

Ambika Bali, M.D., INC.  
Registro De Pacientes

---

**INFORMACION PERSONAL**

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre:** \_\_\_\_\_ **Mujer o Hombre**

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **SS#:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado Civil:    Soltero(a)    Casado(a)    Divorciado(a)    Viudo(a)    Separado(a)

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono De Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Numero De Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación Del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre Del Empleador: \_\_\_\_\_

Domicilio Del Empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre De Su Pareja: \_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Tele #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**ASEGURANZA**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Numero De Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Tele #: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Numero De Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Tele #: \_\_\_\_\_

**PERSONA ASEGURADA (Si no es el Paciente)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Tele #: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Firma Del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Ambika Bali, M.D., INC.  
Historia Médica

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_

**Motivo de su visita:** \_\_\_\_\_

Su médico le ha hecho alguna prueba para esta condición? \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultima colonoscopia? \_\_\_\_\_

**Tiene Alguna De Las Siguietes Condiciones?: (circule lo que aplica a usted)**

- |                                   |                           |                           |                         |                          |                 |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|
| 1. <u>Enfermedades Cardiacas:</u> | Angina                    | Presión Alta              | Arritmia                | Enfermedad de la válvula | Soplos          |
| 2. <u>Enfermedad Pulmonar:</u>    | Asma                      | Enfisema                  | Bronquitis              | Apnea de Sueño           |                 |
| 3. <u>Gastroenterología:</u>      | Ardor de Estomago         | Vomito                    | Estreñimiento           | Sangrado Rectal          | Diarrea         |
|                                   | Dolor Abdominal           | Hepatitis                 | Cálculos Biliares       | Ulceras Estomacales      | Anemia          |
|                                   | Cirrosis Del Hígado       | Dificultad al Comer       | Toz                     | Hemorragia Digestiva     | Pérdida de Peso |
|                                   | Dolor de Garganta         | Dolor Epigástrico         | Nausea                  |                          |                 |
| 4. <u>Neurológico:</u>            | Accidente Cerebrovascular | Multiplicar La Esclerosis | Enfermedad De Parkinson | Convulsiones             |                 |
| 5. <u>Musculo esquelético:</u>    | Artritis                  | Osteoporosis              | Fibromialgia            |                          |                 |
| 6. <u>Endocrino:</u>              | Diabetes                  | Tiroides                  | Colesterol Alto         | Depresión                |                 |
| 7. <u>General:</u>                | Sida                      | Cáncer (Que Tipo?)        | _____                   |                          |                 |

Liste operaciones que ha tenido en el pasado: \_\_\_\_\_

Por favor liste todos sus medicamentos: \_\_\_\_\_

Liste los medicamentos a los que sea alérgico: \_\_\_\_\_

**Circule Lo Que Aplica A Usted:**

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Fuma? Si No Deje de Fumar Cigarrillos por día? \_\_\_\_\_

Alcohol: No Toma Rara Vez Moderadamente Diario En Ocasión Especial Deje De tomar

Drogas Recreativas: No Uso Moderadamente Diario Deje de Usarlas

Que Enfermedades corren en su familia? \_\_\_\_\_

**Firma Del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Ambika Bali, M.D., INC.

EMR

Información requerida para los registros médicos Electrónicos

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**Como quieres que nos pongamos en contacto contigo? (Circule a uno abajo)**

Carta de Correo – Teléfono Celular – Teléfono de Casa – Correo Electrónico – Fax

Nombre del pariente más cercano que no vive con usted: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del pariente: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Étnico: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

**Información sobre su farmacia**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de farmacia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de farmacia: \_\_\_\_\_

**Póliza de Citas**

Por favor llame a nuestra oficina 48 horas por adelantado si necesita cancelar o reprograma su cita. Si usted no llama 48 horas por adelantado se le cobrara \$ 50.00 (No facturable a su aseguranza)

**Resultados:**

Tenga en cuenta que es nuestra póliza de oficina para ponerse en contacto con los pacientes solo si los resultados de las pruebas ordenadas por La Dr. Bali son anormales.

**Asignación de Beneficios:**

Su póliza de seguro es en contrato entre usted y la compañía de Seguros. Como una cortesía, nosotros llenamos y presentamos su reclamo a la compañía de Seguros, con una asignación de beneficios. Usted está acordando que su compañía de Seguros pague al Doctor directamente. Si su compañía de Seguros no ha pagado a esta práctica dentro de los siguientes 60 días, el Paciente será responsable del pago de servicios. Favor de contactar al Representante de cuentas del Paciente en nuestras oficinas si tiene usted alguna pregunta.

Como nuestro Paciente, usted es responsable de proveer todas las autorizaciones/referimientos necesarios para que se le de tratamiento en esta clínica. Debe informar a esta oficina de todos los cambios de su información personal (Domicilio, Números telefónicos, etc.) y/o cambios en su Seguro y autorización de los requerimientos de referencia médica. En el evento de que la oficina no sea notifica, usted será responsable por cualquier cargo negado.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_