

HISTORIAL MEDICO Y REVISION DE SISTEMAS					Fecha:				
Nombre de la paciente (apellido, nombre, Segundo nombre):					Edad:		Fecha de nacimiento:		
¿Para qué problemas de salud programó su cita para hoy?									
I. REVISIÓN DE SISTEMAS									
síntomas que CURENTEMENTE está experimentando									
Revisa cada artículo	si	N o	Revisa cada artículo	Si	No	Revisa cada artículo	Si	No	
Debilidad			sibilancias			nuevo / cambio de lunar			
Fatiga			lesión reciente en los senos			erupción			
No te sientes bien			dolor en los senos			picazón de la piel			
Fiebre			Masa en el seno			ampollas			
Dolor de ojo			secreción de los pezones			cambio en la piel			
lesión ocular reciente			agrandamiento de la mama			uñas encarnadas			
inflamación ocular			dolor abdominal			uñas quebradizas			
gafas / lentes de contacto			dificultad para tragar			pérdida anormal del cabello			
disturbio visual			náusea			glándulas inflamadas			
dolor de oído			vomito			sangrado			
zumbido del oído			acidez			sed excesiva			
vértigo			estreñimiento			cambio en el tamaño de las manos / pies			
congestión nasal			Diarrea			cambio de peso involuntario			
Escurrimiento nasal			calambres abdominales			dificultad sexual / bajo deseo			
dolor de boca			hemorroides			alteración auditiva			
dolor de lengua			dolor rectal			molestias al caminar			
llagas en la boca			sangre en la orina			entumecimiento			
dolor de muelas			dolor al orinar			dolores de cabeza			
dolor de garganta			otros problemas para orinar			alteración del habla			
cambios de voz			secreción de los genitales			alteración del olfato			
Dolor de pecho			dolor de espalda			pérdida de habilidades motoras			
dolor de pierna al caminar			dolor de hombro			movimientos involuntarios			
extremidades frías			dolor de rodilla			incontinencia de orina / heces			
dificultad para respirar			dolor de cadera			pérdida significativa de memoria			
hinchazón en piernas / pies			dolor de pie / tobillo			ansiedad			
mareo			otro dolor articular			depresión			
tos			lesión reciente			alto nivel de estrés			
tosiendo sangre			calambres nocturnos			pensamientos suicidas			
			insomnio			alucinaciones			
II. HISTORIA MÉDICA PERSONAL (NO HISTORIA FAMILIAR)									
Revisa cada artículo	Si	No	Revisa cada artículo	Si	No	Revisa cada artículo	Si	No	
infarto de miocardio			Problema de tiroides			otros problemas renales			
Alta presión sanguínea			Enfermedad hemorragica			problemas de colon			
asma			transfusión de sangre			gota			
otros problemas pulmonares			Depression o ansiedad			artritis			
trastorno convulsivo			intento de suicidio			colesterol alto			
migraña			alcoholismo			discapacidad de aprendizaje			
Derrame cerebral			hepatitis			Discapacidad mental			
TMJ			otros problemas de hígado			discapacidad física			
Glaucoma			cálculos renales			diabetes			

III. SÓLO MUJERES (LOS HOMBRES PASAN A IV)

¿Último período menstrual?	¿Número de embarazos?	¿Número de nacidos vivos?
----------------------------	-----------------------	---------------------------

IV. HISTORIA QUIRÚRGICA E HISTORIA HOSPITALARIA

Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha
ojos		tiroides		espalda	
orejas		histerectomía		otra	
anginas		rodilla (s)		otra	

V. HISTORIA SOCIAL

¿Usa tabaco? No Si Dejar (fecha) Si fuma, ¿cuántos paquetes por día? ¿Cuánto tiempo?
 Tipo: Cigarrillos Puros Masticar / aspirar

¿Tomas alcohol? No Si ¿Número de bebidas por semana?
 ¿El alcohol es una preocupación para usted o para los demás? No Yes

¿Usa drogas recreativas? No Si Tipo: ¿Ha usado agujas? No Si

¿Consumo de cafeína? Ninguna Café Té Soda indicar la cantidad diaria de cada uno:

