



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

Information de Nuevo Paciente

Por favor complete claramente:

Paciente: Primer Nombre: _____ Inicial Segundo nombre: ____ Apellido _____ Genero: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__

Estatus: C ___ S ___ D ___ V ___ Raza: _____ Etnia: _____

Seguro Social # _____ *Se requiere o tarjeta de crédito para mantener en nuestro sistema para propósitos de facturación.

Lenguaje: _____ Teléfono de casa: _____ - _____ - _____ Teléfono celular: _____ - _____ - _____ *Circule el preferido: Casa / Celular

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de email: _____ Doctor Primario: _____ Doctor Referido: _____

Farmacia Preferida: _____ Calle/dirección: _____

Aseguranza:

Aseguranza primaria: _____

Póliza # _____ Grupo# _____

Nombre del Subscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/__

Seguro Social # _____ - _____ - _____ Relación con el paciente: _____

Aseguranza:

Aseguranza secundaria: _____

Póliza # _____ Grupo# _____

Nombre del Subscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/__

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Relación con el paciente: _____

Por favor Complete si el paciente es menor de edad (Si es tutor legal, relación con el paciente):

Información de la mama': _____ Inicial Segundo nombre: ____ Apellido _____

Seguro Social # _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__ Teléfono de casa: _____ - _____ - _____ Teléfono celular: _____ - _____ - _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ Numero de su trabajo: _____

Información del papa': _____ Inicial Segundo nombre: ____ Apellido _____

Seguro Social # _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__ Teléfono de casa: _____ - _____ - _____ Teléfono celular: _____ - _____ - _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ Numero de su trabajo: _____

HIPPA Contactos, Autorización para proteger información sobre su salud para los siguientes individuos. Contactos de emergencia.

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Firma del paciente/padre/tutor/responsable: _____ Fecha: _____

Kern Allergy Medical Clinic
CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE

El Departamento de Salud y Servicios a establecido una nueva “Regla Privada” para ayudar que la información medica personal sea protegida privadamente. La regla también fue creada para que los paciente, cobros, y apara las operaciones de los proveedores.

Como nuestros pacientes queremos que sepan que respetamos su record médico personal y haremos todo lo que podamos para proteger y mantenerlo seguro. Cuando sea apropiado y seguro, nosotros proveremos la mínima información necesaria solamente a donde nosotros sabemos que necesitan la información médica, para pagos, y tratamientos médicos.

También queremos que sepan que apoyamos su acceso total a sus records médicos personales. Consentimiento en escrito es necesario y el reviso de su dolor. Podemos tener tratamiento indirecto relacionado con usted (como laboratorios que solamente tratan con doctores y no pacientes) y tengan que dar información personal ya sea para tratamientos, pagos, etc. Estos procedimientos usualmente no requieren consentimiento del paciente.

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

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

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

(Padre,Guardian (si el paciente es menor de 18 anos)

.....

ASEGURANDO LA NOTOFICACION DE NUESTROS PACIENTES

El mal uso de información 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 y obedezcan las leyes del gobierno y reglas sobre el acto de aseguranza de salud y el acto de contabilidad conocido por (HIPPA) con los énfasis particulares de la nueva “Regla de Privacidad”.

Es nuestra póliza 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 creciendo problema de inapropiado uso de esta nueva regla. Para parte del plan hemos hecho un programa cual nosotros creemos que ayudará a que no se haga este mal uso de información.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

(Padre,Guardian (si el paciente es menor de 18 anos)



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 ocurran 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

Board Certified Adult & Pediatric

POLITICA FINANCIERA DE LA OFICINA

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico-paciente. Informarle con anticipación de la política de nuestra oficina permite un buen flujo de comunicación y nos permite lograr nuestro objetivo. Lea esto detenidamente y si tiene alguna pregunta, no dude en consultar a un miembro de nuestro personal.

Registro de pacientes:

1. Se requiere una copia de su tarjeta de seguro actual, licencia de conducir y verificación de su dirección en cada visita. Usted es responsable de asegurarse de que su dirección y seguro registrados sean correctos. Usted es responsable de los saldos impagos o las tarifas que surjan si esta información no se actualiza.

