



Phoenician
Primary Care

Fecha: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Telefono: _____ Estado Marital: _____ SS# _____ Email _____
Direccion: _____ Ciudad/Codigo Postal: _____
Empleador: _____ Telefono: _____ Celular: _____
Dir. de Empleador: _____ Ciudad/Codigo Postal: _____
Nom. de Emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Farmacia y calles principales:

Persona Responsable de Aseguranza:

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion: _____ Ciudad/Codigo Postal: _____
Relacion con el Paciente: _____ SS#: _____ Email: _____
Telefono: _____

Informacion de Aseguranza Primaria:

Nom. de Aseguranza: _____ Poliza: _____
Grupo ID#: _____ ID#: _____ Co-pago/Deducible: _____
Dir. de Pago: _____ Ciudad/Codgo Postal: _____

Informacion de Aseguranza:

Nom. de Aseguranza: _____ Poliza: _____
Grupo ID#: _____ ID#: _____ Co-pago/Deducible: _____
Dir. de Pago: _____ Ciudad/Codgo Postal: _____

Farmacia y calles principales:

Compensacion Para Trabajador Lesionado:

Accidente vehicular:

Nom. del Empleador cuando se lesiono: _____ Fecha del Incidente: _____
Nom. de Aseguranza de la Compania: _____ Num. de Reclamo: _____
Direccion: _____
Nom. del Ajustador: _____ Telefono: _____

Tiene Testamento? Si ___ No ___ Es usted un Donante de Organos? Si ___ No ___

El paciente asegura haber proporcionado informacion verdadera. El paciente tiene pleno conocimiento que es responsable por los servicios proporcionados y que es responsable en pagar por los mismos. Esto incluye el costo de colecciones y tarifa de abogados al poder. El paciente renuncia a sus derechos de confidencialidad cuando colecciones sean necesarias, El paciente autoriza y requiere que los cobros sean directo bajo los planes de la aseguranza por los servicios obtenidos. El paciente tambien autoriza la liberacion de cualquier informacion requerida por la aseguranza para cualquier tipo de reclamo.

Firma: _____ **Date:** _____



AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA USO Y DESGLOSE DE HISTORIAL Y CONDICION MEDICA

Nom. del Paciente: _____ ***Fecha de Nacimiento:*** _____

Por la presente autorizo la divulgacion de mi informacion personal de salud como a continuacion 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: **TODOS LOS EMPLEADOS DE PHOENICIAN MEDICAL**
2. Personas u organizaciones autorizadas a recibir la informacion:
Conyuge ___Si ___No En caso que Si, liste el nombre de la persona: _____
Padre's ___Si ___No En caso que Si, liste el nombre de la persona: _____
Otro individuo, novio/novia, hermano, hermana, etc. ___Si ___No
En caso que Si, liste 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 tratamient, 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: _____



POLIZA DE RENOVACION DE RECETAS MEDICAS

PHOENICIAN MEDICAL nunca quiere que usted se quede sin sus medicamentos recetados. Nuestra poliza de renovacion recetas medicas es para proteger su salud y reducir complicaciones y errores en sus medicamentos. Tambien permitira que nuestro personal medico pueda responder y enfocarse en sus preguntas clinicas y necesidades de forma rapida y eficiente. Nuestra Poliza de Renovacion de Recetas Medicas, establece:

Renovaciones de medicamentos seran entregados en su cita regular programada por su Doctor.

Si usted ya no tiene suficiente medicamento, vamos a programar una cita y asegurarnos que tenga suficiente medicamento para el dia de su cita. Normalmente, 1-2 semanas. Para prevenir escasez de medicamentos porfavor asegurese que tenga suficiente medicamento que le dure hasta que su Doctor le cite para un seguimiento medico, ejemplo: Si su Doctor quiere hacer un seguimiento de 3 meses, el Doctor sera informado de que necesita una renovacion que dure 3 meses hasta que sea necesario que regrese a la oficina para una cita.

La oficina no va a renovar ningun antibiotico o medicamentos controlados bajo ninguna circunstancia, ni tampoco autoriza renovaciones via fax o llamadas por telefono a la farmacia.

Por favor traiga una lista de sus medicamentos actuales asi tambien como la cantidad de renovaciones que tiene disponible. De esta manera podemos asegurar que tiene suficientes medicamentos que le duraran hasta su siguiente visita medica.

