

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ DOB: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ ZIP: _____

Telefono (Casa): _____ (Celular): _____

S.S.N.: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Correo Electronico: _____

Medico de Referencia: _____ Telefono: _____

Razon de Referencia: _____

Farmacia: _____ Telefono: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ ZIP: _____

ES ESTA VISITA RELACIONADA A LESIONES SOSTENIDAS EN RELACION CON UN ACCIDENTE DE TRABAJO OR ACCIDENTE DE CARRO? YES NO

HAY UN ABOGADO EN ESTE CASO? YES NO

AQUI YO AUTORIZO A MY COMPANIA DE SEGUROS QUE PAGEN LOS BENEFICIOS MEDICOS DIRECTAMENTE AL DOCTOR BACKMAN, YO SOY FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE DE SERVICIOS NO CUBIERTOS POR MY ASEGURANZA. YO TAMBIEN AUTORIZO AL DOCTOR BACKMAN QUE MANDE TODA INFORMACION NECESARIA PARA PROCESAR MIS VISITAS MEDICAS.

Usted autoriza el uso de servicios de telemedicina para sus visitas si fuera necesario?

YES _____ NO _____ (Inicialize su respuesta)

FIRMA: _____ FECHA: _____

FRONT OFFICE CHECK LIST

ID CARD: YES NO
INS. CARD: YES NO
MED. REC: YES NO
RXs: YES NO

REVISION DE SISTEMAS

GENERAL

Perdida de Peso _____
Fatiga _____
Fiebre _____

PIEL

Erupción _____
Lesiones _____
Picazón _____

OJOS

Visión Borrosa _____
Pérdida de Visión _____
Dolor de Ojos _____

NARIZ/OIDO/GARGANTA

Pérdida de Audición _____
Zumbido de Oídos _____
Congestión Nasal _____
Dolor de garganta _____

CARDIOVASCULAR

Dolor de pecho _____
Palpitaciones _____
Falta de Aire _____
Pérdida de Conocimiento _____
Latidos Irregulares _____

RESPIRATORIO

Tos _____
Sibilancias _____

SISTEMA ENDOCRINO

Intolerancia al calor o frío _____
Pérdida de pelo _____

GASTROINTESTINAL

Nausea _____
Vómitos _____
Diarrea _____
Constipación _____
Dolor Abdominal _____

GENITOURINARIO

Dolor al orinar _____
Sangre en la orina _____
Pérdida de orina _____

MUSCULO ESQUELETICO

Dolor de articulaciones _____
Rigidez _____
Dolor muscular _____

PSYQUIATRICO

Ansiedad _____
Depresión _____
Cambios de humor _____
Problems para dormir _____

HEMATOLOGICO

Moretones con facilidad _____
Las encías sangran fácilmente _____
Nódulos linfáticos agrandados _____

NEUROLOGICO

Dolor de cabeza _____
Temblor _____
Entumecimiento _____
Pérdida de memoria _____
Pérdida de fuerza _____
Convulsiones _____
Mareos _____

Marque (X) si tiene alguno de estos síntomas

Nosotros comprendemos que su informacion medica es personal. Como los protectors de la informacion contenida en su expediente medico, nosotros nos comprometemos a proteger su privacidad como es requerido por la ley y nuestras reglas y practicas internas.

Adjunto se encuentra una copia de Notificacion de Practicas de Privacidad. Esta notificacion le explica sus derechos, nuestras obligaciones legales, y nuestra practicas de privacidad. Tambien describe como su informacion medica puede ser revelada, y como Usted pued obtener acceso a esta informacion. Por favor leala con cuidado.

Para su conveniencia, el siguiente es un resumen de la informacion discutida en la Notificacion

- Nuestra promesa
- Su informacion personal
- Nuestra practicas de privacidad
- Como Podemos compartir su informacion:

Tratamiento
Pagos
Operaciones de atencion medica
Circunstancias legales
Notificaciones
Publicidad
Investigaciones

- Su permiso escrito
- Otras restricciones
- Sus derechos
- Cambios
- Preguntas o quejas

Por favor entienda que este resumen no es nuestra Notificacion de Practicas de Privacidad y tampoco es un sustituto de esa Notificacion. La Notificacion real deberia haber sido dada a Usted, como requerido por la ley junto con esta carta de presentacion. Si no fue dada, por favor comuniquese con nuestro personal al numero de telefono arriba de esta pagina para recibir su copia.

Le pedimos que firme y devuelva esta pagina para nuestros archivos. Su firma solo reconoze que le hemos dado una copia personal de la Notificacion como es requerido por la ley. Tambien la ley requiere que documentemos que hemos distribuido la Notificacion al colector retener todos los papeles firmados.

