

ARLINGTON WOMEN'S CENTER, PLLC

(For office use only)

PRIMARY INSURANCE: _____
SECONDARY INSURANCE: _____

LABCORP (we bill) _____
LABCORP (lab bills) _____
QUEST (lab bills) _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ INICIAL _____

OTRO NOMBRE/APELLIDO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERA CASADA SEPARADA DIVORCIADA VIUDA OTRA

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____

TÉLEFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____ CELULAR: _____

INFORMACIÓN DE HIPPA

Prefiero que me llamen a mí: Casa Trabajo Celular

Autorizo a esta Práctica que deje mensajes en relación con mis citas médicas, condiciones y resultados con :

MIEMBROS DE HOGAR DE FAMILIA	SI	NO	CELULAR	SI	NO
CONTESTADOR AUTOMÁTICO DE CASA	SI	NO	CONTESTADOR AUTOMÁTICO DE TRABAJO	SI	NO

NOMBRE DEL ASEGURADO (Si la póliza no es a través de su trabajo)

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ INICIAL _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ RELACIÓN: ____ ESPOSO ____ PADRE/MADRE ____ OTRO

INFORMACIÓN DE ESPOSO

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ INICIAL _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

EN CASO DE EMERGENCIA

CONTACTAR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____ RELACIÓN _____

ORIGEN ÉTNICO

____ HISPANA O LATINA

____ NO ES DE ORIGEN HISPANA O LATINA

POR FAVOR SELECCIONE UNA O MÁS CATEGORÍAS RACIALES CON LA QUE MÁS SE IDENTIFICA:

____ INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA

____ NATIVA DE HAWAII O LAS ISLAS DEL PACÍFICO

____ ASIÁTICA

____ BLANCA O CAUCÁSICA

____ NEGRA O AFRICANA AMERICANA

____ OTRA

PREFERENCIA DE IDIOMA

CUAL ES SU PREFERENCIA DE IDIOMA?

____ INGLÉS

____ ESPAÑOL

____ OTRO POR FAVOR ESPECIFIQUE _____

____ ME NIEGO PROPORCIONAR ESTA INFORMACIÓN

Patient Medical Record Number: _____

AWCPATIENTINFORMATIONFORMS/2011

QUESTIONARIO PARA PACIENTES

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____ **Fecha de hoy:** ____/____/____

Nombre del Medico Primario : _____ Quien la refirió: _____

Motivo de visita: _____ **ALERGIAS DE MEDICAMENTO:** _____

Numero de embarazos: _____ Cuantos niños tiene: _____

Ha tenido usted o algún familiar (madre, padre, hermanos(as), abuelos) las siguientes enfermedades:

	USTED	FAMILIARES	Que cirugias ha tenido?	
			<u>Cirugia</u>	<u>Fecha de Cirugia</u>
Alzheimers				
- Asma				
Defectos de Nacimiento				
Desordenes de Sangre				
Coagulos en la Sangre				
Cancer del Seno				
Otro Tipo de Cancer				
Diabetes				
Epilepsia				
Enfermedades del Corazon				
Alta Presion				
Enfermedades de Riñones				
Derrame Cerebral				
Gemelos				

Por favor marque/circule si ha tenido alguno de los siguientes problemas:

Anemia	Hepatitis (A/B/C)	Prolapso de válvula mitral	Ulceras	Lupus
Alto Colesterol	Abuso de sustancia	Migrañas	Transfusión de sangre	Depresión
Estreñimiento	Piedras en los riñones	Enfermedad de tiroides		Fibromyalgia
Enfermedad de Vesícula	Enfermedad Pulmonar	Infección en la orina o riñones		

Infecciones Transmitidas Sexualmente:

Chlamydia -Herpes -Verrugas Genitales -Virus del Papiloma Humano -Gonorrea -Sífilis -Otro: _____

A que edad tuvo su primera menstruación? _____

Su menstruación es regular? Si _____ No _____ Cuantos dias dura su ciclo? _____

Son abundantes? Si _____ No _____ Tiene dolores severos (cólicos)? Si _____ No _____

