

Por favor, complete este formulario en tinta negra o azul únicamente.  
 Los formularios que sean ilegibles se devolverán.

Cardiólogo: \_\_\_\_\_, M.D., F.A.C.C. Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE	Nro. de cta.:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: ___/___/___	Nro. de seguro social:	
	Nombre:	Inicial del segundo nombre:		Apellido:	
	Nombres anteriores:			Apodo:	
	Dirección:			Ciudad, estado y código postal:	
	Dirección postal: <input type="checkbox"/> Igual a la anterior			Ciudad, estado y código postal:	
	¿Se encuentra en un centro de enfermería especializada o programa de cuidados paliativos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			Si responde que sí, ¿cuál?	
	¿Tiene directivas anticipadas? <input type="checkbox"/> Sí (De ser así, sírvase entregarnos una copia para nuestros registros). <input type="checkbox"/> No				
	Nro. de tel. particular:	Nro. de tel. laboral:	Nro. de tel. celular:		
	Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Mens. de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico/Portal <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Llamada				
	Dirección de correo electrónico:			Lengua materna:	
	Marque las casillas que describan su raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se niega a informar <input type="checkbox"/> Otra				
	Marque las casillas que describan su origen étnico: <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> No latino <input type="checkbox"/> Se niega a informar				
	<input type="checkbox"/> Empleado:		<input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> No empleado	Estado civil:	
	Dirección del empleador:			Nro. de teléfono del empleador:	
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO	<b>Tenga en cuenta que nuestros recepcionistas solicitarán tarjetas vigentes de identificación y del seguro para revisarlas.</b>				
	Seguro primario:			Teléfono:	
	Grupo/ID del suscriptor:			Nombre del suscriptor: <input type="checkbox"/> Paciente	
	Fecha de nacimiento del suscriptor: ___/___/___	Sexo del suscriptor: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Relación con el paciente:	
	<input type="checkbox"/> Seguro secundario:		<input type="checkbox"/> Sin seguro secundario		Teléfono:
	Grupo/ID del suscriptor:			Nombre del suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo	
	Fecha de nacimiento del suscriptor: ___/___/___	Sexo del suscriptor: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Relación con el paciente:	
CONTACTOS	Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia:				
	Fecha de nacimiento: ___/___/___	Teléfono:		Relación con el paciente:	
	Dirección:				
	Nombre de la persona de contacto alternativa en caso de emergencia:				
	Fecha de nacimiento: ___/___/___	Teléfono:		Relación con el paciente:	
Dirección:					

Los médicos y los auxiliares médicos de Coastal Cardiology son profesionales con licencia para ejercer en el estado de California. Por medio del presente documento, autorizo la administración de tratamientos médicos por parte del personal y los médicos de Coastal Cardiology, A Medical Corporation. Por medio del presente documento, autorizo a Coastal Cardiology, A Medical Corporation, a intercambiar los registros médicos relacionados con mi atención con cualquier médico, hospital u otro profesional de atención de la salud que me haya prestado o me vaya a prestar en el futuro servicios de atención médica, incluidos los registros de Surescripts, CommonWell Health Alliance y Carequality. Además, autorizo al consultorio a divulgar a mi compañía de seguro médico todos los registros médicos relacionados con mi atención. Sé que los registros médicos pueden incluir información confidencial y privilegiada. Sé que, sin esta autorización, Coastal Cardiology no facturará los servicios a mi compañía de seguros y seré responsable de pagarlos en su totalidad al momento de recibirlos.

Conozco las normas de privacidad de Coastal Cardiology y mis derechos y responsabilidades como paciente de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 y otras reglamentaciones gubernamentales. En caso de que yo solicite información adicional, el personal de Coastal Cardiology me la suministrará. Por lo demás, todos los intercambios de información, incluidos los antecedentes de medicamentos recetados, los antecedentes médicos y las conversaciones sobre mi afección, se realizarán conforme a las políticas y los procedimientos estipulados. He autorizado al consultorio a divulgar toda la información sobre mi atención médica a las personas indicadas como contacto en caso de emergencia y contacto alternativo en caso de emergencia. Este permiso puede ser revocado en cualquier momento.

