

Coastal Cardiology, PA Registro de pacientes

Cardiólogo: _____

Médico de cabecera: _____

Información del paciente Farmacia preferida (N.º de teléfono o dirección): _____

N.º de cuenta	N.º del Seguro Social (SS)	Sexo:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:		Estado civil:
Dirección:		Teléfono de la casa: <small>Marque la casilla del número de teléfono principal</small> <input type="checkbox"/>		
Ciudad, estado y código postal:		Teléfono del trabajo: <input type="checkbox"/>		
Email:		Teléfono móvil: <input type="checkbox"/>		
Raza/Etnia: Negra	Hispana	Blanca	Otra:	Idioma principal:
Empleador:				

Parte responsable Yo (la información es la misma que la de arriba)

Relación con el paciente:		Fecha de nacimiento:
Nombre:	Inicial:	Apellido:
Dirección:		Teléfono de la casa:
Ciudad, estado y código postal:		Teléfono del trabajo:
N.º de Seguro Social:		Teléfono móvil:

Información del seguro

Seguro principal		Asegurado principal:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Identificación de la póliza:	Grupo:
Ciudad, estado y código postal:			
N.º de teléfono del plan:		Relación del paciente con el asegurado principal:	
Seguro secundario		Asegurado principal:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Identificación de la póliza:	Grupo:
Ciudad, estado y código postal:			
N.º de teléfono del plan:		Relación del paciente con el asegurado principal:	

Padre/cónyuge/tutor legal:		Contacto de emergencia:	
Dirección (si es diferente):		Dirección (si es diferente):	
Relación con el paciente:		Relación con el paciente:	
Teléfono de la casa:	Otro teléfono:	Teléfono de la casa:	Otro teléfono:

Autorizaciones médicas y revelación de información

Por la presente autorizo a Coastal Cardiology, PA a dar a la compañía de seguros del asegurado toda la información que dicho seguro pueda solicitar sobre mi enfermedad o lesión actual. Por la presente asigno a los médicos todo el dinero que me corresponde por los gastos médicos o quirúrgicos de los servicios prestados. Entiendo que soy económicamente responsable ante dichos médicos por todos los cargos. Por la presente autorizo a Coastal Cardiology, PA a prestar dichos servicios médicos, incluyendo la cirugía. De ser necesarios, estos servicios pueden ser regulares o de emergencia, dependiendo de lo que se considere más conveniente para el paciente mencionado arriba. Esta autorización seguirá siendo plenamente vigente hasta que yo la revoque por escrito.

→ _____
Firma

Fecha

N.º de cuenta: _____ Proveedor del consultorio: _____

Pago de servicios, beneficios del seguro, autorización para revelar/obtener información

Por la presente, autorizo a Coastal Cardiology, PA a obtener cualquier expediente médico sobre mi atención de cualquier médico, hospital u otro profesional médico que me haya atendido en el pasado, incluyendo una base de datos centralizada de farmacias _____.

También autorizo al consultorio a revelar cualquier expediente médico sobre mi atención a cualquier médico, hospital u otro profesional médico que me atienda. Además, autorizo al consultorio a revelar cualquier expediente médico sobre mi atención a mi compañía de seguros médicos (p. ej., Medicare, Medicaid y la compañía de seguros, un administrador externo o una compañía de atención administrada), excepto según lo dispuesto específicamente abajo _____.

Soy consciente de que los expedientes pueden tener información sobre pruebas psiquiátricas o psicológicas, abuso físico o abuso de alcohol y/o resultados de pruebas de VIH, si corresponde. _____.

Entiendo que soy responsable de pagar todos los servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes, cualquiera sea la decisión de reembolso que haya tomado mi compañía de seguros. Si no soy elegible o los servicios prestados no son beneficios cubiertos según los términos del Acuerdo de suscripción médica y hospitalaria de mi empleador, soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados. Todas las citas se confirman mediante un sistema automatizado y lo animamos a escuchar el mensaje completo. Se requiere un aviso de cancelación con 24 horas de antelación. Si no se avisa con la debida antelación, se le cobrará una tarifa de \$50 por no presentarse (No Show), que deberá pagar antes de reprogramar una cita. _____.