¿Eres sexualmente activa? No Si No actualmente La (s) pareja (s) sexual (es) actual (es) son: masculino mujer

¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad de transmisión sexual? No Si
 ¿Está interesado en hacerse una prueba de detección de ETS? No Si

ocupación de pacientes: Grupo etnico:

VI. HISTORIA FAMILIAR

miembro de la familia	viva	fallecida	Edad actual o fallecio	asma	Enfermedad hemorrágica	cáncer	infarto de miocardio	depresión	colesterol alto	Alta presión sanguínea	osteoporosis	Derrame cerebral	trastorno de la tiroides	otra
padre														
mamá														
hermano(s)														
hermana(s)														
hija(s)														
Hijo(s)														

VII. ALERGIAS / REACCIONES A MEDICAMENTOS (ESCRIBIR NINGUNO SI NO HAY ALERGIAS)

nombre del medicamento	reacción	nombre del medicamento	reacción

VIII. MEDICAMENTOS (ESCRIBA NINGUNA SI NO TOMA MEDICAMENTOS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Cuantos miligramos	número de pastillas tomadas a la vez	número de dosis al día

Nombre impreso de la paciente:

Firma:	Fecha:
--------	--------

INFORMACION DEMOGRAFICA ADICIONAL

Email: _____ nombre de la farmacia y calles transversales: _____

Estado civil: _____ SSN: _____ Raza: _____ Etnia: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relacion: _____ telefono: _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE CON CONSENTIMIENTO DE LA HIPAA PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE PHI CON CONDICIONES (HIPAA CONSENT)

Nom. del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo la divulgacion de mi informacion personal de salud como esta descrito abajo. Entiendo que la informacion que autorize a una persona o entidad a recibir puede volver a ser divulgada y ya no esta protegida por las regulaciones federales.

1. Personas dentro de la practica del medico autorizado a utilizar o poner en conocimiento de la informacion: DEL grupo de empresas PHOENICIAN MEDICAL CENTER

2. Personas u organizaciones autorizadas a recibir la informacion:

Conyuge ___Si ___No En caso que Si, diga el nombre de la persona: _____

Padre's ___Si ___No En caso que Si, diga el nombre de la persona: _____

Otro individuo, novio/novia, hermano, hermana, etc. ___Si ___No

En caso que Si, diga el nombre de la persona y la relacion: _____

3. Descripcion especifica de la informacion que sera usada o desglosada: Cualquier informacion medica pertinente, ejemplo: Resultados de pruebas, Referidos, Muestras, Recetas, Papeleo, completo Historial Medico.

4. La informacion sera usada/desglosada para los siguientes propositos.

A. Para informarme de mi condicion medica por telefono, correo, email o en persona.

B. Para dar informacion/referidos/records medicos/muestras/recetas/papeleo y/o resultados de pruebas a mi o la persona mencionada en esta forma, ya sea por telefono, correo, email o en persona.

C. Para tratamiento, pago y cuidado de salud.

5. Esta autorizacion expira en: _____. Yo entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento notificando al Doctor de la oficina proporcionando la informacion por escrito. Mas sin embargo, la revocacion no sera valida, si:

A. El Doctor a tomado medidas de seguridad de esta autorizacion o

B. Si se obtiene esta autorizacion como condicion para obtener cobertura de seguro, otra ley proporciona el asegurador el derecho a impugnar una reclamacion en virtud de la politica o de la propia politica.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Nom. Impreso del Paciente o Representante: _____

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (PRIVACY PRACTICE ACKNOWLEDGEMENT)

Reconozco que me han ofrecido una copia del aviso de prácticas de privacidad de Phoenician Medical Center DBA Phoenician Primary Care. También sé que puedo ir al sitio web <https://pmchealth.care/> para leer o imprimir el aviso en línea.