Cuando fue su última menstruación? ____/____/____

Cuando fue su ultimo examen de papanicolau? _____

Alguna vez ha tenido un resultado de papanicolau que no fue normal? Si _____ No _____

Cuando? _____ Como fue tratado? _____

Cuando fue su último mamograma? _____

Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? Si _____ No _____

Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses? _____

Está sexualmente activa? Si _____ No _____ Con Hombres? Si _____ No _____ Con Mujeres? Si _____ No _____

Que método de contracepcion usa? _____

Su pareja ha tenido una vasectomía? Si _____ No _____

Esta ud. planeando tener otro bebe? Si _____ No _____ Estaria interesada en leer información acerca de un procedimiento que hacemos en nuestro consultorio para no tener mas bebes? Si _____ No _____

Usted fuma cigarrillos? Si _____ No _____ Cuantos por día? _____

Consumo alcohol? Si _____ No _____

Toma vitaminas y/o suplementos naturales? Si _____ No _____

Por favor liste los nombres, dosis y cantidad de todo medicamento que usted toma actualmente:

Por favor liste el nombre y el número de teléfono de su farmacia: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Proveedor: _____ **Fecha:** _____

ARLINGTON WOMEN'S CENTER, PLLC
1625 N. George Mason Drive Suite 325 Arlington, VA 22205 703-717-4600

CONSENTIMIENTO DE PACIENTES PARA USO DE SU INFORMACION MEDICA. ACUSO DE RECIBO DE NUESTRA POLITICAS DE PRACTICA PRIVADA

Con mi consentimiento, ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC puede utilizar mi información medica para mi tratamientos, pagos y otras operaciones concernientes a mi salud. Por favor leer las políticas de práctica privada para una descripción mas completa de estos temas.

Con mi consentimiento, ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC puede enviar a mi hogar cualquier información que ayude en mis tratamientos, pagos u operaciones, en tanto sean marcados como "personal y confidencial".
Al firmar este documento, doy mi consentimiento a ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC a utilizar mi información medica en mis tratamientos, pagos u operaciones concernientes a mi salud. Puedo declinar mi consentimiento a lo antes referido, por escrito, excepto por la información que ya ha sido utilizada. De no firmar este consentimiento, ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC puede negarse a proveerme tratamiento medico.

POLITICAS FINANCIERAS

Con mi consentimiento, ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC puede efectuar exámenes adicionales en cualquier resultado anormal mio (ej-si su PAP es anormal, el laboratorio debe efectuar otros exámenes). Entiendo que los exámenes adicionales le serán cobrados ya sea a mi seguro o a mi.

ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC me cobrara 10\$ por nuevas recetas medicas o recetas medicas perdidas. Este proceso involucra llenar y faxear papeles a farmacias y seguros médicos. Entiendo que las recetas medicas que se me den durante mi visita serán sin costo alguno. Entiendo también que el cobro de 10\$ se debe al procesamiento adicional que esa receta médica genera.

ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC me cobrara 30\$ por no presentarme a mi cita medica si no llamo para cancelar 24 horas antes de la misma.

ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC me cobrara 15\$ junto con mi copago si no pago este ultimo el dia de mi cita.

ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC me cobrara 35\$ por cualquier cheque que no sea aceptado en el banco.

Autorizo el pago de beneficios médicos a ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC por servicios prestados.

Estoy de acuerdo en pagar por completo cualquier cuenta por servicios que caen bajo mi responsabilidad. Esto puede incluir servicios negados por mi seguro medico, aplicados a mi deducible, etc. De no pagar, entiendo que mi deuda puede ser enviada a una compañía de colección financiera y puedo ser despedida de la practica. Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable por cualquier deuda en mi cuenta.

Entiendo que es mi responsabilidad proveer a la oficina de ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC con mi tarjeta de seguro al momento de mi consulta. Entiendo que de brindar información incorrecta o vencida seré responsable financieramente por los gastos ocasionados.

He leído la política de practica privada y políticas financieras de ARLINGTON WOMEN'S CENTER PLLC .

Firma de paciente o representante legal

Nombre escrito

fecha