

REGISTRO DEL PACIENTE

Si el paciente es un niño, llene la información en lo que respecta al Niño

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____
(Como en la tarjeta de seguro)

Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____ Seguro Social: _____

Dirección(Calle/Ciudad/codico postal): _____

Inicio Tel. # (____) _____ - _____ Tel negocios. # (____) _____ - _____ Tu celular #(____) _____ - _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

Doctor: _____ Was primarias Esta es su médico de referencia? NO SI
(Tal y como aparece en su tarjeta de seguro) Localización (ciudad) _____

Se entero aquí por otro médico? NO SI Si es así, ¿cuál _____

La información necesaria para el cumplimiento gubernamental:

Carrera: White
Africano American
Asian
Otro _____

Preferred Idioma: English
Spanish
Refuse de respond

Ethnicity: Hispano o Latino
Not Hispano o Latino
Refuse de respond

¿Cómo se entero de nuestra práctica? Radio / TV Internet Facebook / Twitter Correo electrónico
(Por favor marque uno) Sitio Web Referencia Médica Family/Friend Other

Padre / tutor responsable Padre /tutor: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Teléfono padre / tutor: (____) _____ - _____

Dirección(Calle/Ciudad/Zip): _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de casa#: (____) _____ - _____ Teléfono móvil#: (____) _____ - _____

Al marcar, usted autoriza a Advanced Specialty Care para analizar su información médica con el contacto de emergencia mencionado anteriormente.

*Nuestro plan de seguro requiere una referencia de autorización de seguro a esta oficina, debe tener esta referencia en el momento de su visita, o se esperará el pago completo. Es su responsabilidad asegurarse de que su remisión de autorización esté actualizada y archivada en esta oficina antes de consultar al médico en todas las visitas, incluidos los seguimientos. NO hay excepciones a la política de referencia de la oficina.

*POLÍTICA DE HSA: si tiene un plan de seguro de cuenta de ahorros para la salud y no se ha alcanzado su deducible, solicitamos el pago en el momento del servicio, se puede establecer un plan de pago con nuestro departamento de facturación. Su visita a la oficina puede oscilar entre \$ 150 y \$ 260, para pruebas adicionales que van desde \$ 200 hasta \$ 800.

¿LA VISITA DE HOY ESTÁ RELACIONADA CON UNA LESIÓN, ACCIDENTE O PAGADOR DE LA TERCERA PARTE? NO YES
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO

La información debe completarse por completo, incluso si copiamos su tarjeta de seguro

Plan de nombre de la compañía de seguros: _____

ID#: _____ Group name or Number: _____

Policy Holder's Name: _____ Relation to patient: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____ Social Security # _____

Información secundaria de la compañía de seguros

Plan de nombre de la compañía de seguros: _____

ID#: _____ Group name or Number: _____

Policy Holder's Name: _____ Relation to patient: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____ Social Security # _____

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT AND ACCEPTANCE OF:

Notice of Privacy Practices Informed Consent

Practice Financial Policies

ADVANCED SPECIALTY CARE

107 Newtown Road, Danbury, CT 06810
131 Kent Road New Milford, CT 06776
488 Main Ave, Norwalk, CT 06851

901 Ethan Allen Highway, Ridgefield, CT 06877
22 Old Waterbury Road, Southbury, CT 06488

Official Primario: Jennifer Retter (203) 830-4700 ext 8265

Por la presente reconozco que tuve la oportunidad de revisar el aviso de **Prácticas De Privacidad de esta Práctica médica. (HIPAA)**, y que tengo derecho de preguntar por una copia en papel por la forma de Practicas par allevarmela conmigo. Además, reconozco que se publicará una copia del aviso actual en la area de recepción, y que puedo solicitar una copia de un aviso modificado de Prácticas De Privacidad en cada cita.

Yo autorizo a esta(s) personas que estan listadas para discutir mi historial medico.

Nombre y Telefono

Relacion

Nombre y Telefono

Relacion

Debido a las leyes de hipaa, no podemos dejar información médica en su correo de voz o enviarlo por correo electrónico o dejarlo con un miembro de su familia. no podemos analizar su atención médica con nadie a menos que que ud lo autorize, es por eso que le pedimos que lo autorice a traves de este formulario.

Yo autorizo a los medicos de ASC de dejar informacion medica perteneciente a mi cuidado medico, incluidos los resultados de las pruebas por los siguientes métodos,asumire la responsabilidad de notificar a la oficina cada vez que cambie esta información. Por favor marque debajo de todo lo que aplique.

Telefono de Casa/ Maquina contestadora

Si No

Celular

Si No

Por la presente autorizo Advanced Specialty Care para corresponder conmigo o con las personas autorizadas por mediante mail mi historial medico a menos que requiera

Por favor tenga en cuenta que los empleados de ASC pueden discutir problemas de pago con los miembros de mi familia o cualquier otro miembro que este representado. incluyendo el suscriptor de mi plan de seguro, a menos que solicite protecciones de privacidad especiales. Mi firma en este formulario autoriza dicha discusion financiera.

Bajo ciertas circunstancias, esta oficina puede necesitar solicitar informes de laboratorio,radiologia u otros diagnosticos o istorial medico, de instalaciones medicas externas para porporcionar tramiento. A veces estas instalaciones pueden requerir una autorización para liberar dichos registros. My firma autoriza el traslado de estos registros.

Entiendo que ningún procedimiento proporcionado por esta instalación es completamente sin riesgo,Autorizo la atención y el tratamiento que se me proporcionan según las indicaciones generales o especificas de mi medico o asistente medico.

Entiendo que se me sera cobrado \$25-\$50 **NO SHOW** fee por no presentarme ami cita programada. Para evitar la tarifa de no presentación, una cita debe cancelarse 24 horas antes.