Si despues de revisar la Notificacion, Usted decide que no quiere retener su copia, por favor devuelva a nuestra recepcionista y la reciclaremos.

Yo, por la presente, acepto recibo de la Notificacion.

Firma _____

Nombre _____

Fecha _____

MARTIN J. BACKMAN, M.D., A.M.F., Q.M.F.
A MEDICAL CORPORATION

Yo entiendo que es mi responsabilidad llamar y obtener el estado de todos los estudios radiológicos, estudios de laboratorio, estudios neurológicos y consultas recomendadas por el Dr. Backman.

Yo entiendo que no puedo asumir que el resultado de cualquier estudio es normal, o que un pedido ha sido aprobado o denegado excepto si me ha sido comunicado por el Dr. Backman o un miembro del personal.

Yo también entiendo que si no he recibido la aprobación de un pedido, es mi responsabilidad obtener la información necesaria. Yo también entiendo que es mi responsabilidad seguir las recomendaciones dadas por el Dr. Backman con respecto a las visitas, estudios y procedimientos.

YO RECONOZCO QUE HE LEIDO Y ENTIENDO LA DECLARACION ESCRITA ARRIBA.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

REGULACIONES DE VISITAS Y RECETAS

La política de la oficina para cancelaciones de citas es de 24 horas. Si no se recibe un aviso de 24 horas para la cancelación, se le cobrará al paciente \$35. No se harán excepciones.

Los pagos y copagos deben realizarse en el momento de la visita.

Las recetas se rellenarán solo durante el horario comercial.

Los cargos mencionados anteriormente se facturarán directamente al paciente y no a la compañía de seguros.

La falta de presentarse en 2 ocasiones sin previo aviso dentro de un periodo de 12 meses resultará en el despido de la práctica.

PACIENTES de MEDICAL/CALOPTIMA: Tenga en cuenta que todos los formularios del DMV deben ser completados por el médico primario según la póliza de Medicaid.

PATIENT'S NAME

DATE OF BIRTH

PATIENT'S SIGNATURE

TODAY'S DATE

MARTIN J. BACKMAN, M.D., A.M.E., Q.M.E.
A MEDICAL CORPORATION

AUTORIZACION PARA DISCUTIR INFORMACION MEDICA

En order de proteger su información médica por favor escriba los nombres y la relación de personas que están autorizadas por Usted a llamar y pedir los resultados de estudios médicos o discutir su tratamiento.

Tenga en cuenta que SOLAMENTE las personas autorizadas por Usted van a poder llamarnos a discutir su caso . Las leyes solamente autorizan a poner los nombres por escrito. Autorizaciones no se pueden dar por teléfono.

Si no hay ninguna autorizada, NO información va a ser dada a ninguna persona excepto por Usted.

NAME	RELATIONSHIP
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Patient's Name

Patient's Signature

Date

MARTIN J. BACKMAN, M.D., A.M.E., Q.M.E.
A MEDICAL CORPORATION

AUTHORIZATION TO RELEASE RECORDS

DATE OR REQUEST: _____

TO: _____

I HEREBY REQUEST THAT YOU RELEASE TO:

MARTIN J. BACKMAN, M.D. A MEDICAL CORPORATION
DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF PSYCHIATRY & NEUROLOGY
11180 WARNER AVE. SUITE #259
FOUNTAIN VALLEY, CA 92708

More than 30 pages email to:

recordsmb110@gmail.com

or send via USPS mail

Less than 30 pages fax to:

714-460-6705

MEDICAL RECORDS WHILE UNDER YOUR CARE, AS WELL AS ANY
RESULTS OF TESTING AVAILABLE.

FROM: _____

TO: _____

PATIENT'S NAME _____

PATIENT'S SIGNATURE _____

SOCIAL SECURITY # _____

DATE OF BIRTH _____

(FOR HOSPITAL USE ONLY)

ADDRESS-CITY-STATE-ZIP CODE

SOCIAL SECURITY #

DATE OF BIRTH

PATIENT'S NAME

PATIENT'S SIGNATURE

FROM:

TO:

MEDICAL RECORDS WHILE UNDER YOUR CARE, AS WELL AS ANY RESULTS OF TESTING AVAILABLE.

MARTIN J. BACKMAN, M.D.
DIPLOMATE, AMERICAN BOARD
OF PSYCHIATRY & NEUROLOGY
1180 WARNER AVE. SUITE #259
FOUNTAIN VALLEY, CA 92708

I HEREBY REQUEST THAT YOU RELEASE TO:

TO:

DATE OR REQUEST:

AUTHORIZATION TO RELEASE RECORDS

MARTIN J. BACKMAN, M.D., A.M.E., Q.M.E.
A MEDICAL CORPORATION