



PACIENTE REGISTRO

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Mejor # a alcanzar: (_____-) _____ 2nd #: (_____-) _____ Trabajo #: (_____-) _____

DOB: _____ Seguro Social #: _____ Médico principal: _____

Correo electrónico: _____ Empleador: _____ Médico de referencia: _____

SEXO: M F **ESTADO CIVIL:** Casado Soltero Divorciado Separado Viudo

RAZA: Negro o afroamericano Blanco Hispano Otro: _____

ETNICIDAD: Hispano o Latino/Español No hispano o latino Otro: _____

IDIOMA: Inglés Español Otro: _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

FARMACIA: _____ CITY: _____ TELÉFONO #: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ TELÉFONO #: _____

**INFORMACIÓN DEL GARANTE (Sólo para menores)

Nombre del padre: _____ DOB: _____

Seguro Social #: _____ *Empleador principal: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro: _____ Política #: _____

Secundario: _____ Política #: _____

*****Si el asegurado/responsable es diferente del paciente, por favor responda las preguntas a continuación*****

Nombre: _____ DOB: _____

TODOS LOS SERVICIOS PROFESIONALES PRESTADOS CORREN A CARGO DEL PACIENTE. SE COMPLETARÁN LOS FORMULARIOS NECESARIOS PARA AYUDAR A ACELERAR LOS PAGOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS; SIN EMBARGO, EL PACIENTE ES RESPONSABLE DE TODOS LOS HONORARIOS, INDEPENDIEMENTE DE LA COBERTURA DEL SEGURO. TAMBIÉN ES HABITUAL PAGAR POR LOS SERVICIOS PRESTADOS A MENOS QUE SE HAYAN HECHO OTROS ARREGLOS POR ADELANTADO CON EL TENEDOR DE LIBROS DE LA OFICINA. TODOS LOS COPAGOS VENCEN EN EL MOMENTO DEL SERVICIO Y SE COBRARÁ UNA TARIFA DE \$ 30 EN TODOS LOS CHEQUES DE DEVOLUCIÓN. USTED ES RESPONSABLE DE VERIFICAR SI DUBLIN ENT SE CONSIDERA O NO "DENTRO DE LA RED" CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS. USTED ES RESPONSABLE DE NOTIFICAR A DUBLIN ENT DE CUALQUIER CAMBIO EN LA COBERTURA DEL SEGURO. AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS SOLICITO QUE EL PAGO DE LOS BENEFICIOS AUTORIZADOS DE MEDICARE/OTRAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SE HAGA EN MI NOMBRE A PAUL D. KELLAM, JR., M.D./THOMAS C. MULLIS, M.D. POR CUALQUIER SERVICIO PROPORCIONADO POR ESA PARTE QUE ACEPTA LA ASIGNACIÓN/MÉDICO. SE APLICAN LAS REGULACIONES RELACIONADAS CON LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE. AUTORIZO A CUALQUIER TITULAR DE INFORMACIÓN MÉDICA O DE OTRO TIPO SOBRE MÍ A DIVULGAR A LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL Y A LA ADMINISTRACIÓN DE FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA O A SUS INTERMEDIARIOS O TRANSPORTISTAS CUALQUIER INFORMACIÓN NECESARIA PARA ESTE O UN RECLAMO RELACIONADO DE MEDICARE / OTRO RECLAMO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. PERMITO Consentimiento expreso para la comunicación: Al firmar este formulario, consiento y autorizo expresamente a DUBLIN EAR, NOSE, AND THROAT y sus afiliados y agentes, incluida cualquier agencia de cobro o cobrador de deudas contratado por ellos, a comunicarse conmigo por cualquier motivo relacionado con los servicios prestados por DUBLIN EAR, NOSE Y THROAT, incluido el cobro de los montos adeudados por dichos servicios. Esta comunicación puede hacerse utilizando un sistema telefónico automático o una voz artificial o pregrabada en el número de teléfono (s) que proporcioné a DUBLIN EAR, NOSE, AND THROAT y sus afiliados y agentes y también cualquier número de teléfono asignado a un servicio de telefonía celular o cualquier servicio por el que se me cobre por la llamada. Además, consiento y autorizo expresamente a DUBLIN EAR, NOSE, AND THROAT y sus afiliados y agentes, incluida cualquier agencia de cobro o cobrador de deudas contratado por ellos, a comunicarse conmigo en cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico u otro identificador o modo electrónico único que proporcioné a DUBLIN EAR, NOSE, AND THROAT o sus afiliados o agentes en cualquier momento, o cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico u otro identificador electrónico único o modo DUBLIN EAR, NOSE, AND THROAT o sus afiliados o agentes encuentra u obtiene por su cuenta que no es proporcionado por mí.

