

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	Tenga en cuenta que nuestros recepcionistas solicitarán tarjetas vigentes de identificación y del seguro para revisarlas.				
	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

Tómese un momento para revisar detenidamente las siguientes páginas. Se le pedirá que confirme que ha comprendido todas las tarifas actuales, nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y nuestra Política Financiera en su cita.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE LA POLÍTICA FINANCIERA Y LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Antes de las citas, pedimos a todos los pacientes que revisen una copia de la Política Financiera y el Aviso de Prácticas de Privacidad de Coastal Cardiology. Estas políticas actuales están disponibles en el área de recepción y en nuestro sitio web, además se pueden solicitar en cualquier cita. Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad, puede comunicarse con el personal de Coastal Cardiology llamando al 805-782-8844.

POLÍTICA FINANCIERA

Se espera que el pago se efectúe en el momento del servicio, como se especifica a continuación. El pago puede efectuarse por métodos diversos, por ejemplo, en efectivo, cheque, Visa y MasterCard. Se le facturará a su seguro si está activo y se presenta adecuadamente a la práctica. El pago de los copagos, el coseguro, los deducibles y los servicios que no están cubiertos es su responsabilidad. Si usted no puede pagar en el momento del servicio, podría reprogramarse el servicio.

COPAGOS, COSEGURO Y DEDUCIBLES

La política financiera de este consultorio es cobrar todos los copagos, coseguro y deducibles en el momento del servicio, antes del servicio. Se proporcionará una estimación antes del servicio, pero es posible que no sea exacta debido a las reclamaciones en proceso, citas externas, etc. Los sobrepagos se reembolsarán una vez que el seguro adjudique la reclamación, Coastal Cardiology reciba una explicación de los beneficios y que se identifique un sobrepago. Los pagos insuficientes se facturarán en consecuencia.

SERVICIOS PAGADOS POR CUENTA PROPIA

Los servicios prestados a los pacientes que pagan por su cuenta se deberán pagar en su totalidad antes que se realice el servicio.

COMPENSACIÓN LABORAL

Coastal Cardiology no es proveedor de compensación laboral. Tenga presente que los pacientes mantienen la responsabilidad financiera total de la atención prestada, independientemente de la situación de la compensación laboral.

SALDOS Y REEMBOLSOS

Tenga en cuenta que todos los saldos deben pagarse en un plazo de treinta (30) días. Después de treinta (30) días, los saldos pendientes se consideran como vencidos. Después de sesenta (60) días, se iniciarán los procedimientos de cobranza. A discreción del/de la médico/a, debido al tiempo y los gastos de los procedimientos de cobranza, es posible que el consultorio se niegue a brindar sus servicios a los pacientes derivados a una agencia de cobranza. De la misma manera, los sobrepagos de \$20 o más se reembolsarán en un plazo de sesenta (60) días una vez que sean identificados correctamente. Las cantidades menores a \$20 se retendrán e incluirán en saldos futuros a menos que el paciente solicite un reembolso, en ese caso se le reembolsará en un plazo de sesenta (60) días.

DIFICULTADES FINANCIERAS

Reconocemos que podrían producirse y se producen circunstancias extraordinarias. En estos casos, se pueden hacer arreglos de pago firmados. Sin embargo, los acuerdos de pago no exceden de noventa (90) días sin una autorización expresa. Los arreglos alternativos deben realizarse antes de brindarse los servicios. No dude en comunicarse con su médico y con el personal de la oficina administrativa de Coastal Cardiology cuando se pongan en contacto con usted para evitar posibles reprogramaciones de citas, pruebas o procedimientos. Si tiene consultas adicionales, puede llamar a la oficina administrativa de Coastal Cardiology al 805-782-2244 x509.

