

KERN ALLERGY MEDICAL CLINIC, INC

Tonny Tanus, M.D. Eric J Boren, M.D
Informacion del Nuevo Paciente

Nombre del Paciente: _____ No. de Seg. Soc.: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M ___ F ___ Estado Civil: M ___ S ___ W ___ D ___

Direccion: _____

Numero de Telefono: _____ Ciudad _____ Codigo postal _____
Cellular: _____

Correo Electronico: _____ Farmacia: _____

Seguro Primario

Persona Responsable por la cuenta: _____

No. de Seg.Soc. _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion del Paciente: _____

Direccion (Si es diferente a la del paciente): _____ Telefono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre de Asegurancia: _____ # de Poliza: _____ # de Grupo: _____

Seguro Additional

Esta el paciente cubierto por un seguro additional? SI NO

Nombre de Asegurancia: _____ # de Poliza: _____ # de Grupo: _____

Persona Responsable por la cuenta: _____

No. de Seg.Soc. _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion del Paciente: _____

Direccion (Si es diferente a la del paciente): _____ Telefono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

En case de una emergencia, A quien se deberia notificar?: _____ Telefono: _____

Doctor Primario: _____ Referido : _____

Terminos Y Condiciones

Yo, estoy de acuerdo en pagarle a Kern Allergy Medical Clinic, todos los cobros cual no sean rapidamente pagados por la asegurancia o el paciente. Como amabilidad el Dr. Tanus y el Dr. Boren manda a cobrar a la asegurancia pero se que soy totalmente responsable por el pago. Si mi cuenta es referida a un abogado de collecciones o demandada sera puesta a precios de collecciones o abogados rasonables. Si en necesidad para determinar la cobertura de pago y para recibir reembolso, doy mi autorizacion para dar informacion sobre el record del paciente. Doy mi consentimiento a la asegurancia, cobertura por terseter persona, empleador, o a cualquier personaposeendo informacio pertinente al paciente para darle en dado caso. Yo, en nombre del paciente/individual acepto y estoy de acuerdo con estos terminus y condiciones.

Firma del Paciente

Firma de Persona Responsable

Fecha



Polisa de cancelaciones

Yo entiendo que esta es la polisa de cancelación de citas para la oficina de Kern Allergy Medical Clinic.

Se me cobrará: •\$30 por cualquier cita no presentada
•\$50 por cualquier cita de procedimiento tipo examen
(Prueba de alergia o prueba de pulmones)

Para evitar una tarifa; Las citas deben ser canceladas **24 horas** antes de su cita. Si tiene dos citas programadas en el mismo día, estará sujeto a una cuota de \$30 y una cuota de \$50 para ambas citas por un total de \$80.00. Entendemos que emergencias y enfermedades ocurren y por lo cual usted será responsable de notificar a nuestra oficina en el caso de no poder presentarse a la cita.

La cuota es debida antes de su cita. Si tiene dos cargos no presentados por un total de \$60 o mas debe ser pagado antes de que se pueda hacer otra cita con su doctor.

Estoy consciente de que puedo dejar un mensaje detallado en nuestro servicio de buzón después de las horas de servicio; si no puedo mantener mi cita. Por favor asegúrese de dejar el nombre del paciente, fecha de nacimiento, el tiempo de cita, y la razón de su cancelación. Nuestra Recepcionista revisará los mensajes cada día. La falta de no dejar un mensaje dará lugar a una cuota de No-Show. De lo contrario, asumimos que la cita se mantendrá con su médico.

Tenga en cuenta que es una llamada de cortesía para recordarle de su cita. Es su responsabilidad de anotar y mantener record de sus citas.

Estas tarifas son su responsabilidad y no son pagadas por su compañía de aseguradora. Por lo tanto pacientes que tengan varias cancelaciones pueden ser despedidos de la oficina.

Nombre del Paciente/ Persona Responsable

Firma del Paciente/ Persona Responsable
EB 4/17

Fecha



Tonny Tanus, MD
Eric J. Boren, MD
Darryl Altavas, FNP
Board Certified Adult & Pediatric

www.kernallergy.com

1921 18th Street
Bakersfield, CA 93301
(661) 327-9693
FAX: 327-0749

443 W. Morton Suite B
Porterville, CA 93257
(559) 782-8578
FAX: 782-8594

1402 Jefferson St.
Delano, CA 93215
(661) 721-8832
FAX: 721-8319

KERN ALLERGY MEDICAL CLINIC, INC. POLÍTICA FINANCIERA/DE LA OFICINA:

Nuestra meta es proveer el cuidado excepcional de la alergia para nuestros pacientes así como fomentar buenas relaciones del médico/empleador y paciente. Por favor, no dude en preguntar a un miembro del personal si tiene alguna pregunta sobre esta forma.

1. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar mi información correcta y actual del seguro. De lo contrario, seré responsable de cualquier y todos los cargos.
2. Soy responsable de todos los copagos, deducibles y co-seguros adeudados en el momento del servicio.
3. Es mi responsabilidad entender mi plan de beneficios de seguro. Es mi responsabilidad saber si se requiere una remisión o autorización por escrito para las visitas y procedimientos de la oficina.
4. No todos los servicios ofrecidos por nuestra oficina están cubiertos por todos los planes de seguro. Cualquier servicio determinado no ser cubierto por mi plan será mi responsabilidad.
5. Si nuestros médicos no participan en su plan de salud, el pago se espera en su totalidad en el momento del servicio
6. Requerimos que una copia actual de su tarjeta de crédito personal o la tarjeta de débito/crédito de la cuenta de ahorros de salud permanezca archivada. Nuestro sistema ha sido completamente investigado de acuerdo a las estrictas reglas de retención de datos y es HIPPA obediente.
7. Los saldos de los pacientes se facturan después de recibir sus planes de seguro explicación de beneficios (EOB) con su saldo adeudado. Su pago se vence en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su declaración. Si usted no paga su saldo dentro de 60 días, nosotros cargaremos automáticamente su tarjeta de crédito personal en el archivo por el monto adeudado.
8. Se cobrará un cargo de \$50 por los cheques devueltos, más cualquier costo bancario incurrido
9. Para los expedientes médicos habrá un honorario de \$15 para un informe y \$35 para el gráfico completo. Esta tarifa es debida en el momento de la solicitud.

Iniciales _____

Continúe por la parte trasera...

10. Si usted o su hijo tiene formularios para ser completado por sus médicos, habrá un cargo de \$15 por página. El pago se requiere cuando los formularios son dejados. Normalmente tenemos un tiempo de respuesta de 3-5 días.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Acepto pagar Kern alergia médica Clinic, Inc. por todos los cargos incurridos, los cuales no son inmediatamente reembolsados por el asegurador. Como cualquier facturación directa por Kern alergia médica Clinic, Inc. a la compañía de seguros no es más que un alojamiento, yo seré principalmente y en última instancia responsable de pago.

Si mi cuenta supera los 60 días, estoy de acuerdo en tener mi tarjeta de crédito cargada para pagar cualquier saldo en mi cuenta que es de más de 60 días. Después de registrar el número de la tarjeta de crédito, el número se ennegrecerá excepto los últimos 4 dígitos.

____ Visa ____ MasterCard ____ American Express Numero de Cuenta _____

Código de seguridad (código de 3 dígitos) _____ Fecha de vencimiento _____

Nombre del titular de la tarjeta _____

Si esta cuenta es asignada a un abogado para su cobro y/o demanda, la parte que prevalece tendrá derecho a honorarios razonables de abogado y costo de cobro. En la medida necesaria para determinar la responsabilidad por el pago y para obtener el reembolso, autorizo la divulgación de partes del expediente del paciente.

Consiento y dirijo a mi compañía de seguros, compañía de responsabilidad civil, empleador, o cualquier persona que posea información pertinente para divulgar dicha información bajo demanda. Una copia de esta autorización deberá servir de original. Yo, en nombre del paciente y/o del individuo, acepto y estoy de acuerdo con estos términos y condiciones.

He leído y entiendo esta política financiera de la oficina y estoy de acuerdo en cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que se adeuda como se indica.

Nombre del Paciente: _____

Nombre del partido responsable (garante) si es diferente y relación:

Parte responsable/firma del paciente:

Fecha: _____



Nombre del Paciente: _____

Medico Primario: _____

Medico que dio referencia: _____

Historial de Salud del Nuevo Paciente

Sus respuestas en este formulario le ayudarán a su proveedor de atención médica a entender mejor sus preocupaciones y condiciones médicas. Por favor, tómese el tiempo para completar este cuestionario antes de su cita. **¡Gracias!**

Motivo principal de la visita de hoy:

Historial de salud del paciente: por favor revise cualquier problema actual y/o pasado:

- Asthma
- Arthritis / Artritis Reumatoide _____
- Anemia
- enfermedad autoinmune
- Enfermedad de las infecciones (HIV/TB)
- EPOC
- Cancer, Si es así, especifique qué tipo: _____
- Enfermedad de Crohn
- Diabetes, Si es así, especifique qué tipo: _____
- Trastornos neurológicos / convulsiones
- Trastorno psicológico / depression / ansiedad
- Hipertensión
- Hipotiroidismo
- Colesterol alto
- Enfermedades cardíacas
- Trastorno gastrointestinal, acidez estomacal o indigestión
- Enfermedad renal
- Osteoporosis

¿Qué medicamentos está tomando actualmente? (incluya productos de venta libre, vitaminas y remedios herbales)

¿Ha sido hospitalizado? Por favor note las fechas y razones aproximadas:

¿Se ha operado? Por favor note las fechas y razones aproximadas:

¿Tiene alergias a medicamentos? Si ____ No ____
Favor de notar que medicamentos:

¿tuvo la vacuna contra la influenza este año? Si ____ No ____

Antecedentes familiares (sírvese indicar a los miembros de la familia con cualquiera de las siguientes condiciones):

Historial de Salud del Nuevo Paciente– Pagina 2

	Madre	Padre	Hermanos
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crónica congestionada, secreción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos cutáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medio ambiente/historia social:

¿Tiene mascotas en casa? Si ___ No ___

¿Qué tipo de piso tiene en casa?
alfombra azulejo madera laminado

Si es así, por favor marque y note: Gato perro pájaro otro

Historia del tabaquismo:

¿Fumas? Sí _____ No _____ ¿ cuando dejó de fumar: _____
¿Cuántos paquetes por día? _____ cuantos años tiene fumando _____
¿hay personas que fuman viviendo en el hogar? Si ___ No ___

¿Ha tenido pruebas de alergia anterior de laboratorio o la prueba de la piel? Si es así, por favor note cuándo y dónde hizo el examen (ej; Quest Diagnostics, PAL, Foundation Lab, LabCorp o consultorio médico):

Sólo para mujeres: ¿Cuándo fue tu última papanicolau? (por favor, note la fecha aproximada que se hizo)

¿Cuándo fue tu última mamografía? (por favor, note la fecha aproximada que se hizo)

¿Cuándo fue tu última colonoscopia? (por favor, note la fecha aproximada que se hizo)

Sólo para hombres: ¿Cuándo fue tu última colonoscopia? (por favor, note la fecha aproximada que se hizo)

Para la Oficina Solamente:

Revisado por: _____