

REGISTRO DEL PACIENTE DE AZ ENDOCRINE INSITUTE PC

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE / PATIENT DEMOGRAPHICS

FECHA / DATE: _____

Nombre legal / Legal Name: Nombre / First _____ inicial del segundo nombre / MI _____ Apellido / Last _____

Nombre Preferido / Preferred Name: _____

Nombre de padre, madre o tutor legal / Parent/Legal Guardian Name: _____

Fecha de nacimiento / DOB: _____ número de teléfono celular / Mobile: _____

NRO. DE SEG. SOC. / SS#: _____ Fecha de nacimiento / DOB: _____ Sexo legal / Legal Sex: M F

¿Tiene usted alguna orientación sexual o preferencias de género que le gustaría que tengamos en cuenta? Si / Yes No
Do you have any Sexual Orientation or gender preferences you would like us to consider?

¿Su sexo legal es diferente al sexo que le asignaron al nacer? / Is your Legal Sex different from your Sex at Birth? Si / Yes No

Si respondió de afirmativa a cualquiera de estas preguntas, recopilaremos información adicional sobre usted más adelante.
If you answered yes to either of these questions, additional information will be collected from you later.

Dirección / Address: _____ Número de apartamento / Apt# _____ Ciudad / City _____

Estado / State _____ Código postal / Zip _____

Numero de teléfono / Phone: Casa / Home _____ Trabajo / Work _____ Celular / Mobile _____

Correo electrónico / Email _____ No cuenta con correo electrónico / No Email

INFORMACIÓN GENERAL / GENERAL INFORMATION

Estado civil / Marital Status: Divorciado / Divorced Legalmente separado / Legally Separated Casado / Married
 En pareja / Significant Other Soltero / Single Viudo / Widowed

Necesita un intérprete / Need Interpreter: Si / Yes No

Idioma de preferencia / Preferred Language _____ Idioma escrita / Written Language _____

Raza / Race: Asiática/Asian Negra/Black India Americana/Native American Hawaiiana/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander
 Dos o mas razas/Two or More Races Blanca/White

Origen Ethnico / Ethnicity: Hispano / Hispanic No-Hispano / Non-Hispanic

OTROS DATOS DEMOGRÁFICOS / ADDITIONAL DEMOGRAPHICS

Método de comunicación de preferencia / Preferred Communications Method: Sin preferencia / No Preference Correo electrónico/Mail

Teléfono/Phone: Correo electrónico/Email MyChart/MyChart Acepta recibir mensajes de texto /Accept Text Messages

Al seleccionar una de las casillas como el método de comunicación de preferencia, acepto recibir correspondencia de DECCT.

By checking one of the boxes for Preferred Communication Method, I agree to receive correspondence from DECCT.

¿Tiene dificultades para comunicarse o necesidades especiales de comunicación? / Do you have any communication difficulties or special needs?

Discapacidad visual/Visually Impaired: Y N Discapacidad auditiva/Hearing Impaired: Y N Necesidades especiales/Special Needs: Y N

Si su respuesta es afirmativa, sirvase explicar / If yes, please list: _____

PCP

Medico de atención primaria /Primary Care Physician _____

No me atiendo con un medico de atención primaria determinado/No Primary Care Physician

CONTACTOS DE EMERGENCIA / EMERGENCY CONTACTS

Nombre/Name _____ Relación con el paciente/Relationship to Patient _____

Teléfono de casa/Home Phone _____ Celular/Mobile _____

Nombre/Name _____ Relación con el paciente/Relationship to Patient _____

Telefono de casa/Home Phone _____ Celular/Mobile _____

DATOS LABORALES / EMPLOYMENT

Nombre del empleador/Employer Name _____

Estado Laboral/Employment Status: Discapacitado/Disabled Tiempo completo/Full-Time Medio tiempo/Part-Time

Jubilado/Retired Estudiante/Student Desempleado/Unemployed

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient Name _____
MRN _____

AUTORIZACIÓN OPCIONAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE OPTIONAL AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO OTHERS

Autorizo a Az Endocrine instituto PC ya sus representantes a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a mis citas, información de facturación o atención médica a los contactos adicionales a continuación. Esta autorización permanecerá vigente hasta que proporcione una notificación por escrito a Az Endocrine instituto PC sobre cambios o actualizaciones. Autorizo a Az Endocrine instituto PC a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a mis citas, seguro médico, información de facturación, resultados de pruebas y/o atención médica a los contactos adicionales que se detallan a continuación.

