

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: _____
Ciudad _____ Codigo postal _____

Numero de Telefono: _____ Celular: _____

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 Aseguranza: _____ # de Poliza: _____ # de Grupo: _____

Seguro Additional

Esta el paciente cubierto por un seguro additional? SI NO

Nombre de Aseguranza: _____ # 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 aseguranza o el paciente. Como amabilidad el Dr. Tanus y el Dr. Boren manda a cobrar a la aseguranza 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 aseguranza, 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

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 emfasis 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 governmentales, 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 conprometemos 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.



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, estara 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 ocurrirán y por lo cual usted sera 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 aseguranzá. 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
Board Certified Adult & Pediatric

www.kernallergy.com

Corbertura pertendiendo a su aseguranza:

- Como cortesia Kern Allergy mandara su cobro a su aseguranza. Sin embargo, **usted sera responsable financieramente por el pago de sus billes.**
- Es su responsabilidad de saber su cobertura incluyendo pero no limitado a:
 - Copagos
 - Coseguros si pertenece
 - Deductibles
 - Autorizacionés
 - Exclusiones
 - Limitaciones

Por favor consulte con su aseguranza sobre sus beneficios medicos si tiene preguntas sobre su cobretura.

- Kern Allergy intentara verificar su cobertura antes de su visita, sin embargo si su cobertura no esta activa el dia de su cita(s), **la responsabilidad financiera será de usted.**
- Kern Allergy hara todos sus esfzros para determinar el cobro aplicable para sus copagos, coseguros y deductibles que debera pagar antes de sus cita(s) basado en la informacion proveida por su aseguranza.
- **USTED ES RESPONSABLE DE PAGAR TODOS SUS COPAGOS, COSEGUROS Y DEDUCTIBLE A LA HORA DE SERVICIO.** Despues de que su cobertura de seguros procese sus cobros y determinan que tendra un cobro mas alto, recibira un bil en 30 dias. Si su aseguranza determina que debe menos, será reembolsado.
- Usted es responsable de proveer su aseguranza actual ó cambios a su seguro, incluyendo elegibilidad. A lo contrario, usted será responsable por sus cobros pendientes ó rechazados.
- Si su cobertura cambia en su responsabilidad de informar a la oficina lo más pronto posible.
- Si usted se niega a dar la información correcta acerca a su seguridad primaria será responsable por los co

Medicare/Medicare Suplemento

Su proveedor puede ser y no puede ser participante de su Medicare/Medicare Advantage. Sin embargo, si su proveedor si es un participante en su plan de medicare mandaremos su cobro de esta forma:

- Si tiene Medicare, cobraremos a medicare. Sin embargo usted será responsable por cualquier cobro que medicare no cubra.
- Si tiene Medicare HMO ó PPO mandaremos su cobro a la compania de seguros. Sin embargo, usted sera responsable por cualquier copago, coseguro, deductibles y cualquier otro pago que su aseguranza no cubra ó pague.
- Si tiene un plan suplemento de Medicare mandaremos los cobros a medicare y su suplemento. Sin embargo, usted es responsable por cualquier cobro que su Medicare ó suplemento de Medicare no cubra ó pague.

Otros Cobros

- Copia de sus registros medicos (\$15 por reporte, 10¢ por paginas extras)
- Cobro por llenar cualquier forma(s)
- Formas de escuela
- Cobro por cheques rebotados

Iniciales:

_____ Yo entiendo que yo soy responsable por todos mis copagos, coseguros y deductibles pendientes a la hora de mi visita y si no tengo aseguranza el completo sera requerido el dia del servicio.

_____ Yo entiendo que soy últimamente financia responsable por todos los cobros de los servicios recibidos. Yo e leído y entiendo mi responsabilidad financiera.

Nombre de paciente

Firma de 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: _____