TARIFAS QUE NO SEAN DE VISITAS AL CONSULTORIO O PRUEBAS

Debido al aumento de los gastos del consultorio y las exigencias interconectadas de nuestro personal, se ha hecho necesario establecer los siguientes cargos. Tenga presente que las ausencias repetidas, la reprogramación o la falta de pago por los servicios prestados pueden dar lugar a que el consultorio se niegue a brindar sus servicios a causa del incumplimiento. Los cargos que se describen a continuación no están cubiertos por el seguro y, por ende, son responsabilidad exclusiva del paciente. Por consiguiente, es posible que los pacientes sean responsables de todos los cargos que se enumeran a continuación. Estos cargos están publicados en el sitio web de Coastal Cardiology y también se puede solicitar una lista actualizada de los cargos en cualquier cita. Si tiene consultas adicionales, puede llamar a la oficina administrativa de Coastal Cardiology al 805-782-2244 x509.

CITAS PERDIDAS SIN PREVIO AVISO DE 24 HORAS (SE COBRAN DIRECTAMENTE AL PACIENTE)

- Faltar a una visita al consultorio \$25.00
- Reprogramar una visita al consultorio* \$25.00
- Faltar a una prueba nuclear \$200.00
- Faltar a una prueba vascular, ecocardiograma o \$50.00

**Esto incluye las citas que se cambiaron cuando no se completaron los exámenes de laboratorio necesarios*

TARIFAS DE LOS FORMULARIOS (SE COBRAN DIRECTAMENTE AL PACIENTE)

Como consultorio que ejerce una especialidad, no siempre somos el proveedor adecuado para completar los formularios. Se requiere la aprobación previa del médico antes de traer un formulario a nuestro consultorio para completarlo. Si tiene dudas con respecto a nuestra política, puede llamarnos. Las tarifas de los formularios no se facturan al seguro y son su responsabilidad.

- Discapacidad, Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA), seguro de vida, Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) y otros formularios \$25.00
- Registros médicos (según el tamaño del registro y el tiempo requerido) \$16.00 y más
- Cartas tipeadas (por cualquier motivo) \$25.00

TARIFAS VARIAS (SE COBRAN DIRECTAMENTE AL PACIENTE)

- Cargo por cheque devuelto \$25.00
- Servicio de respuesta de llamadas/fuera de horario \$25.00
- Copias de imágenes de prueba \$25.00

TARIFAS DE TELESALUD, TELEVISITA Y TELEMEDICINA

Durante la pandemia de COVID-19 (coronavirus), el seguro debería cubrir los servicios de telesalud. Si hay un coseguro o copago que le será difícil pagar, llame a la oficina administrativa de Coastal Cardiology al 805-782-2244 x509 para obtener ayuda. Estaremos encantados de ayudarlo en sus circunstancias específicas.

TELESALUD POR VIDEO, TELEVISITAS MEDIANTE COMPUTADORA O TELÉFONO INTELIGENTE

- Tarifas para pacientes establecidos \$80-304.00
- Tarifas para pacientes nuevos \$160-429.00

TELESALUD POR AUDIO, SOLO VISITAS POR TELÉFONO

- Tarifas para pacientes establecidos \$25-304
- Tarifas para pacientes nuevos \$25-429.00

CORRESPONDENCIA EN LÍNEA DEL PORTAL DEL PACIENTE DE TELESALUD (SOLO PARA PACIENTES ESTABLECIDOS)

- Comunicación con el proveedor fuera de una cita \$25-90.00

VARIOS

Las consultas interprofesionales, los mensajes extensos del portal y la monitorización remota para warfarina (Coumadin), los electrocardiogramas (EKG) y los controles de la presión sanguínea también pueden facturarse a su seguro. Si tiene alguna inquietud con respecto a los costos, puede comunicarse con su proveedor de atención médica o la oficina administrativa de Coastal Cardiology al 805-782-8844 x509.

Esta política se actualizará periódicamente. Asegúrese de acceder a la versión más actualizada en nuestro sitio web, de un recepcionista, etc.