Sé que soy responsable de pagar todos los servicios médicos recibidos por mí o mis dependientes, independientemente de la decisión relativa al reembolso que tome mi aseguradora. Por medio del presente documento, asigno los beneficios del seguro a Coastal Cardiology por todos los servicios prestados por Coastal Cardiology. Soy responsable de todos los cargos correspondientes a los servicios prestados. Esta autorización mantendrá plena vigencia y validez hasta que yo la revoque por escrito.

☞Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Le informamos que el hecho de completar los cuestionarios preliminares sobre su salud y sobre el seguro no establece una relación médico-paciente con este consultorio. Los médicos de Coastal Cardiology revisarán sus antecedentes médicos y llevarán a cabo una evaluación inicial para determinar si usted es un candidato apto y si el consultorio lo aceptará como paciente.*

Revisado por (empleado de Coastal Cardiology): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

COASTAL CARDIOLOGY  
HISTORIA MÉDICA CONFIDENCIAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ N° de cuenta: \_\_\_\_\_  
F de naci: \_\_\_\_\_ Refiriéndose médico: \_\_\_\_\_ Cardiólogo que está viendo hoy: \_\_\_\_\_  
¿Por qué está viendo a un cardiólogo? \_\_\_\_\_

Historia y Física – Por favor marque (X) todas las respuestas positivas

Problemas o síntomas:	¿Alguna vez ha tenido?	Marque si tiene:
<input type="checkbox"/> Ataque del corazón	<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo, caminadora	<input type="checkbox"/> Presión arterial alto
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Cateterismo cardíaco	<input type="checkbox"/> ¿Alguna vez has fumado?
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Ritmo anormal	<input type="checkbox"/> Cirugía de bypass coronario	<input type="checkbox"/> ¿Hace ejercicio?
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Cirugía de la válvula	Miembro cercano de la familia con:
<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Estudio electrofisiológico	<input type="checkbox"/> Ataque del corazón
<input type="checkbox"/> Agrandamiento del corazón	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Angina
<input type="checkbox"/> Dolor o presión en el pecho	<input type="checkbox"/> Desfibrilador implantado	Las mujeres, tienen que:
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Pasado la menopausia
<input type="checkbox"/> Mareo o vértigo	<input type="checkbox"/> Monitor de corazón	¿a qué edad? _____
<input type="checkbox"/> Piernas hinchadas	<input type="checkbox"/> Registrador de eventos	<input type="checkbox"/> Reemplazo de estrógeno
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca		
<input type="checkbox"/> Labios o uñas azules		
<input type="checkbox"/> Calambres en las piernas al caminar		

Algo más sobre su corazón: \_\_\_\_\_

Medicación - Háblenos de su receta y medicamentos de venta libre (nombres, dosis, frecuencia)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_

Alergias - ¿Usted alérgico a alguna medicación?  Si  No

¿Qué medicación está usted alérgico? \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de reacción tuvo? \_\_\_\_\_

Historial Médico – Por favor marque (X) cualquier síntoma que tiene o ha tenido en el último año

Constitucional	HEENT	Respiratorio
<input type="checkbox"/> Falta de energía	<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Sibilancias
<input type="checkbox"/> Problemas para dormir	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Toser sangre
<input type="checkbox"/> Los cambios de peso	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Fiebre de heno	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
	<input type="checkbox"/> Problemas sinusales	

Complete ambas páginas de este formulario.

Digestivo

- Indigestión
- Cambio hábitos intestinales
- Heces con Sangre o Quédate
- Ictericia
- Problemas hepáticos
- Úlceras
- Cálculos biliares

Dermatológico

- Sarpullido
- Picazón
- Otros problemas de la piel

Neurológica

- Parálisis (temporal)
- Apoplejía
- Entumecimiento
- Pérdida del Equilibrio
- Mareo

Hematológico

- Sangrante
- Fácil aparición de moretones
- Factores de riesgo para el VIH
- Anemia
- Cáncer

Urinaria

- Frecuencia
- Infecciones
- Piedras
- Incontinencia urinaria

Solo Hombres

- Los problemas de próstata
- Micción nocturna

Solo Mujeres

- Periodo menstrual anormal
- ¿Podría estar embarazada?

Psiquiátrico

- Pensamientos inusuales
- Nerviosismo
- Llanto o Tristeza
- Depresión
- Intentos de Suicidio

¿Ha tenido alguna operación?