Sólo divulgar información al paciente / Only Release Information to Patient

Si no contesta, podemos dejarle un mensaje en su:

Teléfono de casa / Home Phone: Si/Yes No/No Trabajo/Work Phone: Si/Yes No/No Celular / Mobile Phone: Si/Yes No/No

Nombre / Name _____ Relación con el paciente / Relationship to Patient _____
Teléfono de casa / Home Phone _____ podemos dejarle un mensaje? / May we leave a message? Si/Yes No/No
Telefono celular / Mobile Phone _____ podemos dejarle un mensaje? / May we leave a message? Si/Yes No/No

Pueden divulgar la información relacionada con las siguientes servicios a la persona antes mencionada:

Citas / Appointments Facturación / Billing Atención Médica / Medical Care

Nombre / Name _____ Relación con el paciente / Relationship to Patient _____
Teléfono de casa / Home Phone _____ podemos dejarle un mensaje? / May we leave a message? Si/Yes No/No
Telefono celular / Mobile Phone _____ podemos dejarle un mensaje? / May we leave a message? Si/Yes No/No

Pueden divulgar la información relacionada con las siguientes servicios a la persona antes mencionada:

Citas / Appointments Facturando / Billing Atención Médica / Medical Care

Si desea recibir su información de salud por correo electrónico, la información se enviará mediante correos electronicos cifrados a menos que usted expresamente indique lo contrario a continuación. Enviar información mediante un correo electronico sin cifrar podria plantear cierto riesgo de que la información de salud contenida en el correo electrónico sin cifrar pueda ser leida por un tercero a través de Internet. *If you wish to receive your health information by email, the information will be sent via encrypted email unless you expressly designate otherwise below. Sending health information by unencrypted email may pose some risk that the health information in the unencrypted email could be read by a third party over the internet.*

Iniciales/Intials: _____

PARTE CON RESPONSABILIDAD FINANCIERA- GARANTE / FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY - GUARANTOR

La misma que la informaciim del paciente / Same as Patient Information (If different, please complete section below)

Nombre / Name: Nombre First _____ MI / Inicial de segundo nombre _____ Apellido / Last _____
Fecha de nacimiento / DOB _____ Relación/Relationship: Cónyuge/Spouse Padre/Father Madre/Mother Otro/Other
Otra (por favor especifique) / If Other, please be specific _____

Dirección / Address: _____ Número de apartamento / Apt. # _____
Ciudad / City _____ Estado / State _____ Código postal / Zip Code _____

Número de teléfono / Ph. Number: Casa / Home _____ Celular/Mobile _____ Trabajo / Work _____

Nombre del empleadro / Employer Name _____

Estado Laboral / Employment Status: Estudiante/Student Medio tiempo/Part-Time Tiempo completo/Full-Time
 Jubilado/Retired Discapacitado/Disabled Desempleado/Unemployed

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO / INSURANCE INFORMATION

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO / Primary Insurance: _____

Número de Identificación / ID #: _____ Número de grupo / Group Number: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient Name _____
MRN _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO / INSURANCE INFORMATION (Cont'd)

Nombre de titular / Subscriber Name: _____ Sexo / Sex: M F

Relación del paciente con el titular / Patient Relationship to Subscriber: _____

Fecha de nacimiento del titular / Subscriber's DOB: _____ Empleador / Employer: _____

Estado Laboral / Employment Status: Estudiante/Student Medio Tiempo/Part-Time Tiempo Completo/Full-Time
 Jubilado/Retired Discapacitado/Disabled Desempleado/Unemployed

SEGURO SECUNDARIO / Secondary Insurance: _____

Número de Identificación / ID #: _____ Número de grupo / Group Number: _____

Nombre del titular / Subscriber Name: _____ Sexo / Sex: M F

Relación del paciente con el titular / Patient Relationship to Subscriber: _____

Fecha de nacimiento del titular / Subscriber's DOB: _____ Empleador / Employer: _____

Estado Laboral / Employment Status: Estudiante/Student Medio Tiempo/Part-Time Tiempo Completo/Full-Time
 Jubilado/Retired Discapacitado/Disabled Desempleado/Unemployed

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? / HOW YOU HEARD ABOUT US

- Familia/Amigo / Family or Friend Correo electrónico/Email Aviso en un periódico/ Newspaper or Magazine
 Sitio web de la organización/Organization Website Búsqueda en Internet/Internet Search Comercial de televisión/Public Television
 Boletín informativo de la organización/Organization Newsletter Médico referente/Referring Physician Instructor/Instructor
 Coche/Coach Entrenador/Trainer Otro/Other _____

PAUTAS FINANCIERAS Y DE PAGO / FINANCIAL AND PAYMENT GUIDELINES

Aviso: Nuestra oficina NO presenta reclamos de seguro de automóviles para visitas relacionadas con accidentes de vehículos motorizados. Notice: Our office does NOT file auto insurance claims for visits relating to motor vehicle accidents.

El pago se debe hacer al momento del servicio. Esto incluye todos los copagos, deducibles y coseguro. Si su compañía de seguros requiere una referencia, es responsabilidad del paciente (o garante) obtener la referencia antes de su cita.

- Autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro de Az Endocrine Insitute PC par las servicios prestados a mi o a mis dependientes. / I authorize direct payment of my insurance benefits to Texas Health Physicians Group for services rendered to myself or dependents.
- Se presentara al seguro el reporte de las servicios prestados. Los cargos por servicios no cubiertos por el seguro serán la responsabilidad del paciente o su tutor. Comprendo que es mi responsabilidad conocer los beneficios de mi seguro y si las servicios prestados son beneficios cubiertos o no. / Insurance will be filed for services rendered. Any charges for services not covered by insurance will be the responsibility of the patient or his/her guardian. I understand that it is my responsibility to know my insurance benefits and whether or not the services rendered are covered benefits.
- El paciente o su tutor será responsable de notificar a nuestra oficina de cualquier cambio en datos demográficos o información de facturación y seguro. / Patient or guardian is responsible for notifying our office of any changes to demographics or insurance and billing information.
- Los cargos por servicios fuera de la red que no sean pagados por la compañía de seguro médico serán la responsabilidad del paciente o de su tutor. / Out of Network services not paid by the health insurance company will be the responsibility of the patient or his/her guardian.
- Az Endocrine Insitute PC o sus agent es autorizados ofrecerán información médica a la compañía de seguros en la medida de lo necesario para realizar el pago de reclamos por servicios prestados. / Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas or its authorized agent will provide medical information to the insurance company as required for payment of claims for services rendered.
- Por medio de la presente, autorizo que agencias de crédito me realicen consultas y acepto recibir llamadas automáticas con voz artificial o con mensajes previamente grabados, o que se envíen mensajes de texto a mi teléfono celular ya cualquier número de teléfono proporcionado durante mi proceso de registro. Entiendo que tanto Az Endocrine Insitute PC como sus afiliados o agentes podrian llevar a cabo estos intentos de cobro, las cuales incluyen, entre otros, empresas de gestión de cuentas, contratistas independientes o agentes de cobranza. / I hereby consent to credit bureau inquiries and to receiving auto-dialed/artificial or pre-recorded message calls, and/or text messages to my cellular telephone and to any telephone number provided during my registration process. I understand that these collection attempts could be performed by from Az Endocrine Insitute PC or its affiliates/agents including, without limitation, any account management companies, independent contractors or collection agents.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO / INSURANCE INFORMATION (Cont'd)**Laboratorio / Radiografías / Servicios de diagnóstico / Lab / X-Ray / Diagnostic Services:**

Entiendo que es posible que reciba una factura aparte si mi atención médica incluye servicios de laboratorio, radiología u otros servicios de diagnóstico. Asimismo, entiendo que tengo la responsabilidad financiera por cualquier copago, deducible o coseguro adeudado por estos servicios en caso de que mi seguro no los reembolse por cualquier motivo. / *I understand that I may receive a separate bill if my medical care includes lab, x-ray, or any other diagnostic services. I further understand that I am financially responsible for any co-pays, deductibles and co-insurance due for these services if they are not reimbursed by my insurance.*

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**/ RELEASE OF INFORMATION, AUTHORIZATION & ASSIGNMENT OF BENEFITS**

- Autorizo la divulgación de todas mis historias clínicas a especialistas o médicos de consulta si ello fuera necesario para mi cuidado y condición. / *I authorize the release of all medical records to specialists and/or consulting physicians if applicable to my care and condition*
- Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica o de otro tipo a divulgar cualquier información necesaria a la Administración del Seguro Social Administración de Financiamiento de Atención Médica, sus intermediarios, sus portadores o cualquier otro portador de seguros, para que se procese este o cualquier otro reclamo relacionado. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original y autorizo que se solicite el pago de beneficios de seguro médico ya sea a mi o a la parte que acepte la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica acerca de cualquier parte que pueda ser responsable por el pago de mi tratamiento. / *I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration, Health Care Financing Administration, its intermediaries, its carriers, or any other insurance carrier, any information needed for this or any other related claim to be processed. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original and request payment of medical insurance benefits either to me or to the party who accepts assignment. I understand it is mandatory to notify the health care provider of any party who may be responsible for paying for my treatment.*
- Además autorizo y solicito que los pagos de seguro se dirijan a Az Endocrine Institute PC. / *I further authorize and request that insurance payments be directed to Az Endocrine Institute PC.*