***FIRMA: _____ FETCHA: _____

DUBLIN EAR, NOSE, AND THROAT ASSOCIATES, P.C.

102 FAIRVIEW PARK DRIVE

DUBLIN, GEORGIA 31021

(478) 272-8382

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta práctica escrito en lenguaje sencillo. El Aviso proporciona en detalle los usos y divulgaciones de mi información médica protegida que puede ser hecha por esta práctica, mis derechos individuales y los deberes legales de la práctica con respecto a mi información médica protegida. El Aviso incluye:

- Una declaración de que esta práctica está obligada por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida.
- Una declaración de que esta práctica está obligada a acatar los términos del aviso actualmente en vigor.
- Tipos de usos y divulgaciones que esta práctica está autorizada a hacer para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Una descripción de cada uno de los otros propósitos para los que esta práctica está permitida o obligada a usar o divulgar información médica protegida sin mi consentimiento o autorización por escrito.
- Una descripción de los usos y divulgaciones que están prohibidos o sustancialmente limitados por la ley.
- Una descripción de otros usos y divulgaciones que se harán sólo con mi autorización por escrito y que puedo revocar dicha autorización.
- Mis derechos individuales con respecto a la información sanitaria protegida y una breve descripción de cómo puedo ejercer estos derechos en relación con:
 - El derecho a quejarse ante esta práctica y ante el Secretario de HHS si creo que mis derechos de privacidad han se violó, y que no se utilizarán acciones de represalia contra mí en caso de tal queja.
 - El derecho a solicitar restricciones a determinados usos y divulgaciones de mi información sanitaria protegida, y que esta práctica no está obligado a aceptar una restricción solicitada.
 - El derecho a recibir comunicaciones confidenciales a la información sanitaria protegida.
 - El derecho a inspeccionar y copiar información sanitaria protegida.
 - El derecho a modificar la información sanitaria protegida.
 - El derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de información sanitaria protegida.
 - El derecho a obtener una copia en papel del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta práctica previa solicitud.

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información médica protegida que mantiene. Entiendo que puedo obtener el aviso actual de esta práctica de prácticas de privacidad bajo petición.

Consentimiento a las llamadas telefónicas inalámbricas

Autorizo esta instalación junto con cualquier servicio de facturación y su agencia de cobro o abogado que pueda trabajar en su nombre para ponerse en contacto conmigo en el teléfono celular / o teléfono en casa utilizando mensajes pregrabado, mensajes de voz artificiales, servicios de marcación telefónica automática, u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajes de texto, o por cualquier otra forma de comunicación electrónica.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si está firmada por un representante personal del paciente): _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A INDIVIDUOS/FAMILIARES

De acuerdo con las reglas de privacidad del gobierno federal implementadas a través de la Ley de Portabilidad de la Salud de 1996 (HIPAA), con el fin de que su proveedor de atención médica o personal de Dublin Ear, Nose, and Throat discuta o publique cualquiera de sus registros relacionados con su condición médica con cualquier miembro de su familia u otras personas que usted designe, debemos obtener su autorización antes de hacerlo. En caso de un episodio crítico o si no puede dar su autorización debido a la gravedad de su condición médica, la ley estipula que estas reglas pueden ser renunciadas.

_____ **No autorizo** a Dublin Ear, Nose y Throat a divulgar ninguna o toda la información relativa a mi atención médica a ninguna persona, excepto como se estableció anteriormente.

_____ **Autorizo** a Dublin Ear, Nose y Throat a divulgar cualquier información relativa a mi atención médica a las siguientes personas,

Nombre

Relación con el paciente

Nombre

Relación con el paciente

Nombre

Relación con el paciente

Fecha de firma del paciente

Nombre del paciente

DOB

QUEJA PRINCIPAL/ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

Nombre del paciente: _____

Referencia al nombre y la ubicación del médico: _____

Nombre y ubicación del médico principal: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