Reconozco que rechacé una copia del aviso de prácticas de privacidad de Phoenician Medical Center DBA Phoenician Primary Care que se me ofreció hoy

firma del representante del paciente: _____ fecha: _____

nombre impreso del paciente o del representante del paciente: _____

DERECHOS DEL PACIENTE:

tiene derecho a ser tratado con dignidad, respeto y consideración y no será sometido a:

- *Abuso
- *negligencia
- *explotación
- *coerción
- *manipulación
- *abuso o agresión sexual
- *represalias por presentar una queja a nuestra oficina, los azdhs o cualquier otra entidad
- *apropiación indebida de propiedad personal o privada por parte de un miembro del personal, voluntario o estudiante

usted o su representante:

- excepto en una emergencia, consiente o rechaza el tratamiento
- Puede rechazar o retirar el consentimiento para el tratamiento antes de que se inicie el tratamiento.
- excepto en una emergencia, se le informa de las alternativas a un medicamento psicotrópico propuesto o un procedimiento quirúrgico y el riesgo asociado y las posibles complicaciones de un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto
- está informado de nuestra política sobre directivas sanitarias
- se le informa sobre el proceso de quejas del paciente (ver "aviso de publicación de licencia")
- dar su consentimiento para una fotografía antes de ser fotografiado
- salvo que la ley lo permita, proporciona consentimiento por escrito para la divulgación de información en el registro médico o en los registros financieros del paciente

tienes el derecho:

- no ser discriminado por motivos de raza, nacionalidad, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico
- para recibir un tratamiento que apoye y respete su individualidad, elecciones, fortalezas y habilidades
- para recibir privacidad en el tratamiento y el cuidado de las necesidades personales
- para revisar, previa solicitud por escrito, su propio registro médico de acuerdo con A.R.S. 12-2293, 12-2294 Y 12-2294. 01
- para recibir una remisión a otra institución de atención médica si nuestra oficina no está autorizada o no puede brindarle la atención que necesita usted, el paciente
- participar o hacer que su representante participe en el desarrollo o las decisiones relacionadas con el tratamiento
- participar o negarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales
- para recibir ayuda de un miembro de la familia, su representante u otra persona para comprender, proteger o ejercer sus derechos

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

- para proporcionar información precisa y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud
- para informar el riesgo percibido en su atención y los cambios inesperados en su condición a su proveedor
- para hacer preguntas si no comprende lo que le han dicho sobre su atención o lo que se espera que haga
- Seguir el plan de tratamiento establecido por su proveedor, incluidas las instrucciones del personal de apoyo a medida que ejecutan las órdenes del proveedor.
- para asistir a las citas y para notificar a la oficina cuando no pueda hacerlo
- por sus acciones en caso de que rechace el tratamiento o no siga las órdenes de sus proveedores
- para asegurar que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo antes posible
- por ser considerado con los derechos de otros pacientes y el personal de la oficina y respetuoso con su propiedad personal y la de otras personas en la oficina
- para que se identifique a un sustituto en la toma de decisiones si no puede tomar decisiones sobre la atención, el tratamiento o los servicios
- involucrar a la familia en la atención, el tratamiento y los servicios con el permiso de usted o de su representante sustituto

firma: _____ fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Revíselo con atención.

Comprensión de su registro / información de salud Cada vez que visita un hospital, médico u otro proveedor de atención médica, se realiza un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para la atención o el tratamiento futuros. Esta información, a menudo denominada su historial médico o de salud, sirve como:

- base para planificar su atención y tratamiento
- medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su atención
- documento legal que describe la atención que recibió que usted o un tercero pagador pueda verificar que los servicios facturados se hayan proporcionado realmente
- una herramienta para educar a los profesionales de la salud
- una fuente de datos para la investigación médica
- una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de la nación
- un fuente de datos para la planificación y el marketing de las instalaciones
- una herramienta con la que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que brindamos y los resultados que logramos

Comprender lo que hay en su registro y cómo se usa su información médica lo ayuda a:

- garantizar su precisión
- comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información médica
- tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a otros

Sus derechos sobre la información médica Si bien su registro médico es propiedad física del médico o del centro que lo recopiló, la información le pertenece a usted. Tiene derecho a:

- solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información según lo dispuesto en 45 CFR 164.522
- obtener una copia impresa del aviso de prácticas de información cuando lo solicite
- inspeccionar y obtener una copia de su historial médico según lo dispuesto por en 45 CFR 164.524
- enmendar su registro de salud según lo dispuesto en 45 CFR 164.528
- obtener un informe de las divulgaciones de su información de salud según lo dispuesto en 45 CFR 164.528
- solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas
- revocar su autorización para usar o divulgar información médica, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas

Nuestras responsabilidades Esta organización está obligada a:

- mantener la privacidad de su información médica
- proporcionarle un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted
- acatar los términos de este aviso
- notificar usted si no podemos aceptar una restricción solicitada

acomodar solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos

- notificarle de una violación de información de salud protegida “no segura”

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información médica protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, le enviaremos un aviso revisado a la dirección que nos ha proporcionado. No usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización por escrito, excepto como se describe en este aviso. Para informar un problema Si tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con esta oficina al 480-963-1853 o enviar un correo electrónico a Karen@phoenicianmedical.com. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante esta oficina o ante la secretaria de Salud y Servicios Humanos. No habrá represalias por presentar una queja. Ejemplos de divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de salud Tratamiento: La información obtenida por una enfermera, médico u otro miembro de su equipo de atención médica se registrará en su registro y se utilizará para determinar el curso de tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Su médico documentará en su registro sus expectativas de los miembros de su equipo de atención médica. Los miembros de su equipo de atención médica registrarán las acciones que tomaron y sus observaciones. De esa manera, el médico sabrá cómo está respondiendo al tratamiento. También proporcionaremos a los proveedores de atención médica posteriores copias de varios informes que deberían ayudarlos a tratarlo.

Pago: Es posible que se le envíe una factura a usted oa un tercero pagador. Esta información en la factura o que la acompaña puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados. Operaciones de salud: 1. Gestión de riesgos: los miembros del personal médico o el personal de mejora de la calidad o el riesgo pueden utilizar la información de su expediente médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros similares. Esta información luego se utilizará en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y efectividad de la atención médica y el servicio que brindamos. 2. Socios comerciales: hay algunos servicios que se brindan en nuestra organización a través de contactos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen radiología, laboratorio, servicios de fotocopias, servicios de transcripción, servicios de facturación, etc. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información médica a nuestro socio comercial para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido y facturarle a usted o su tercero pagador por los servicios prestados. Para proteger tu salud información, sin embargo, requerimos que el socio comercial proteja adecuadamente su

información. 3. Notificación: podemos usar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su atención, de su ubicación y condición general. 4. Comunicación con la familia: los profesionales de la salud, utilizando su mejor criterio, pueden divulgar a un miembro de la familia, otro pariente, un amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud relevante para la participación de esa persona en su atención o el pago relacionado con su atención. . 5. Investigación: podemos divulgar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica. 6. Directores de funerarias: podemos divulgar información médica a los directores de funerarias de conformidad con la ley aplicable para que lleven a cabo sus funciones. 7. Organizaciones de obtención de órganos: de conformidad con la ley aplicable, podemos divulgar información médica a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos con el propósito de donación y trasplante de tejidos. 8. Comercialización: podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. 9. Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): podemos divulgar a la FDA información de salud relativa a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, retiradas, reparaciones o reemplazos. 10. Compensación para trabajadores: podemos divulgar información médica en la medida en que lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación para trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley. 11. Salud pública: según lo requiera la ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. 12. Aplicación de la ley: podemos divulgar información médica para fines de aplicación de la ley según lo requiera la ley o en respuesta a una citación judicial válida.

La ley federal establece que su información médica se divulgue a una agencia de supervisión de la salud apropiada, autoridad de salud pública o abogado, siempre que un miembro de la fuerza laboral o socio comercial crea de buena fe que hemos participado en una conducta ilegal o que hemos violado a profesionales estándares clínicos y están potencialmente poniendo en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o al público.

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2015

POLITICAS Y ARREGLOS FINANCIEROS (FINANCIAL POLICIES AND ARRANGEMENTS)

Reconocemos la necesidad de comprensión de las áreas de preparativos de pago y llenado de aseguranza. Esta hoja a sido preparada para abordar algunas de estas areas para usted.