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD / PRIVACY PRACTICES

Los consultorios, médicos y personal de DECCT están comprometidos a proteger la privacidad de su información de salud. Ponemos a su disposición una copia de nuestro Aviso de declaración de prácticas de privacidad. / *DECCT offices, physicians, and staff, are committed to securing the privacy of your health information. We are making available to you a copy of our Notice of Privacy Practices.*

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN / ACKNOWLEDGEMENT

He leído, entiendo claramente y acepto las anteriores disposiciones referidas a: **divulgación de información médica del paciente, pautas financieras y de pago, divulgación de información y asignación de beneficios, autorización para el tratamiento de un menor de edad y prácticas de privacidad.** También certifico que toda la información proporcionada es exacta y completa. / *I have read, fully understand and agree to the above release of medical information to others, financial and payment guideline, release of information & assignment of benefits, authorization to treat a minor and privacy practices. I also certify that all of the information, provided is complete and accurate.*

Nombre del paciente / Patient Name _____ Firma/Signature _____ Fecha/Date _____

HISTORIA MÉDICA

Clínica: Esta forma es confidencial v va a ser parte de su expediente médico

Nombre /Name: _____ **Fecha / Date:** _____

Dirección / Address: _____ **Fecha de Nacimiento / DOB:** _____

Médico que refiere o médico de cabecera: _____
Referring Provider/Primary Care Provider

POR FAVOR DESCRIBA LA RAZÓN DE SU VISITA:

OPERACIONES ANTERIORES:

ANTECEDENTES MÉDICOS:

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (Cheque las que sean necesarias y escriba la fecha aproximada que fue diagnosticado-a):

CONDICIÓN	FECHA (Mes/Año)
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Presión alta:	_____
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Triglyceridós altos	_____
<input type="checkbox"/> Infartos del corazón / Cirugia coronaria	_____
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	_____
<input type="checkbox"/> Derrame-cerebral stroke	_____
<input type="checkbox"/> Tiroides hiperactiva	_____
<input type="checkbox"/> Tiroides inactiva	_____
<input type="checkbox"/> Bocio o nódulos en la tiroides	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer en la tiroides	_____
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	_____
<input type="checkbox"/> Nivel de calcio alto o bajo	_____
<input type="checkbox"/> Cirugia para obesidad	_____
<input type="checkbox"/> Deficiencia de hormonas sexuales	_____
<input type="checkbox"/> Otros problemas médicos serios:	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

INFORMACIÓN DE FARMACIA:

Nombre de Farmacia: _____
 Dirección: _____
 Teléfono de Farmacia #: _____

ALERGIAS:

IES UD. ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO, SUPLEMENTO O COMIDA? SI ES ASÍ DESCRIBALO AQUÍ:

HÁBITOS PERSONALES:

¿Fuma? Si No
 ¿Si es así, cuánto fuma y cada cuanto? _____
 ¿Ex-fumador? Si No
 ¿Hace cuanto dejó de fumar? _____
 ¿Usa ud. bebidas alcohólicas? Si No
 ¿Cuantas por semana y que tipo (incluya cerveza)? _____

 ¿Usa ud. alguna droga no legal? Si No
 Qué tipo y cuanto por semana? _____

HISTORIA FAMILIAR:

¿SUS PADRES, HERMANOS O HIJOS TIENEN O HAN TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIÓN	MIEMBRO(S) FAMILIAR(ES)
<input type="checkbox"/> DIABETES	_____
<input type="checkbox"/> INFARTOAL CORAZÓN	_____
<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CARDÍACA	_____
<input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL	_____
<input type="checkbox"/> COLESTEROLALTO	_____
<input type="checkbox"/> CÁNCER	_____
<input type="checkbox"/> AMPUTACIONES	_____
<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL	_____
<input type="checkbox"/> CEGUERA	_____
<input type="checkbox"/> ENFER DE LA TIROIDES	_____
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA DE LA TIROIDES	_____
<input type="checkbox"/> OTRAS ENFERMEDADES SERIAS:	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

PARA TODOS LOS PACIENTES:

¿Tiene usted cualquiera de la condición siguiente?

- Tos que Dura más de 7 Días
- Fiebre
- Sudores de la Noche
- Piel Positiva Prueba de TB
- RAYO X de Pecho Anormal
- Historia de Tuberculosis
- Exposición a Alguien con Tuberculosis

PACIENTES DIABÉTICOS:

Haga usted compruebe su azúcar de sangre en casa? _____
¿Si Sí, con qué frecuencia? _____
(Por favor tienen sus resultados o su metro disponible)
¿Cuándo era su último EXAMEN DE OJO DIABÉTICO?