Gracias por su entendimiento y cooperacion, si tiene alguna pregunta por favor haganoslo saber.

Firmando abajo entiendo y estoy de acuerdo con esta poliza.

Nombre del Paciente : _____ Fecha: _____



POLITICAS Y ARREGLOS FINANCIEROS

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 mayoria 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.

- ***MODO DE PAGOS***

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, procediminetos y diagnosticos no relacionados), entonces el paciente es completamente responsable por el pago.

- ***CONSENTIMIENTO A TRATARLO***

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** dba 21ST CENTURY, 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** . Yo autorizo **Phoenician Medical** para examinar, almacenar y desechar el uso de todos los tejidos, fluidos o especimenes (muestras) removidos de mi cuerpo. Reconosco y acepto que este consentimiento sera aplicable a todas las visitas o episodios de evaluacion o tratamiento por EVFM.

AYUDA ADICIONAL

Por favor sientase libre de dialogar cualquier preocupacion que pueda tener con nuestro personal de oficina. Nuestro personal esta dedicado a proveerle una visita y experiencia agradable. **Es su responsabilidad saber que esta cubierto por su plan de aseguranza ademas de saber que esta economicamente responsable de los servicios negados o no cubiertos por su aseguranza.**

He leido y estoy de acuerdo con la poliza de **Phoenician Medical** . Yo entiendo el contenido al firmar abajo de que acepto las responsabilidades financieras antes mencionadas.

Firma del Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____



RECIVO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Los ultimos cuatro numeros de su Seguro Social: _____

**Reconozco que se me a dado una copia de aviso de practicas de privacidad por parte de
Phoenician Medical.**

Firma del Paciente (Representante/Guardian)

Fecha

**Reconozco que he rechazado una copia de aviso de practicas de privacidad por parte de
Phoenician Medical.**

Firma del Paciente (Reprentante/Guardian)

Fecha



Phoenician
Primary Care

HISTORIA MEDICA & REVISION DE SISTEMAS			FECHA DE HOY:					
Nombre del Paciente:		Edad:	Fecha de Nacimiento:					
Que preocupaciones de salud hizo que programara su cita hoy?								
I. REVISION DE SISTEMAS								
Marque el que corresponda	Si	No	Marque el que corresponda	Si	No	Marque el que corresponda	Si	No
Poco Apetito			Zumbido en los Oidos			Dolor de Pecho		
Ejercicio			Lesion del Oido			Presion en el Pecho		
Buena Salud			Resfriados			Dolor Abdominal		
Feliz con su Persona			Congestion Nasal			Reflujo		
Escalofrios			Secrecion Nasal			Heces Negras		
Fatiga			Comezon			Cambios en habitos intestinal		
Fiebre			Fiebre de Eno			Dificultad al tragar		
Noches Sudorosas			Sangrado de la Nariz			Nausea		
Subir/Bajar de Peso			Problemas con la Nariz			Vomito		
Sed			Cavidades			Problemas Urinarios		
Moretones			Sangrado de Encias			Dolor en las Articulaciones		
Dolor de Cabeza			Dentadura Postiza			Hinchazon de las Articulaciones		
Vertigo			Rellenos			Erupciones		
Mareos			Boca Seca			Problemas con el Habla		
Aturdimiento			Dolor de Garganta			Estremecimiento		
Trauma en la Cabeza			Ronquera			Entumecimiento		
Secrecion de los Oidos			Mal Aliento			Debilidad		
Dolor de Oidos			Cambios en la voz			Ansiedad		
Infecciones en el Oido			Tos			Depresion		
Oido Lleno (escucha lejos)			Silbidos (en el Pecho)			Pensamientos Suicidas		
Problemas al Escuchar			Falta de Aliento					



II. ANTECEDENTES MEDICOS (NO FAMILIAR)

Marque el que corresponda	Si	No	Marque el que corresponda	Si	No	Marque el que corresponda	Si	No
Alcoholismo			Diabetes			Problemas del Hgado		
Anemia			Glaucoma			Problemas del Pulmon		
Arritmia			Gota			Desabilidad Mental		
Artritis			Dolor de Cabeza			Desabilidad Fisica		
Asma			Ataque al Corazon			Obstruccion del Sueno		
Fibrilacion Auricular			Otros Problemas del Corazon			Transtorno Convulsivo		
Sangre / Transtorno de la Coagulacion			Hepatitis			Ulceras Estomacales		
Coagulo de Sangre /DVT/PE			Alta Presion Sanguinea			Accidente Cerebrovascular		
Transfucion de Sangre			Alto Colesterol			Intento de Suicidio		
Cancer			Problemas del Rinon			Problemas de la Tiroide		
Problemas del Colon			Calculos Renales			Otro(s)		
Depresion/Ansiedad			Desabilidad para Aprender					

