

ALLERGY AND ASHTMA CENTER OF SOUTHWEST ARLINGTON PG#2
REVIEW OF SYSTEMS

NAME: _____ **D.O.B.** _____ **TMN:** _____ **DATE:** _____

SKIN:

- Rashes
- Itching
- Swelling

HEAD:

- Headaches
- Head injury

EYES:

- Change in vision
- Redness
- Itching
- Watering
- Glaucoma/Cataracts
- Swollen eyelids

EARS:

- Change in hearing
- Ear pain, pressure
- Ear discharge
- Blocked
- Popping
- Frequent Infection
- Itching

NOSE/SINUSES:

- Nasal bleeding
- Nasal congestion
- Snoring
- Runny Nose
- Sneezing
- Loss of smell

MOUTH/ TRHOAT:

- Sore throat
- Hoarseness
- Postnasal drainage

RESPIRATORY/CARDIAC:

- Shortness of breath
- Cough
- Production of phlegm, color
- Wheezing
- Coughing up blood
- Chest pain
- High blood pressure
- Skipping heart beat
- Heart murmur
- Bronchitis/ emphysema

GASTROINTESTINAL:

- Problems Swallowing
- Nausea
- Heartburn
- Vomiting
- Constipation
- Diarrhea
- Abdominal pain
- Bloating

MUSCOLOSKELETAL:

- Pain
- Swelling
- Stiffness
- Arthritis
- Gout

NEUROLOGIC:

- Headaches
- Seizures
- Loss of consciousness/fainting
- Paralysis
- Weakness
- Numbness
- Feeling of pins and needles/tingles

ENDOCRINE:

- Abnormal growth
- Increased appetite
- Increased thirst
- Thyroid trouble
- Heat/Cold intolerance
- Excessive sweating
- Diabetes

PSYCHIATRIC:

- Tension/Anxiety
- Depression
- Suicide ideation
- Sleep Problems
- ADD, ADHD
- Autism

HEMATOLOGIC:

- Anemia
- Easy bruising
- Easy bleeding
- Past transfusions

GENERAL:

- Fatigue
- Fever
- Dizziness

Physician signature: _____
Moonhee Lee, M.D.

ALLERGY AND ASTHMA CENTER OF SOUTHWEST ARLINGTON

Check symptoms that apply

Marque los síntomas que apliquen

Nose Nariz

- Runny *Secreción* Blocked *Tapada*
 Stuffy *Congestion* Sneezing *Estornudos*
 Itchy *Comezón* Loss of smell *Perdida de olfato*

Eyes Ojos

- Watery *Llorosos* Itchy *Comezón*
 Red *Rojos hinchados* Puffy lids *Parpados*
 Dark circles *Ojeras*

Ears Oídos

- Popping *Tronido* Blocked *Tapados*
 Itchy *Comezón* Hearing loss *Perdida de audición*
 Frequent infection *Infecciones frecuentes*

Throat Garganta

- Sore *Dolor* Itchy *Comezón*
 Drainage *Drenaje*

Chest Pecho

- Wheeze *Pillido* Cough *Tos*
 Phlegm *Flema* Shortness of breath *Falta de aire*
 Tightness *Opresión* Pain *Dolor*

Others Otros

- Nausea *Nausea* Skin rash *Erupción cutánea*
 Fatigue *Fatiga* Headache *Dolor de cabeza*
 Abdominal pain *Dolor abdominal*

Worst Season Peor Temporada

- Spring *Primavera* Summer *Verano*
 Fall *Otoño* Winter *Invierno*
 All year *Todo el año*

Current Medications Medicinas actuales

Drug Allergies Alergia a Medicamento

Pets at your home Mascotas en su casa

- Cat *Gato* Horse *Caballo*
 Other *Otro* _____ Dog *Perro*

Any allergy or asthma in your family?

¿Algún familiar tiene alergias o asma?

- Father *Padre* Mother *Madre*
 Children *Niños* Sibling *Hermanos*

Are immunizations current?

¿Está al corriente con sus inmunizaciones?

- Yes *Si* No

ALLERGY AND ASTHMA CENTER OF SOUTHWEST ARLINGTON

MOONHEE LEE, M.D.

DIPLOMATE

- AMERICAN BOARD OF ALLERGY AND IMMUNOLOGY
- AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE

POR FAVOR LEA ESTO ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR

Se ha hecho todo esfuerzo para obtener la información más exacta y detallada sobre los beneficios de la aseguranza de cada paciente que viene a nuestra oficina. Desafortunadamente, las compañías aseguradoras no garantizan que la información sobre la cobertura y beneficios que nos dan son exactas y nos declaran esto al principio de cada llamada que les hacemos. Aunque es raro, ocasionalmente cometen errores. No podemos ser responsables por esto, usted será responsable del saldo que la compañía de aseguranza diga que usted debe. Además, usted es responsable de avisarnos si ha cambiado de aseguranza antes de que sea visto o tratado, porque puede requerir una referencia, un pago de deducible, esperar un período con ciertos diagnósticos o tener un límite de tiempo para presentar la factura a su nueva póliza de aseguranza. Se considera fraude no notificar a su doctor de todos los seguros que tiene. Incluso, usted puede ser facturado por todos los servicios que Dr.Lee le ha presentado en este año y años anteriores. Si ha ocurrido accidentalmente no hablar con nosotros sobre todos sus seguros, ahora es el tiempo para hacerlo. Usted se hace responsable por el pago si no nos informa de su nueva póliza de aseguranza antes de recibir el servicio. Para evitar cualquier malentendido con respecto al saldo de su cuenta en el futuro, requerimos que firme este consentimiento antes de prestarle servicios si desea que presentemos la factura a su aseguranza. Gracias por su cooperación.