Nombre de Oftalmólogo: _____
¿Sigue usted una DIETA o Plan ALIMENTICIO? _____
Si Sí, por favor describa:

Tienen usted alguna vez recibió EDUCACIÓN DE DIABETES
¿o CLASES? ¿Si sí, cuándo y donde?
_____ / _____

Tienen usted alguna vez participó en un ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN ¿en Diabetes? _____

¿Ha participado alguna vez en ESTUDIOS CLÍNICOS sobre diabetes? _____
¿Estaria interesado-a en saber más sobre ESTUDIOS CLÍNICOS sobre diabetes? _____

¿TIENE UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTE SÍNTOMAS?

- Sed excesiva
- Orina excesivamente
- Orina en la noche
- Azucar muy bajo
- Problemas de riñones
- Boca seca
- Infecciones frecuentes
- Infecciones en los pies
- Úlceras o heridas en los pies
- Problemas sexuales
- Maree al levantarse
- Dolor en el pecho
- Falla de aire, ahogo
- Pies hinchados
- Adormecimiento, hormigueo ¿donde?: _____
- Dolor ardoroso, ¿donde?: _____
- Ganancia de peso, ¿cuánto? _____
- Pérdida de peso, ¿Cuánto?? _____
- Problemas de vista
- Problemas de equilibri
- Caídas
- Náusea o vómito
- Problemas de encias o dientes
- Otros problemas: _____

PARA MUJERES DE EDAD FÉRTIL:

¿Está embarazada o podria estar embarazada? _____
Fecha del ultimo periodo _____ / _____ / _____
¿Tiene los tubos ligaos? _____ Histerectomía _____
Si Sí, por favor describa: _____

**Si necesita una hoja adicional,
solicítela en la RECEPCIÓN.**

"Hago constar que la información suministrada es verdadera hasta donde yo conozco. Entiendo que suministrar información FALSA o INCOMPLETA INTENCIONALMENTE, puede resultar en la terminación de la relación médico-paciente"

Firma del paciente, padre (en case de menores de 18 años) o encargado legal:
_____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

AZ INSTITUTO ENDOCRINO PC
2971 W ELLIOT RD SUITE 1
CHANDLER AZ 85224
Teléfono:480-733-5483
Efectos: 480-733-7080

LISTA DE MEDICINAS Y SUPLEMENTOS (incluya la INSULINA)

Favor traer **todas** sus medicinas o una lista actualizada a **todas** sus consultas. **POR SU SEGURIDAD**, informe a la enfermera o el doctor de **CUALQUIER CAMBIO EN MEDICAMENTOS O MEDICAMENTO NUEVO** que esté tomando. **Algunas medicinas pueden causar serios efectos indeseables si se mezclan con otras.** Por es razón necesimatos saber **todo** lo que usted está tomando.

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____ Fecha: _____

Nombre de medicamento y forma (tableta, cápsula, botella, pluma etc.)	Fuerza (si la sabe)	¿Cada cuanto?	¿Cómo lo toma? por boca, infectado, etc.	Quién lo recetó

Usted puede bajar y llenar una nueva lista cuando lo considere necesario, del website: azendocrineinstitute.com

AZ INSTITUTO ENDOCRINO PC
2971 W ELLIOT RD SUITE 1
CHANDLER AZ 85224
Teléfono:480-733-5483
Efectos: 480-733-7080

Consentimiento para recibir atención médica

Consent to Treat

Autorizo a los empleados y agentes de AZ ENDOCRINE INSTITUTE, PC (incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeros y otros empleados y miembros del personal) a llevar a cabo evaluaciones médicas y a proporcionar atención médica al paciente indicado a continuación. Entiendo que se podrían tomar fotografías o videos en relación al tratamiento del paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocada por escrito. Entiendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en caso de emergencia. / *I hereby authorize employees and agents of Az Endocrine Institute PC (including physicians, physician assistants, and nurse practitioners, and other employees and staff members) to render medical evaluations and care to the patient indicated below. I understand that in connection with the patient's treatment, photos or videos may be taken. The duration of this consent is indefinite and continues until revoked in writing. I understand that by not signing this consent, the patient will not be provided medical care except in the case of emergency.*

Fecha de hoy / Today's Date: _____

Nombre del paciente en letra de imprenta / Print Patient's Name:

Fecha de nacimiento del paciente / Patient Date of Birth:

Tutor legal (si corresponde) / Legal Guardian (if different than patient):

Firma del paciente o del tutor legal / Patient or Legal Guardian Signature:
