el uso y divulgación de mi información de salud.
el uso y la divulgación de mi información de salud.

BEACH CITIES ENTS

Adult and Pediatric Ear, Nose, Throat & Sinus

FINANCIERA Y POLÍTICA DE PAGO (EFF. 01/01/2025)

Si usted tiene seguro médico, nosotros haremos nuestro mejor esfuerzo para ayudarle a recibir los beneficios máximos permitidos. Con el fin de lograr este objetivo, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestra política de pago. Se le pedirá para actualizar su información demográfica y de seguros periódicamente, incluido el suministro de nuestra oficina con una copia de su tarjeta de seguro (s). Estamos obligados a obtener su firma para autorizar la divulgación de información a su compañía de seguros anualmente. Por favor, nos ayudará a cumplir con los requisitos de su seguro.

POLÍTICA DE NO MOSTRAR: Solicitamos un aviso de 2 días hábiles si debe cancelar o reprogramar una cita para permitir una mayor disponibilidad para los pacientes que desean ser atendidos. Habrá un cargo de \$50 por citas realizadas que no presente o no cancele con un aviso de 2 días hábiles. Si programa una cirugía/procedimiento en el consultorio y necesita cancelar o reprogramar, le solicitamos un aviso de 3 semanas antes de la fecha de la cirugía/procedimiento para permitir que otros pacientes accedan al tiempo limitado del quirófano. Si no se da este aviso adecuado, se aplicará un cargo por cancelación/reprogramación tardía de \$500. Las cirugías o procedimientos en el consultorio que están programados para menos de 3 semanas se rigen por el mismo estándar de política.

Por favor ponga sus iniciales aquí: _____

Como una cortesía, estaremos encantados de abonar los honorarios por sus servicios médicos cubiertos a su compañía de seguros. Sin embargo, contamos con el **pago de todos los servicios dentro de 60 días**. Puede que sea necesario para que usted pague su cuenta en su totalidad si su compañía de seguros no paga por los servicios en un período de tiempo apropiado. Es su responsabilidad de entender su cobertura y beneficios, incluyendo pre-certificaciones, de referencia y los requisitos de autorización. Nosotros, sin embargo, le ayudará a asegurar que todos los requisitos del plan de que se cumplan.

El pago por servicios, entre ellos, **co-pago del coaseguro y deducible, es debido en el momento en que son prestados. No tiene seguro de ley secundaria para los co-pagos. Esperamos que los pagos de copago por los seguros primarios y secundarios en el momento de la visita.** Beach Cities ENTS acepta efectivo o todas las principales tarjetas de crédito (Visa, Mastercard, Discover y AMEX). **No aceptamos cheques personales.** Todos los servicios no cubiertos son su responsabilidad. Nuestra incapacidad para recoger estas cantidades puede constituir una violación de nuestro contrato con su compañía de seguros y puede resultar en sanciones civiles y penales y / o expulsión de su plan de seguro.

Debemos enfatizar que, como proveedores de atención médica, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Si bien la presentación de reclamos de seguro es una cortesía que brindamos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad a partir de la fecha en que se prestan los servicios. Si hay una disputa con su compañía de seguros, recibirá una carta de nuestro servicio de facturación solicitando su ayuda comunicándose con su compañía de seguros para ayudarlo con el procesamiento y el pago de los servicios que se le brindan. Sabemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen tales problemas, le recomendamos que se comunique de inmediato con nuestro servicio de facturación al 888-902-0255 para obtener ayuda en la administración de su cuenta. Gracias. Su firma a continuación constituye reconocimiento y aceptación de esta política.

Firma: _____

Fecha: _____

Aviso a los pacientes

“La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales docentes. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>”.

Solo con fines informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web de Pagos Abiertos de los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley Federal Sunshine de Pagos a Médicos exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales docentes.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____