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

Musculoesquelético

- Dolor en las articulaciones
- Artritis
- Dolor de espalda
- Dolores musculares
- Sensibilidad muscular
- Gota

Reproductor Femenino

- Bulto en el pecho
- Reciente mamografía
- Reciente examen pélvico

Endocrino

- Trastorno de la tiroides
- Diabetes
- Sed excesiva
- El exceso de hambre
- El exceso de orina

¿Está siendo tratado o ha sido tratado por alguna enfermedad?

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

Historia Social:

Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado      Hábitos de Salud:

¿Con quién vive? \_\_\_\_\_      ¿Fuma?  Si  No

¿Ocupación? \_\_\_\_\_      ¿Cuántos paquetes por día fuma? \_\_\_\_\_

¿Entretenimiento en tiempo libre? \_\_\_\_\_      ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      ¿Cuánto alcohol consume? \_\_\_\_\_

Nivel de educación \_\_\_\_\_      ¿Utiliza alguna droga? \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares:

Marque si alguno de sus familiares cercanos (padres, hermanos y hermanas, hijos) tiene:

<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Niños
<input type="checkbox"/> Presión arterial alto	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Niños
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Niños
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Niños

¿Hay otros problemas de salud en su familia? \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones:		
Año	Hospital	Causa

**Por favor tome un momento para revisar cuidadosamente las siguientes paginas. Se le pedirá que confirme su comprensión en todos los pagos actuales, nuestro aviso de privacidad y nuestra política financiera en su cita.**

## PAGOS

Debido al aumento de los gastos de la práctica y las exigencias interconectados en nuestro personal, se ha hecho necesario instituir los siguientes cargos. Por favor, tenga en cuenta que si no repite presencia, la reprogramación de citas o la falta de pago por los servicios prestados puede resultar en la descarga de la práctica en caso de incumplimiento. Los cargos descritos abajo no están cubiertos por la aseguranza y como resultado es la responsabilidad total del paciente. Estos cargos están publicados en nuestra página de web de Coastal Cardiology como también pueden requerir una lista de estos cargos en cualquiera de su cita programada. Preguntas adicionales pueden ser dirigidas a nuestra oficina de negocios de Coastal Cardiology al 805/540-5820.

### Citas perdidas sin previo aviso de 24 horas

- Visita de oficina perdida \$ 25.00
- Visita de oficina Reprogramada\* \$ 25.00
- Perdida de ensayo nuclear \$ 200.00
- Eco perdidas, eco de esfuerzo o vascular \$ 50.00

*\* Esto incluye citas cambiaron cuando no se completaron los laboratorios necesarios.*

### Formularios Tasas (fuera de la consulta)

Como práctica de especialidad, no somos siempre apropiados proveedores para completar los formularios. Se requiere aprobación previa por el médico antes de que una forma sea traída a nuestra oficina. Damos la bienvenida a las llamadas telefónicas para aclarar nuestra política.

- Discapacidad \$ 25.00
- Seguro de Vida \$ 25.00
- Servicio de Jurado \$ 20.00
- Departamento de Vehículos de Automotores \$ 20.00
- Formas de vida asistida \$ 25.00
- Letra escritas (por cualquier razón) \$ 25.00
- Registros Médicos (dependiendo del tamaño) \$ 16.00 y más
- Copias de las Imágenes de prueba \$ 25.00

### Cargos Misceláneos

- Declaraciones reimpresión \$ 5.00
- Cargo por cheque devuelto \$ 25.00
- Después de horas respondiendo a llamadas de servicios \$ 25.00
- Comunicación de proveedor fuera de una cita (G2012) \$ 25.00
- Registro de transacción financiera (cinco o más páginas) \$ 25.00

## **ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD EN COASTAL CARDIOLOGY, A MEDICAL CORPORATION**

Yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta práctica médica de prácticas de privacidad. Además reconozco que una copia del aviso actual será publicada en el área de recepción y que puedo solicitar una copia de cualquier Aviso modificado de prácticas de privacidad en cada cita. Cualquier pregunta o inquietud sobre la privacidad pueden ser llevadas a la atención de Costa de Cardiología Oficial de Privacidad, el Dr. Robert J. Doria.