III. SOLAMENTE MUJERES (Hombres ir a IV)

Ultimo Periodo Menstrual?	Numero de Embarazos?	Numero de Nacidos Vivos?
---------------------------	----------------------	--------------------------

IV. ANTECEDENTES QUIRURGICOS E HISTORIA DE HOSPITAL

Cirugia	Fecha	Cirugia	Fecha	Cirugia	Fecha
Ojos		Tiroide		Espalda	
Oidos		Histerectomia		Otro(s)	
Amigdalas		Rodilla(s)			

V. HISTORIA SOCIAL

Utiliza Tabacco? No Si Dejo(Fecha)	Si fumo cuantos por dia?	Por cuantos anos?
Bebe Alcohol? No Si Cuantos tragos por semana?	Le preocupa a usted/otros el alcohol?	
Utiliza Drogas Recreativas? No Si Tipo:	Ha utilizado agujas?	
Toma Cafeina? Ninguna Cafe Te Soda	Indique la cantidad diaria:	
Es Sexualmente Activo? No Si No Actualmente	Pareja(s) Sexual Actual es/son Hombre Mujer	
Ha tenido alguna Enfermeda Transmitida Sexualmente? No Si	Quiere que se le haga la prueba? No Si	
Ocupacion del Paciente?	Etnicidad?	



VI. HISTORIA FAMILIAR

Miembro Familiar	Vivo	Fallecido	Edad: ahora o al morir	Asma	Problemas de la Sangre	Cancer	Ataque al Corazon	Depresion	Colesterol Alto	Alta Presion	Osteoporosis	Derrame Cerebala	Problemas de tiroide	Otro
Padre														
Madre														
Hermano														
Hermana														
Hija														
Hijo														

VII. ALERGEIAS/REACCIONES A MEDICAMENTOS (Marque el circulo si no tiene alergias)

Nombre del Medicamento	Reaccion	Nombre del Medicamento	Reaccion

VIII. MEDICAMENTOS (Marque el circulo si no esta tomando)

Nombre del Medicamento	Dosis del Medicamento	Num. De Pastillas que toma a la vez	Num. De Dosis por Dia
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Nombre del Paciente:

Firma:

Fecha:

QUESTIONARIO SOBRE ENFERMEDADES VENOSAS

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Aseguranza: _____

Num. De Telefono: _____ Fecha: _____

Procedimiento No-Quirurgicos – Cubierto por la mayoría de Aseguranzas – Corto Tiempo – Tratamiento en oficina

PREGUNTA	RESPUESTA	INDICACION
Tiene algun familiar con Enfermedad Venosa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	80% de la Enfermedad Venosa es hereditaria
Esta sentado o de pie por largos periodos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sentado o de pie por largos periodos puede Causar que la sangre se acumule en las piernas
Sus piernas tienen Dolor, Calambres o Pesadas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Formas de dolor en las piernas son indicaciones de Enfermedad Venosa y es recomendable un Ultrasonido
Tiene Hinchazon en sus piernas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hinchazon en las Piernas es otra indicacion de Enfermedades Venosas
Tiene Varices o Varices de Telarana?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Varices o Varices de Telarana esta directamente relacionado con la Enfermedad Varicosa
Tiene piernas inquietas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Recientes revistas medicas han indicado que los pacientes con piernas inquietas deben tener un ultrasonido, para confirmar que no tiene la Enfermedad Venosa
Tiene decoloraciones del la piel debajo de sus rodillas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Decoloracion de la piel debajo de sus rodillas puede ser debido a Hipertension Venosa
Ha tenido o tiene una ulcera en sus piernas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ulceraciones en las piernas pueden ser causa de Enfermedad Venosa u Origen Arterial y debe ser evaluado inmediatamente
Ha tenido Coagulos de Sangre o Embolia Pulmonar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Coagulos de Sangre o Embolia Pulmonar pueden ser resultados directos de Enfermedad Venosa y requieren Tratamiento Inmediato