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Autorización para revelar información médica a determinadas personas/a familiares

Según las normas de privacidad del gobierno federal implementadas mediante la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), para que su médico o el personal del consultorio hable sobre su condición con sus familiares u otras personas (**alguien que no sea usted ni sus médicos**) que usted designe, debemos obtener su autorización antes de hacerlo. En caso de un episodio crítico o si no puede firmar su autorización por la gravedad de su condición médica, la ley estipula que se puede prescindir de estas normas.

Autorizo al consultorio a revelar verbalmente o en fotocopias cualquier parte o toda la información médica y de facturación sobre mi atención médica, a los **familiares o personas que figuran abajo**. Entiendo que esta información solo se puede revelar a la persona después de que se haya presentado la identificación adecuada en la administración. Se le puede solicitar a la persona autorizada que obtenga esta información presentándose personalmente en la administración.

- No autorizo al consultorio a revelar información impresa ni verbal sobre mi atención médica a ninguna persona.
- Autorizo** al consultorio a revelar verbalmente o en fotocopias toda la información sobre mi atención médica (citas, recetas, etc.) a las siguientes personas.
- Autorizo al consultorio a ver mis antecedentes de recetas de fuentes externas** (otros médicos, farmacias, etc.).

Nombre en letra de molde	Relación	Fecha de nacimiento	N.º de contacto
_____	_____	_____	_____
Nombre en letra de molde	Relación	Fecha de nacimiento	N.º de contacto

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

La dirección es obligatoria (si dio un P.O. Box en la parte de adelante):

Dirección del paciente: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Antecedentes sociales

¿Fuma? (Marque con un círculo) Sí No Solía hacerlo En caso afirmativo, ¿cuánto fumaba? _____
¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Bebe alcohol? (Marque con un círculo) No Raras veces Socialmente Dejó de hacerlo
Con frecuencia _____ tragos al día

¿A qué tipo de trabajo se dedica? _____

Estado civil: (Marque con un círculo) Casado Soltero Viudo Divorciado En una relación

Hijos: Ninguno _____ Hijo(s) _____ Hija(s) Edades: _____

Ejercicio: (Marque con un círculo) Nada Habitualmente Ocasionalmente 3 veces por semana o más

Tipo de ejercicio: _____

¿Consume drogas ilegales? (Marque con un círculo) Sí No

Antecedentes familiares

Marque SOLO las opciones correspondientes.

_____ No hay antecedentes familiares de enfermedades cardíacas ni vasculares.

Padre: Vive Falleció Edad del fallecimiento: _____

Condiciones conocidas: Colesterol alto Presión alta Enfermedad de la arteria coronaria

Cirugía de bypass de la arteria coronaria Ataque cardíaco Derrame cerebral Otra: _____

Madre: Vive Falleció Edad del fallecimiento: _____

Condiciones conocidas: Colesterol alto Presión alta Enfermedad de la arteria coronaria

Cirugía de bypass de la arteria coronaria Ataque cardíaco Derrame cerebral Otra: _____

Hermano: Vive Falleció Edad del fallecimiento: _____

Condiciones conocidas: Colesterol alto Presión alta Enfermedad de la arteria coronaria

Cirugía de bypass de la arteria coronaria Ataque cardíaco Derrame cerebral Otra: _____

Hermana: Vive Falleció Edad del fallecimiento: _____

Condiciones conocidas: Colesterol alto Presión alta Enfermedad de la arteria coronaria

Cirugía de bypass de la arteria coronaria Ataque cardíaco Derrame cerebral Otra: _____

Varios

¿Alguna vez visitó a un cardiólogo? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Lo operaron alguna vez del corazón? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿Quién? _____

¿Le hicieron alguna vez un cateterismo cardíaco? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Le dijeron alguna vez que tiene un soplo en el corazón? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Medicamentos actuales

Nombre

Concentración

Veces por día

Nombre	Concentración	Veces por día

Liste todas las alergias conocidas a medicamentos: