

# 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 terner 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](http://www.kernallergy.com)**

1921 18<sup>th</sup> 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 dejo 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: \_\_\_\_\_

**TONNY TANUS, M.D.**  
**CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE**

El Departamento de Salud y Servicios a establecido una nueva "Regla Privada" para ayudar que la informacion medica personal sea protegida privadamente. La regla privada tambien fue creada para que los proveedores medicos obtengan el consentimiento de sus pacientes para usos y decisiones en como tratar un paciente, cobros, y para las operaciones de los proveedores.

Como nuestros pacientes queremos que sepan que respetamos su record medico personal y haremos todo lo que podamos para protegerlo y mantenerlo seguro. Cuando sea apropiado y seguro, nosotros proveremos la minima informacion necesaria solamente a donde nosotros sabemos que necesiten la informacion medica, para pagos, y tratamientos medicos.

Tambien queremos que sepan que apollamos su acceso total a sus records medicos personales. Consentimiento en escrito es necesario, y el reviso de su doctor. Podemos tener tratamiento indirecto relacionado con usted (como laboratorios que solamente tratan con doctores y no pacientes), y tengan que dar informacion personal lla sea para tratamiento, pagos etc,. Estos procedimientos usualmente no requieren consentimiento del paciente.

Usted puede rechazar el consentimiento para dar su informacion personal medica pero, tendra que ser por escrito. Bajo esta ley, tenemos el derecho de negarle tratamiento si decide negarse a consentir su informacion personal de salud. Si decide dar el consentimiento en este documento, y si en el futuro rechasa todo o parte del consentimiento, ya no podra evitar decisiones antes hechas que dependian en este consentimiento firmado.

Usted tiene el derecho de revisar avisos privados, requerir restricciones y revocar consentimiento en escrito despues de aber revisado nuestro aviso privado.

Nombre en letra suelta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Padre, Guardian, (si el paciente es menor de 18 anos)

Nuestra oficina llamara a su numero de telefono para confirmar sus citas. Podemos confirmar sus citas, y usar el nombre del Dr. Tanus? Por favor marque uno SI \_\_\_\_\_ O NO \_\_\_\_\_

Nombre en letra suelta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Padre, Guardian, (si el paciente es menor de 18 anos)

**ASEGURANDO LA NOTIFICACION DE NUESTROS PACIENTES**

Para Nuestros Apreciados Pacientes:

El mal uso de informacion medica personal ha sido identificado como un problema personal causando inconveniencia, enojo, y dinero. Queremos que sepan que todos nuestros empleados, managers, y doctores pasan por un entrenamiento para que comprendan y obedescan las leyes del gobierno y reglas sobre el acto de aseguranza de salud y el acto de contabilidad conocido por (HIPPA) con la enfasis particular de la nueva "Regla de Privacidad".

Es nuestra poliza de apropiadamente determinar el uso apropiado de la regla de privacidad en acuerdo con las reglas governamentales, y requisitos. Queremos asegurarle que nuestra practica no contribuye al cresiendo problema de inapropiado uso de esta nueva regla. Para parte del plan hemos hecho un programa cual nosotros creemos que alludara a que no se haga este mal uso de informacion.

Tambien sabemos que no somos perfectos! Por la razon, nuestra poliza es escuchar a nuestros empleados y pacientes sin conprometernos a una falta. Ahora, son bienvenidos a decimos si hay algun problema en relacion al servicio para poder remediar el problema rapidamente.

Gracias por ser uno de nuestros apreciados pacientes.