¿Cuánto tiempo has tenido este problema? _____

¿Qué lo hace mejor? _____

¿Qué lo hace peor? _____

¿Qué otros síntomas tienes? _____

HISTORIA CLÍNICA *(Compruebe cualquier enfermedad que tenga)*

- | | | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/TDAH | <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> infarto | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> ansiedad | <input type="checkbox"/> Dolor crónico de cuello/espalda | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca (CHF) | <input type="checkbox"/> esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> artritis | <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> sinusitis |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Golpe |
| <input type="checkbox"/> trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> depresión | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en la pierna | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> arritmia | <input type="checkbox"/> tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en pulmón | <input type="checkbox"/> diálisis | <input type="checkbox"/> nefropatía | <input type="checkbox"/> Otro |

HISTORIAL QUIRÚRGICO PASADO *(Por favor, compruebe las cirugías que ha tenido.)*

- | | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eliminación del apéndice | <input type="checkbox"/> Tubos para los oídos | <input type="checkbox"/> mastectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía sinusal |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda baja | <input type="checkbox"/> vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Cirugía de columna vertebral del cuello | <input type="checkbox"/> Extirpación del cáncer de piel |
| <input type="checkbox"/> neurocirugía | <input type="checkbox"/> Bypass/Válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos | <input type="checkbox"/> tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de arteria carótida | <input type="checkbox"/> hysterectomía | <input type="checkbox"/> Marcapasos/Desfibrilador | <input type="checkbox"/> amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Remoción de colones | <input type="checkbox"/> Reemplazo conjunto | <input type="checkbox"/> Extirpación de próstata | <input type="checkbox"/> Vascular Bypass |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria/ Stent | <input type="checkbox"/> Cirugía pulmonar | <input type="checkbox"/> Reparación de huesos rotos | <input type="checkbox"/> Otro |

HISTORIA FAMILIAR *(Compruebe todas las enfermedades que corren en su familia.)*

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alcoholismo | <input type="checkbox"/> infarto |
| <input type="checkbox"/> Reacción de anestesia | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Golpe |
| <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | |

HISTORIA SOCIAL *(Círculo Uno)*

Ocupación: _____

¿Cuánto alcohol bebes todos los días? _____

¿Alguna vez has usado tabaco? Sí No ¿Utiliza actualmente algún producto de tabaco? Sí No ¿Cuánto y por cuánto tiempo? ____ por día para ____ yrs.

¿Qué tipo de tabaco usas? Cigarrillos Cigar Pipe Chewing Tobacco Skoal

¿Está al día de sus vacunas? SÍ NO

¿Tienes alguna adicción a las drogas? SÍ NO

¿Estás expuesto al humo de segunda mano? SÍ NO

REVISIÓN DE SISTEMAS

(Circule todos los síntomas que se aplican)

constitucional:

escalofríos

Fatiga excesiva

Fiebre

Aumento de peso _____ lbs en las últimas _____ semanas.

Pérdida de peso _____ lbs en las últimas _____ semanas.

ojos:

Visión doble

Drenaje de los ojos

Gafas/Contactos

ceguera

ente:

Pérdida auditiva Nose Drainage Cambio de voz

Resoplando en oídos congestión nasal ronca

Mareos Dolor facial Ronquera

Dolor en el oído Dolor de boca/garganta Mal aliento

Drenaje del oído tragando dolor dificultad para tragar

ALERGIA/INMUNOLOGÍA:

Alergias estacionales Alergia probada en la pasada alergia al látex Transfusión de sangre en el pasado

cardiovascular:

Dolor en el pecho Edema de las piernas Problemas para respirar mientras se acuestas palpitaciones planas

Respiratorio:

Tos Toser (coughing) hasta la sangre Dificultad para respirar Sibilancias

gastrointestinal:

Dolor abdominal Estreñimiento Diarrea Acidez estomacal Náuseas

genitourinario:

Dolor durante la orina Sangre en orina Mojar la cama

musculo esquelético:

Dolor articular Rigidez articular Dolor muscular

neurológico:

Desmayos delectran dolores de cabeza Parálisis de un temblor de convulsiones en brazos o piernas

piel:

Crecimientos en la piel sarpullido (Rash) Heridas no curativas

psiquiátrico:

Depresión clínica Nerviosismo/Ansiedad Aumento del nivel de estrés Otro trastorno psiquiátrico: _____

hematológico:

Sangrado fácil Fácil hematomas Inflamación de los ganglios linfáticos en el cuello, el área de la ingle o la axila

La información anterior es verdadera y correcta.

Fecha de firma del paciente