ARCHIVO DE ASEGURANZA/BENEFICIOS/PAGOS

Hay numerosos planes de aseguranza con los que estamos contratados para recibir el pago directamente por parte de la aseguranza. Con estos planes, el paciente generalmente requiere cumplir con un deducible o hacer un co-pago. Si usted esta cubierto por alguno de estos planes, por favor muestrenos su tarjeta. Este preparado para hacer un co-pago o su pago por la visita medica si su deducible no ha sido cubierto al momento de la visita. Aceptamos efectivo, cheques, VISA y MASTERCARD. Con planes que no estamos contratados, se le pedira que pague al momento de la visita.

Si estamos facturando a la aseguranza por usted, es extremadamente importante que usted nos proporcione la informacion exacta y actualizada para que su demanda se pueda archivar. Es su RESPONSABILIDAD como consumidor saber que beneficios estan cubiertos por su plan de seguro. La mayoría de las companias de seguros tienen numerosos planes que cubren diferentes tipos de servicios. Contraceptivos (DEPO-PROVERA), vacunas, y otros servicios no estan cubiertos en su plan en particular. Servicios prestados que no son un beneficio cubierto son su responsabilidad y el pago es dado al momento de recibir los servicios. Si tiene preguntas acerca de que servicios estan cubiertos, contacte Servicios al Miembro(el numero esta listado en su tarjeta de aseguranza). Nosotros vamos a dejar de un lado la parte de la estimacion del balance que debe ser pagado por su compania de seguros por 45 dias. Si su compania de seguro no remite el pago en el plazo de 45 dias, usted sera responsable del balance completo. Esta oficina no se hace responsable de la colecta de reclamos de seguro o para la negociacion de un acuerdo sobre una disputa, usted continuara recibiendo estados de cuenta hasta que su cuenta sea pagada totalmente.

ARREGLOS DE PAGO

El pago es esperado al momento de servicio. Si usted no tiene su co-pago en el momento del servicio, su visita puede ser reprogramada. Tambien reconocemos la necesidad de establecer planes de pago para los pacientes que requieren tratamiento extensivo. Nuestra oficina estara encantada de ayudarle con estos arreglos.

CUENTAS MOROSAS

Pagos morosos que esten atrasados mas de noventa (90) dias seran transferidos a una agencia de colleccion a menos que se hayan hecho arreglos previos. Si usted tiene preguntas o cree que hay un error, por favor haganoslo saber antes de 90 dias para poderle ayudar a resolver este cobro.

CHEQUES DEVUELTOS

Hay una cuota de servicio de \$25.00 por los cheques devueltos por insuficientes fondos. Nosotros pertenecemos al condado de Maricopa Buro de Abogados e Implementacion. Nosotros requerimos una copia de su licencia de conducir o identificacion.

CANCELACION DE CITAS / NO PRESENTARSE A SU CITA

Si desea cancelar su cita, le pedimos que nos de 1 dia de anticipacion para citas de rutina y 2 dias de anticipacion para Fisicos o procedimientos en oficina. Si usted no cancela su cita, usted puede tener un cargo de \$25.00 ya que esto se concidera como no haberse presentado. Al no presentarse por 3 citas consecutivas nos da una base para despedirlo de la oficina.

CONTRATO DE AVANCE BENEFICIARIO

Medicare y otros planes de seguro solo paga por los servicios que les parezca razonable y necesario BAJO LA SECCION 1862 (a) (1) de la ley de Medicare. Si el pago es negado por servicios o pruebas (ejem. Examen de rutina, prueba de laboratorio, vacunas, procedimientos y diagnosticos no relacionados), entonces el paciente es completamente responsable por el pago.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para la evaluacion y tratamiento de la condicion que yo o mi hijo(a) o mi dependiente por la cual he venido a PHOENICIAN MEDICAL CENTER dba PHOENICIAN PRIMARY CARE, y autorizar a los medicos y otros profesionales de la medicina afiliados con PHOENICIAN MEDICAL CENTER para proporcionar dicha evaluacion y tratamiento. Entiendo que la practica de la medicina no es una ciencia exacta, y no hay garantias con respecto a la probabilidad de exito o los resultados de cualquier examen, tratamiento, diagnostico o prueba realizada por PHOENICIAN MEDICAL CENTER. Yo autorizo PHOENICIAN MEDICAL CENTER para examinar, almacenar y desechar el uso de todos los tejidos, fluidos o especimenes (muestras) removidos de mi cuerpo. Reconozco y acepto que este consentimiento sera aplicable a todas las visitas o episodios de evaluacion o tratamiento por PPC.