Política de cancelaciones y no presentación

1. Las citas perdidas no solo lo impactan a usted, sino a otros pacientes que esperan ser atendidos. Si no puede asistir a su cita, requerimos un aviso con 24 horas de anticipación para cancelar, de modo que podamos abrir este horario para que otros pacientes la programen. Si no llama dentro de las 24 horas, está sujeto a una tarifa de \$ 30 por cualquier cita perdida. Tarifa de \$ 50 por cualquier cita de procedimiento perdida (prueba cutánea o prueba de función pulmonar).

Cobertura del seguro

1. Como cortesía, KERN ALLERGY MEDICAL CLINIC verificará su cobertura y presentará reclamaciones de seguro a su compañía de seguros primaria y secundaria. Si la secundaria no cubre el saldo adeudado por el seguro primario, usted es responsable de cualquier saldo de la cuenta.
2. Se espera que los pacientes paguen todos los copagos, deducibles y coseguros estimados en el momento del servicio. Si no puede pagar su copago y cualquier otra responsabilidad del paciente en el momento del servicio, se le pedirá que re programe. Si tiene un deducible superior a \$ 500, es posible que deba proporcionar información sobre el depósito o la tarjeta de crédito. (ver final del formulario).
3. Si nuestros médicos no participan en su plan de seguro, el pago total de su visita debe realizarse en el momento de su visita.

Autorizaciones de seguros

1. Es su responsabilidad comprender su plan de beneficios de seguro y saber si se requiere una remisión o autorización por escrito para ver al especialista. A menudo, se requiere una autorización previa antes de los procedimientos. Le recomendamos encarecidamente que se comunique con su compañía de seguros antes de su cita para conocer la cobertura de beneficios detallada, las limitaciones de la póliza y el servicio no cubierto.

Pago

1. Los pacientes con saldos pendientes de más de 60 días con cualquier porción impaga serán facturados a su tarjeta de crédito o débito registrada. Las citas no se programarán y no se proporcionarán recargas hasta que se pague el saldo en su totalidad.
2. Se cobrará una tarifa de \$ 50.00 por cualquier cheque devuelto, incluso con las tarifas bancarias incluidas.
3. Si solicita una copia de sus registros médicos, habrá una tarifa de \$ 15.00 por el primer informe; \$ 0.10 centavos por hoja a partir de entonces.
4. Si tiene formularios que el médico debe completar y firmar, puede estar sujeto a una tarifa de \$ 25.00 por la primera página y \$ 5.00 por cualquier formulario adicional.

Pacientes menores

1. Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por el padre o tutor. (Salvo consentimiento)
2. El paciente que da su consentimiento para el tratamiento será la parte responsable de la cuenta y es responsable de todos los cargos, independientemente de la sentencia de divorcio o separación.
3. Solicitamos a los pacientes mayores de 18 años cubiertos por el seguro de sus padres que firmen una autorización que les permita a KERN ALLERGY MEDICAL CLINIC comunicarse con los padres con respecto a cuestiones de seguro y facturación.

Terminación / Alta de la práctica

Los siguientes escenarios pueden poner en peligro la relación médico-paciente en la que +++ terminará y dará de alta al paciente de la práctica. se enviará al paciente una carta de alta.

- Incumplimiento / Paciente abusivo
- Excesivas ausencias
- Incumplimiento de obligaciones financieras
- Blasfemia
- Amenazas de represalias en las redes sociales.

PONGA SUS INICIALES EN LO SIGUIENTE:

_____ He leído y entiendo la política financiera KERN ALLERGY MEDIAL CLINIC y acepto cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que se adeude como se describe anteriormente.

_____ Entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable de cualquier pago de todos los servicios recibidos. He leído y comprendido mis responsabilidades financieras.