### **POLITICAS FINANCIERA**

El pago se espera en el momento del servicio como se especifica a continuación. El pago se puede proporcionar en los métodos de varios, incluyendo dinero en efectivo, cheque, Visa, MasterCard y Discover. **Si usted no puede pagar en el momento del servicio, el servicio será reprogramada.**

### **LOS COPAGOS, COASEGRUO Y DEDUCIBLES**

Es la política financiera de esta práctica de recoger **todos los** co-pagos, co-seguros y deducibles en el momento del servicio, **antes de realizar el servicio**. Un estimado delo debido deducible se dará antes del servicio. Un número exacto puede ser difícil de obtener reclamos dados en proceso, etc. Cualquier pago en exceso será reembolsado una vez el seguro adjudica la reclamación y Coastal Cardiology reciba una explicación de beneficios. Cualquier pago incompleto se le cobrará en consecuencia.

### **SERVICIOS DE PAGO POR CUENTA PROPIA**

Servicios provistos a la libre pagan los pacientes, los que no usan el seguro, serán pagados por completo en el momento del servicio, **antes de la cita**.

### **COMPENSACION DEL TRABAJADOR**

Coastal Cardiology no es proveedor de compensación al trabajador. Por favor sean conscientes que los pacientes mantienen plena responsabilidad financiera por el costo total de la atención prestada independientemente del estado de compensación del trabajador.

### **BALANCE Y REEMBOLSOS**

Por favor, tenga en cuenta todos los balances son debidos en el plazo de treinta (30) días. Después de treinta (30) días, balances pendientes de pago se consideran vencidos. Después de sesenta (60) días, los procedimientos de recolección comenzarán. A criterio del médico, debido al tiempo y expensas de los procedimientos de recogida, pacientes mandados a colección pueden ser descartados de nuestra oficina. Similarmente pagos que sobre pasen de \$20 o más se les regresara en sesenta (60) días. Menos de \$20 serán aplicados en su balance en el futuro, solo que usted pida que le reembolsen su dinero de vuelta. Y en ese caso será reembolsado en sesenta (60) días.

### **DIFICULTADES FINANCIERAS**

Reconocemos circunstancias extraordinarias pueden ocurrir y ocurren. En tales situaciones, se pueden hacer acuerdos firmados para efectuar el pago. Sin embargo, los acuerdos de pago no mayor de noventa días sin autorización expresa.

***Cualquier plan alternativo deben hacer por adelantado del servicio. Por favor se comunican libremente su médico y personal de la Oficina de Negocios de Coastal Cardiology cuando se ponga en contacto para evitar la posible reprogramación de citas, pruebas o procedimientos.***

Investigaciones adicionales se pueden dirigir a la Oficina de Negocios Coastal Cardiology en 805 / 540-5865.

*Instrucciones: Cualquier lugar que tenga archivos necesitara resivir una forma completa firmada de liberacion de registros medicos. Por favor complete este documento y llene todo lo indicado y mande este documento a cada lugar que usted fue atendido. Usted tambien puede completar este documento y regresarlo a Coastal Cardiology y nosotros los mandamos por usted.*

**Para:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo tengo una cita en Coastal Cardiology el día \_\_\_\_\_ que requiere archivos médicos. Por favor mande los siguientes archivos en una manera oportuna:

- Archivos de Cardiología       Recientes Laboratorios  
 Hospitalizaciones       Otros registros relevantes para la consulta cardíaca

**Mandar a: Coastal Cardiology Attn: Medical Records  
1941 Johnson Ave Ste 101 San Luis Obispo, CA 93401 O FAX 805/782-8859**

Mi información es

- Nombre: \_\_\_\_\_
- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de cuenta (opcional) \_\_\_\_\_
- Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que esta información puede ser compartida en papel o en forma electrónica, puede incluir documentación de abuso de alcohol, enfermedades psiquiátricas, abuso de drogas o enfermedades transmisibles ( marque aquí para solicitar la exclusión de toda la información confidencial). Esta autorización se vence un año después de que es firmado, una copia de esta autorización es válida como la original y yo tengo el derecho de pedir una copia de este documento.

➡ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

➡ **Si usted no es el paciente, se requiere documentación de la firma autorizada.**

**Escriba su nombre** \_\_\_\_\_ **e indicar su relación:**  Padre/Guardián

Beneficiario/Representante/Conservador  Otro: \_\_\_\_\_