Yo soy consciente que los beneficios de aseguranza obtenidos en mi favor o de un miembro de mi familia son un estimado de pagos y no están garantizados por la compañía de aseguranza. Yo consiento en pagar la cantidad declarada en la explicación de pagos de la compañía de aseguranza después de que sea procesada por ellos, en caso de que no haya sido recopilado en su totalidad en el momento de mi visita. Atento que no tengo ningún otro seguro que no le he dado a la oficina. Acepto la responsabilidad financiera en el caso de que los seguros sean fuentes y los pagos anteriores sean recuperados por mi aseguranza.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o Tutor

MOONHEE LEE, M.D.

DIPLOMATE

• AMERICAN BOARD OF ALLERGY AND IMMUNOLOGY

• AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE

Consentimiento para el Tratamiento de un Menor de Edad

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Este formulario autoriza que alguien mayor de los 18 años, que no sea padre o guardián legal, acompañe a mi hijo(a) a sus consultorios con el doctor, a sus vacunas sin cita y/o el tratamiento de inmunoterapia de RUSH.

Favor de poner su inicial **en cada uno** después de haber leído las condiciones:

____ Entiendo que tiene que estar un padre, un guardián legal o alguien mayor de los 18 presente con mi hijo(a) en todo momento dentro de la clínica.

____ Entiendo que mi hijo(a) no será atendido ni tratado si se encuentra sin supervisión.

____ Entiendo que solo yo soy responsable de mi hijo(a) y de las consecuencias que le pueden pasar si esta sin supervisión.

____ Entiendo que este formulario permanecerá en efecto hasta que yo lo revoque con haber llenado una forma nueva. Se puede conseguir una copia en la recepción.

Reconozco que para que el Dr. Lee y su personal pueda atender y/o tratar a mi hijo(a), necesita ser acompañado por un adulto en todo momento. Todas las preguntas que son relacionadas con el tratamiento de un menor de edad han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo que tengo el derecho de revocar mi consentimiento por cualquier razón y en cualquier momento con solo llenar una forma nueva. Con mi firma atesto que he leído y entendido los términos de este formulario.

Por favor de poner sus iniciales solamente en uno:

____ Autorizo que alguien mayor de los 18 traiga a mi hijo(a) a sus citas.

____ **No autorizo** que alguien mas traiga mi hijo(a) a sus citas y entiendo que cuando menos un padre o guardián legal estará presente en todo momento.

Nombre del Padre o Guardián Legal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE MEDICAID

Certifico que _____ solo tiene cobertura a través de Texas
NOMBRE DEL PACIENTE

Medicaid. _____ No tiene cobertura a través de ningún tipo de
NOMBRE DEL PACIENTE
seguro privado.

La cobertura Actual bajo Texas Medicaid incluye:

- Aetna Medicaid
- Amerigroup
- Cigna Health Spring
- Cook Children's STAR/CHIP
- Traditional Medicaid
- Molina
- Superior

Entiendo que es mi obligación de informar a Moonhee Lee, MD y Medicaid si tengo cobertura con un seguro privado. Si Medicaid rechaza cualquier reclamación médica de esta oficina debido a tener otro seguro médico, entiendo que es mi responsabilidad corregir el error. Cualquier asunto de reclamo no resuelto se convertirá en mi obligación.

_____ He leído y entendido completamente el texto anterior.
INICIALES

Nombre de Paciente: _____

Firma o Tutor Legal _____

Fecha: _____

Moonhee Lee, M.D.

Diplomate American Board of Allergy and Immunology
Diplomate American Board of Internal Medicine

TMN: _____

Fecha: _____

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: _____ MI _____ Apellido: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Apt # _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod. Postal _____

Doctor Primario: _____ Ocupación: _____

Nombre de Farmacia: _____ Numero de Farmacia: _____

Dirección: _____

FUENTE DE REFERENCIA

Amigo/Amigo de familia Compania de aseguranza Navegador Otro medico/ doctor primario _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

1. Nombre: _____ Relación con paciente: _____

Numero de teléfono: _____

2. Nombre: _____ Relación con paciente: _____

Numero de teléfono: _____

Consentimiento al Uso y Divulgación de su Información de Salud Para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica

Yo entiendo como parte de mi atención médica, ésta organización origina y mantiene un expediente describiendo mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, y cualquier plan para atención o tratamiento en el futuro. Yo entiendo que esta información sirve como:

- la base para planificar mi atención y tratamiento de salud
- medicos de comunicación entre los profesionales de salud a los cuales contribuyen a mi atención médica
- una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta
- medios por los cuales un tercer pagador pueda verificar que los servicios facturados fueron en realidad brindado
- un instrumento para la rutina de operaciones de atención médica como para evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de atención médica

Yo entiendo y he sido proporcionado con una Notificación de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción de información con más detalle sobre los usos y divulgaciones. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar la notificación antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que esta organización reserva el derecho de cambiar su notificación y prácticas pero antes de implementar lo me enviaran una copia de la nueva notificación al domicilio que he proporcionado . Yo entiendo que tengo el derecho de oponer el uso de mi información para propositos directorios. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en la manera que se utilice o se de a conocer mi información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica y que la organización no es obligado a aceptar a las restricciones solicitadas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, pero no afectara ninguna accion que la organización haya tomado en dependencia a mi consentimiento antes de que hayan recibido mi revocación.

Yo solicito las siguientes restricciones sobre el uso o divulgación de mi información de salud:

Por favor de iniciar uno:

Acepto _____

O

Deniego _____

Firma

Fecha