*Por favor, lea este formulario en su totalidad antes de completarlo. Esta versión tiene una fuente de 14 puntos según el Código Cal Civ §56.11. Todas las preguntas **negras oscuras** son obligatorias y los formularios incompletos no se pueden procesarse.*

Nombre: _____ **F. de Naci.:** _____
Teléfono: _____ **Nº de cuenta:** _____
Dirección: _____

Por el presente, autorizo a Coastal Cardiology que:

La divulgación (quien necesite récords) **Que solicite** (quien tiene récords)

Nombre: _____
Teléfono: _____ **Número de fax:** _____
Propósito para la solicitud: Cita de cuidado continuo _____
 Seguros / Abogado Uso personal Otro: _____

La siguiente información debe de ser revelada (por los últimos dos años):

Últimas 2 notas del doctor y análisis de laboratorio, pruebas cardíacas o pulmonares
 Consulta o Nota de progreso: __/__/__ Grabadora o Holter: __/__/__
 Echo: __/__/__ ECG: __/__/__ Lab: __/__/__
 Informes hospitalarios: __/__/__ Prueba de esfuerzo: __/__/__
 Otro: _____, __/__/__

Entiendo que se pueden enviar digitalmente o por correo electrónico seguro para _____. Los archivos pueden incluir documentación de alcoholismo/drogas, enfermedades psiquiátricas o las enfermedades transmisibles. Marque aquí para solicitar la exclusión de toda la información confidencial. Mi derecho a la atención de la salud no está condicionada a la autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito a la dirección en la parte superior de esta forma, pero la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado. Si la persona o entidad que recibe esta información no está cubierta por las regulaciones federales de privacidad, esta información no estará protegida y puede ser divulgada. Esta autorización vence un (1) año después de su firma. Es posible que haya un cargo por solicitud de registros médicos (vea el reverso). Una copia de esta autorización es válida como el original y tengo derecho a una copia.

➡ **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: _____

USO INTERNO SOLAMENTE:

Received by _____ Patient Picking Up _____ Mail to Patient Given to Patient
Print name Date

Guía para pacientes acceso a los archivos médicos

Sección 123.100-123149,5 de la Salud y Seguridad de California establece que cualquier adulto, cualquier paciente menor de edad autorizado por ley para dar su consentimiento para el tratamiento al que corresponde el registro o representantes de cualquier paciente tiene derecho a inspeccionar el expediente del paciente u obtener copias.

1. El Departamento de Archivos Médicos se encargará de responder a todas las peticiones de acceso de los pacientes.
2. El personal de Archivos Médicos no tratará de explicar o interpretar cualquier cosa en el registro.
3. La petición debe hacerse por escrito, debe proporcionar información suficiente para identificar al paciente e incluir el pago correspondiente.
4. Las copias se completarán dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de una solicitud escrita válida. La solicitud debe especificar los registros deseados.
5. Inspección puede ser llevada a cabo por cita durante horas de oficina (9:00 am-4: 00 pm) de lunes a viernes, excepto días festivos.
6. Inspección se llevará a cabo bajo la supervisión visual directa del Supervisor de Registros Médicos.
7. Esfuerzos razonables para establecer la identidad del paciente o del representante del paciente se realizarán antes de la inspección. Las personas que solicitan el acceso como tutores o curadores deben presentar copias de la documentación para demostrar la autoridad.
8. Una persona puede acompañar al paciente o su representante durante la inspección.
9. Los registros sólo estarán disponibles para su inspección por parte del paciente o del representante del paciente dentro de los cinco (5) días siguientes a la recepción de una solicitud escrita de trabajo.
10. Resumen opción puede ser ejercida sobre la discreción del médico.
11. Los registros médicos enviados directamente a otro médico son una cortesía.

Secretarial	\$16.00 (\$4.00 per ¼ hora)
Inspección	\$ 5.00
Reproducción por página	\$.25
Estudio de Imágenes o en formato electrónico	\$25.00
Franqueo	Costo Actual