



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: ___/___/___

Nombre: _____ Apellido _____ Initial de Segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Numero de seguro social _____ - _____ - _____

Genero: ___ Masculino ___ Femenino Edad: _____ Estado Civil: S C D V

Direccion: _____ Apartamento/Suite _____

Ciudad Estado Zip

Raza: _____ Etnicidad: _____

Telefonos:

Casa () _____ Cell () _____ Trabajo () _____

Empleador:

Nombre: _____ Ocupacion: _____

Farmacia:

Nombre de Farmacia: _____ No. de Farmacia: _____

Dirección (o calles principales) _____

Contactos de Emergencia

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Seguro Medico Primario: _____ Telefono: _____

ID #: _____ Group# _____

Dueño de la Poliza: _____ Relation con paciente: _____

SSN#: _____ F. Nac.: _____ Genero del dueño de poliza ___M___F

Seguro Medico Primario: _____ Telefono: _____

ID #: _____ Group# _____

Dueño de la Poliza: _____ Relation con paciente: _____

SSN#: _____ F. Nac.: _____ Genero del dueño de poliza ___M___F



HISTORIA MEDICA

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Rason de su visita: _____

Medicacion diaria: (porfavor incluya medicina pare el dolor, hierbas, vitaminas, y medicinas sin receta)

Nombre Dosis Veces por dia

Nombre Dosis Veces por dia

Cirugias: (Tipo y fecha)

Hospitalizaciones: (Rason y fecha)

Ha recibido alguna de las siguiente vacunas?

Influenza Si No
Neumonia Si No
Tetanos Si No
Varicala Zoster Si No

Fecha: _____
Fecha: _____
Fecha: _____
Fecha: _____

Ha tenido un:

Colonoscopia: Si No (Fecha) _____

Papanicolaou: Si No (Fecha) _____

Mamograma: Si No (Fecha) _____

Dexa scan: Si No (Fecha) _____

Alergias: Si No (Lista de alergias y reacciones)

Historia Medica: (chequee condiciones)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hapatitis (Tipo) _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas neurologicos/
convulsiones | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Problemas del rinon | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Coagulos de sangre/Flebitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas ded la vejiga | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> SIDA/HIV |
| <input type="checkbox"/> Presion alta | <input type="checkbox"/> Ulceras/Problemas estomacales | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazon | | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | | <input type="checkbox"/> Sleep Apnea |

Condiciones medicas de miembros de su familia inmediata :

Padre: _____	Vivo	Fallecido
Madre: _____	Vivo	Fallecido
Hermano (a): _____	Vivo	Fallecido
Hermano (a): _____	Vivo	Fallecido

Usa Tabaco? Si No
Con que frecuencia? _____
Cuantos Anos? _____

Hace ejercicio? Si No
Con que frecuencia? _____
Tipo de ejercicio? _____

Usted bebe alcohol? Si No
Cuantas veces por semana? _____

Existe la posibilidad que este embarazada? Si No

Tiene Directiva Anticipada de atencion de la salud? Si No

POLITICAS DE LA OFICINA

Bienvenidos a Live Well Family Medicine. Estamos comprometidos a darle la mejor atención posible y nos gustaría aprovechar esta oportunidad para informarle de nuestras normas y procedimientos.

Pacientes Nuevos: todos los pacientes deben **completar el formulario de paciente nuevo** antes de ver a nuestros médicos. La información debe ser actualizada, cuando se produzcan cambios es su responsabilidad de hacernos saber los cambios en su dirección, farmacia, seguro médico, correo electrónico, número de teléfono, etc

Identificación y cobro al seguro médico debe ser presentada en el momento de la visita. Si usted no tiene seguro puede pagar por su visita en efectivo. Si está asegurado debe proporcionar una tarjeta de seguro. Es su responsabilidad de divulgar información sobre el seguro primario y secundario. Nosotros sólo somos responsables de la presentación de reclamos a las compañías de seguros con los que estamos contratados. Presentamos reclamos como cortesía a nuestros pacientes y no nos involucramos en cualquier conflicto entre el seguro y el paciente. Cualquier disputa de cargos no pagados se le cobrará al paciente o la persona responsable

Deducibles y copays: El pago total se debe en el momento en que se prestan los servicios. Esto incluye los deducibles, co pagos y otros servicios que no están cubiertos por su seguro. Si usted tiene un seguro con un deducible alto nosotros cobramos el día de su visita 150 dolares a pacientes nuevos y 100 dolares para pacientes establecidos hasta que haya pagado su deducible. Si no puede pagar su co-pago o deducible podemos pedirle que cambie su cita.