Si esta ofina no tiene un contrato con mi comparania de seguro, el pago devera ser echo el dia de la cita a menos que tenga un plan de pago echo con la gerente de la practica. Para pacientes con cobertura

Para los pacientes con cobertura con los que participamos, presentaremos sus reclamos al seguro principal por todos los servivios y procedimientos que brindamos.

Es su responsabilidad obtener todas las referencias y autorizaciones que se requieran por su plan de covertura y estar al tanto de su covertura y beneficios. Todos los cargos seran su responsabilidad desde la fecha que se le daran los servicios.

Entiendo eso independientemente de mi estado de seguro medico. Soy totalmente responsable por el balance de mi cuenta por cualquier servicio profecional prestado, si un pago no se recibe de manera apropiada, mi cuenta sera entregada auna agencia de cobros. Yo acepto notificar ala oficina de Advanced Specialty Care por todos los cambios que aigan en mi seguro medico par que puedan hacer el reclamo.

Firma (guardian si es menor)

Relacion para el paciente

Nombre

Fecha

Nombre de paciente

Fecha de Nacimiento

Intake

Patient's Name: (Nombre del paciente) _____

Patient's Date of Birth: (Fecha de nacimiento del paciente) _____

Today's Date: (Fecha actual) _____

Patient's Height and Weight: (Estatura de paciente e peso) _____

Please list all medications you are currently taking and dosage (Include prescriptions, non-prescriptions, herbal supplements, etc.) (Liste todos los medicamentos que este tomando actualmente incluyendo la dosis.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Allergies to medication: Drug name/Reaction (Las alergias a los medicamentos nombre de reaccion de la droga)

Latex Allergy (alergia al latex) Yes No

Review of symptoms: (Revision de sistemas)

Please circle Yes or No Por favor circulo si o no

| | |
|--|-----|
| Blood in urine (Sangre en los orinar) | Y/N |
| Leg swelling (Inflamacion de pierna) | Y/N |
| Easy bleeding (Sangre facil) | Y/N |
| Headache (Dolor de cabeza) | Y/N |
| Depression (Depresion) | Y/N |
| Shortness of Breath (Dificultad para respirar) | Y/N |
| Fever (Fiebres) | Y/N |
| Joint swelling (Inflamacion de articulaciones) | Y/N |
| Heartburn (Acidez) | Y/N |
| Rash (Ereupcion) | Y/N |
| Visual Change (Cambio visual) | Y/N |

Medical History: (Historial medico) Please circle Yes or No

| | |
|--|-----|
| High Blood Pressure/Presion alta | Y/N |
| Cancer: Type _____ | Y/N |
| Anemia | Y/N |
| Anesthesia Reaction/Reaccion de anestecia | Y/N |
| Asthma/Asma | Y/N |
| Diabetes | Y/N |
| Pregnant or May Be/Emarasado o prodria estar | Y/N |
| Deep Vein Thrombosis/Thromobosis venosa profunda | Y/N |
| Thyroid Disease/Enfermedad de la tiroides | Y/N |
| Seizure Disorder/Trastorno convulsive | Y/N |
| Renal Disease/Enfermedad renal | Y/N |
| MRSA/SARM | Y/N |
| List any other medical history/Algun otro historial medico | |

1. _____

Pharmacy Information (Informacion de la farmacia)

Name/Number: _____

Location/Ubicacion: _____

Referring MD/Medico que lo referio: _____

Primary Care MD/Medico primario: _____

Surgical History

| | |
|------------------------------------|-----|
| Appendectomy/Apendectomia | Y/N |
| Gallbladder/Vesicular billar | Y/N |
| Hernia Repair/Reparasion de hernia | Y/N |
| Hand Surgery/Cirugia de mano | Y/N |
| Other/Otro _____ | |

Family History: (Antecedentes familiares per padre, madre, hermana, hermano, hijo, hija)

Please circle Yes or No /Por favor circulo si o no

Diabetes Y/N

Father __ Mother __ Sister __ Brother __ Son __ Daughter __

Blood disorder/Desorden sanguineo Y/N

Father __ Mother __ Sister __ Brother __ Son __ Daughter __

Anesthesia Reaction/ Reaccion de anestesia Y/N

Father __ Mother __ Sister __ Brother __ Son __ Daughter __

Thyroid Disease /Desorden de la tiroides Y/N

Father __ Mother __ Sister __ Brother __ Son __ Daughter __

Coronary Artery Disease/Enfermeda de las arteria coronaria Y/N

Father __ Mother __ Sister __ Brother __ Son __ Daughter __

Cancer Type: _____ Y/N

Father __ Mother __ Sister __ Brother __ Son __ Daughter __

List any other pertinent family history:

1. _____

Social History: (Historia social)

(Smoking status for patients 13 yrs. an older/ Fumar estado para pacientes de 13 anos y mayores)

Occupation: _____

- Current every day smoker (Ha utilizado alguna vez el tabaco)
- Current occasional smoker (Actual fumador de cada dia?)
- Smoker, current status unknown (Actual algun fumador de diano?)
- Never smoker (Nunca fumador?)
- Former smoker (Ex fumador?)
- Unknown if ever smoked (Sabe si alguna vez has fumado?)

Do you chew tobacco/Usted mastica tabaco

Do you drink alcohol/Consume bebidas alcoholicas

If yes: Daily/Weekly/Monthly/Yearly

Encaso que si: Diario/semana/mensual/anual

Do you consume caffeine (Consumes cafeina) Y/N

FOR COSMETIC PATIENTS ONLY: Please circle Yes or No

Have you ever had cosmetic surgery? Y/N

If yes, what type _____

Have you ever had breast surgery? Y/N

Have you ever had reconstructive surgery? Y/N

Have you ever had fillers or botox? Y/N