Nombre del paciente (Favor de escribir)

Firma del paciente o tutor

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: 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

-Esta embarazada or piensa estar embarazada? Si No

¿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 _____

Historial de Salud del Nuevo Paciente– Pagina 2

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

	Madre	Padre	Hermano	Hermana
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crónica congestionada, secreción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos cutáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer: (Especifique cual) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDIO AMBIENTE:

¿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

COMPORTAMIENTOS SOCIALES:

- Fuma: Actual Anterior Nunca
- Humo pasivo Si No
- Riesgo de HIV Si No
- Consumo de Drogras: Si No
- Consumo de Alcohol: 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):

SOLO 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)

SOLO PARA HOMBRES:

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

TERMINO Y CONDICIONES DE LA TARJETA DE CREDITO

Estoy de acuerdo en pagar KERN ALLERGY MEDICAL CLINIC por todos los cargos incurridos, que no son reembolsados de inmediato por el seguro. Como cualquier facturación directa KERN ALLERGY MEDICAL CLINIC por parte de la compañía de seguros es simplemente un acomodo, seré principalmente y en última instancia a cargo del pago.

Acepto que se cargue a mi tarjeta de crédito / débito para pagar cualquier saldo de mi cuenta que supere los 60 días.

Tenga en cuenta:

- Las tarjetas de crédito / débito solo se cobrarán si el seguro aplica alguna parte de su visita a deducibles, gastos de bolsillo o si se procesa un coseguro por los servicios prestados.
- Su seguro le enviará una Explicación de beneficios (EOB) explicando el desglose de sus visitas o tarifas.
- Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su reclamo, llame a nuestro departamento de facturación al (661) 327 9693 o envíenos un correo electrónico a: kamc_bill@hotmail.com

Por la presente autorizo a KERN ALLERGY MEDICAL CLINIC a cobrar todos y cada uno de los saldos pendientes después del reembolso o denegación de mi compañía de seguros a mi tarjeta de crédito / débito. He leído y entiendo esta política financiera de la oficina y acepto cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que se convierta en cuotas como se describe anteriormente.

Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre de la parte responsable (garante) si es diferente y relación:

Firma de la parte responsable / paciente: _____

Fecha: _____



Tonny Tanus, M.D • Eric Boren, M.D

AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

Requesting records from: _____ or Send records to: _____

Patient Name: _____ DOB: _____

I authorize and request the disclosure of all protected information for the purpose of review and evaluation in connection with a legal/claim and or continued medical care. I expressly request that the designated record custodian of all covered entities under HPPA identified about disclose full and complete protected medical information including the following:

Type of Information being requested					
Please (X) which apply		Approx. Date(s)	Please (X) which apply		Approx. Date(s)
Allergy testing			Radiology Reports (CXR, CT Scan, MRI, other)		
Laboratory Report(s)			Pulmonary Function Test(s)		
Endoscopy Reports(s)			Urgent Care/Emergency Room Report(s)		
If other please specify:					

Release protected health information to the following persons/organization:

Kern Allergy Medical Clinic
1921 18th St
Bakersfield, CA 93301
Tel: (661) 327-9693 Fax: (661) 327-0749
allergykern@gmail.com

For the following purposes please (X) which applies

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Medical Care | <input type="checkbox"/> To obtain additional benefits |
| <input type="checkbox"/> Attorney Use | <input type="checkbox"/> Payment of a claim |
| <input type="checkbox"/> Personal use | <input type="checkbox"/> other _____ |

This Authorization will expire 180 days from the date I sign it as evidenced below or until I may revoke this authorization at any time, provided that I do so in writing and deliver the revocation to Kern Allergy Medical Clinic, Inc., 1921 18th Street, Bakersfield, CA 93301. My revocation will be effective upon receipt, and I know that previously disclosed information will not be subject to my revocation.

I understand that if I have authorized the disclosure of information to a person or entity that is not legally required to keep it confidential the information may be re-disclosed and may no longer be protected. Therefore I release Kern Allergy Medical Clinic, Inc. and its employees from liability and all legal responsibility arising from this disclosure of health information.

Date: _____ Signature: _____

**If signed by someone other than the patient, state your legal relationship to the patient _____

Office USE Only:

Office Staff/ Money received by: _____ Amount Paid/Fee: _____