Cheques sin fondos: Si su cheque ha sido devuelto por falta de fondos, o porque su cuenta está cerrada, hay un cargo de 25 dólares que se anadirá a su balance. Si eso sucede no aceptaremos más cheques como pago.

Medicinas: Solo daremos **renovaciones de medicamentos** durante su cita médica. Por favor traiga su botellas de medicamentos o una lista completa de sus medicinas a su cita. A partir de Octubre del 2017 ya no responderemos a renovaciones de medicina a través de la farmacia. Todas las renovaciones de medicamentos serán tratados durante el horario normal de la oficina. **No vamos a prescribir o renovar medicamentos después de las horas de oficina.**

Referrals: Todas las referencias a un especialista requieren una visita médica, si su seguro requiere authorization para referencias puede tomar de 5 a 7 días hábiles.

Formulario médicos: Hay un cargo de 25 dolares por formularios médicos completados fuera de una visita médica. Formularios de FMLA necesitan un visita médica y serán completados durante la visita.

El cobro se hará al recoger los formularios. Los formularios médicos completados fuera de una visita médica pueden tomar 10 a 14 días.

Cobro por servicios: Si usted tiene un balance con la oficina, debe pagar su cuenta antes de que podamos continuar ofreciendo mas servicios medicos. Nosotros le mandaremos 2 facturas de cobro separadas por un mes y toda deuda despues de 60 dias seran sometidas a un cargo adicional de 10 dolares por mes hasta que su deuda haya sido cancelada. Las cuentas morosas de mas de 6 meses, seran entregadas a una agencia de coleccion exterior y usted sera despedido de la clinica.

Despido de la clinica: Si usted ha sido despedido de la clinica, significa que no puede hacer citas, recibir medicinas or considerarnos su medico de cabecera. Usted debera encontrar otro medico y clinica para su atencion medica.

Razones por la cuales usted puede ser despedido de la clinica son las siguientes:

- Faltar a sus citas sin llamar para cancelar
- Incumplimiento a los consejos medicos acerca de su salud
- Ser abusive verbalmente o fisicamente con el personal de la clinica
- Incumplimiento con los pagos por servicios medicos

Si usted es despedido de la clinica le manderemos una carta a su ultima direccion en nuestro archivos informandole de nuestra decision. Si usted tiene una emergencia medica le daremos cuidados medicos por 30 dias desde la fecha en que la carta haya sido enviada. Despues de eso usted tiene que encontrar otro medico, nosotros le enviaremos sus records a su nuevo medico despues de que nos informe y nos deje un formulario firmado autorizandonos para transferir su historia clinica.

AUTORIZO A ESTA OFICINA CONTACTARME PARA CONFIRMAR MIS CITAS, COBRO DE SERVICIOS, Y COMUNICACION DE LA CLINICA A TRAVES:

Celular _____ Telefono fijo _____ Texto _____ Email _____ Todas las opciones anteriores _____

AUTORIZO A ESTA OFICINA CONTACTARME SOBRE MI SALUD O TRATAMIENTOS A TRAVES:

Celular _____ Telefono fijo _____ Texto _____ Email _____ Todas las opciones anteriores _____

He leído las políticas financieras y entiendo y estoy de acuerdo con estos terminos.

Nombre del paciente/Garante (en letra imprenta)

Firma del paciente/garante

Fecha

Gracias por la compression de nuestras politicas de oficina. Estamos muy contentos de que usted eligio a Live Well Family Medicine como su centro de atencion primaria !



2320 W Ray Rd Suite 1
Chandler, AZ 85224
480-800-3561

MEDICAL APPOINTMENT CANCELLATION/NO SHOW POLICY

Gracias por confiar en Live Well Family Medicine su atencion medica. Cuando programa una cita con Live Well Family Medicine, reservamos suficiente tiempo para brindarle atencion de la mas alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuniquese con nuestra oficina lo mas antes posible y a mas tardar **24 horas** antes de su cita. Esto nos da tiempo para programar una cita para otros pacientes que lo necesite. Favor de leer la politica de la oficina:

- **Con efecto inmediato**, cualquier paciente establecido que no se presente o cancele/reprograme una cita y no se haya comunicado con nuestra oficina con al menos un aviso de 24 horas habra un **cobro de \$25**.
- Cualquier paciente establecido que no se presente o cancele/reprograme una cita sin un aviso de **24 horas** por **segunda ves** sera despedido de nustra oficina.
- Cualquier paciente nuevo que no se presente a su visita inicial habra un **cobro de \$50** si desea reprogramar su cita.
- El cobro es directo al paciente, y no al Seguro medico, y se **debe en el momento de la proxima cita**.
- Como cortesia, Live Well Family Medicine le enviara un mensaje de texto dos dias y una hora andes de su cita. **SI NO RECIBE UN RECORDATORIO, LA POLITICA PERMANECERA EN EFECTO.**

Entendemos que puede haber momentos en que ocurra una emergencia imprevista y es posible que no pueda asistir a su cita. Si experimenta circunstancias atenuantes, comuniquese con la gerente de la oficina. Puede comunicarse con Live Well Family Medicine al (480) 800-3561. Si es fuera de horario o en un fin de semana, puede enviar un mensaje de texto o dejar un correo de voz.

He leido y comprendo la politica de cancelacion de citas medicas/ausencia y acepto sus terminos.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Si el paciente es menor de edad:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____



POLITICA DE PORTAL PARA PACIENTES

Proposito de este formulario:

Live Well Family Medicine, PLC ofrece visualización segura y comunicación como un servicio a los pacientes que desean ver partes de sus registros y comunicarse con nuestro personal y los médicos. Mensajería segura puede ser una herramienta de comunicación valiosa, pero tiene ciertos riesgos. Con el fin de manejar estos riesgos hay que imponer algunas condiciones de participación. Esta forma pretende demostrar que usted ha sido informado de estos riesgos y las condiciones de participación, y que acepta los riesgos y está de acuerdo con las condiciones de participación.

Como funciona el porta de pacientes:

Un portal web seguro es un tipo de página web que utiliza el cifrado para mantener a las personas no autorizadas sin acceso a lectura, información o archivos adjuntos. Mensajes seguros y la información sólo puede ser leído por alguien que conoce la contraseña correcta o frase contraseña para iniciar sesión en el sitio del portal. Debido a que el canal de conexión entre el ordenador y la página web utiliza tecnología de capa de sockets seguros se puede leer o ver la información en su ordenador, pero todavía está cifrado en la transmisión entre el sitio web y el ordenador.

Proteccion de su informaciony riesgos de salud privada:

Este método de comunicación y visualización impide que personas no autorizadas la posibilidad de acceder o leer los mensajes mientras están en la transmisión. Ningún sistema de transmisión es perfecto y nosotros haremos todo lo posible para garantizar la seguridad electrónica. Sin embargo, mantener mensajes seguros depende de dos factores adicionales:

- 1) El mensaje seguro debe llegar a la direccion de correo electronico correcto, y
- 2) Solo el individuo correcto (o alguiel autorizado pore se individuo) deben tener acceso a el mensaje.

Sólo puede asegurarse de que estos dos factores esten presentes. **Es imperativo que nuestra práctica tenga su dirección de e-mail correcto y que usted nos informe de cualquier cambio en su dirección de correo electrónico.** También es necesario realizar un seguimiento de quién tiene acceso a su cuenta de correo electrónico para que sólo usted, o alguien que usted autorize, pueda ver los mensajes que recibe de nosotros. Usted es responsable de protegerse de los individuos no autorizados que aprenden su contraseña. Si usted cree que alguien ha aprendido su contraseña, usted debe ir inmediatamente a la página web y cambiarla.

Tipos de comunicacion y mensajeria:

Las comunicaciones en línea nunca deben ser utilizados para comunicaciones de emergencia o peticiones urgentes. Si usted tiene una emergencia o una petición urgente, debe comunicarse con su médico a través del teléfono. Si hay información que no desea que se transmite a través de la comunicación en línea, por favor informe a su práctica.

Reconocimiento del paciente y acuerdo:

Yo reconozco que he leído y entendido este formulario de consentimiento y las políticas y procedimientos relativos al Portal del Paciente que aparece al iniciar la sesión. Entiendo los riesgos asociados a las comunicaciones en línea entre mi médico y yo, y el consentimiento a las condiciones descritas en este documento. Además, estoy de acuerdo a seguir las instrucciones establecidas en este documento, incluidas las políticas y los procedimientos establecidos en el registro en la pantalla, así como cualquier otra instrucción que mi médico puede imponer a comunicarse con los pacientes a través de las comunicaciones en línea. Entiendo y estoy de acuerdo con la información que se me ha proporcionado.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)