CONSENTIMIENTO PARA REGISTROS MÉDICOS ELECTRÓNICOS COMPARTIDOS

Entiendo que PPC comparte un sistema de registro médico electrónico con el grupo de empresas de Phoenician Medical Center. También entiendo que los miembros del personal solo verán lo necesario y solo para la continuación de la atención al paciente.

No dude en hablar sobre cualquier inquietud que pueda tener con nuestro personal de oficina. Nuestro personal está dedicado a brindarle una visita y una experiencia agradables. **Es su responsabilidad saber que está cubierto por su plan de seguro, además de saber que es financieramente responsable por los servicios negados o no cubiertos por su seguro.**

He leído y estoy de acuerdo con la política de ATENCIÓN PRIMARIA DE PHOENICIAN. Entiendo el contenido al firmar a continuación que acepto las responsabilidades financieras mencionadas anteriormente.

Firma del Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

POLIZA DE RENOVACION DE RECETAS MEDICAS (MEDICATION REFILL POLICY)

PPC nunca quiere que se quede sin sus medicamentos recetados. Nuestra política de resurtido es para proteger su salud y reducir las complicaciones y errores en los medicamentos. también permitirá que nuestro personal médico responda y se concentre en sus preguntas y necesidades clínicas de manera rápida y eficiente. nuestra política de reabastecimiento de medicamentos con receta establece: su proveedor le proporcionará reabastecimientos de medicamentos en su cita regular programada si tiene pocos medicamentos, le programaremos una cita y nos aseguraremos de que tenga suficientes medicamentos para que dure hasta que podamos darle una visita en el consultorio, normalmente suministro para una o dos semanas. No recetaremos antibióticos o medicamentos controlados bajo ninguna circunstancia, ni autorizamos reabastecimientos por fax o llamadas a la farmacia.

por favor traiga una lista de sus medicamentos actuales a su cita, así como la cantidad de resurtidos que tiene disponibles. de esta manera podemos asegurarnos de que tenga suficientes medicamentos para que le duren hasta su próxima cita programada. Gracias por su comprensión y cooperación. Al firmar a continuación, entiendo y estoy de acuerdo con esta política.

Nombre del Paciente : _____ Fecha: _____

VENA FENICIA Y VASCULAR

CUESTIONARIO DE SALUD VASCULAR

fecha

Nombre del paciente (letra de imprenta)

fecha de nacimiento

La cita de hoy es con (proveedor)

Su proveedor de seguros (Cigna, etc.)

Marque si tuvo ALGUNO de estos sintomas en el PASADO o PRESENTE.

Arterial

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ha tenido un ataque isquemico transitorio? (AIT) (Un breve ataque cerebral)
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ha tenido un accidente cerebrovascular?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene mareos mareos severos?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene dolor o entumecimiento en el brazo izquierdo?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene dolor abdominal despues de las comidas?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene presion arterial alta resistente a la medicacion?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene su familia antecedentes de aneurisma aortico abdominal?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene dolor en las nalgas o en la cadera al caminar?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene dolor en las piernas que limita su caminar?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene una ulcera en el pie o en el tobillo que no cicatriza?

Venous

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Usted o algun miembro de su familia tiene una Enfermedad Vascular? (Venas varicosas o venas de arana)
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene sangrado de venas varicosas?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Le duelen las piernas, le dan calambres o las sienten pesadas?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene hinchazon en las piernas o los pies, entumecimiento o sensacion de ardor?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene syndrome de piernas inquietas o sintomas?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Se sienta o permanece de pie durante largos periodos de tiempo?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene decoloracion de la piel debajo de las rodillas?
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ha tenido un coagulo de sangre en las piernas o una embolia pulmonar?

Los resultados de este formulario seran revisados por su PCP. Si lo encuentran medicamente necesario, pueden enviar este formylario a Phoenician Vein and Vascular para programar su consulta de deteccion.