



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 mamá': _____ 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)



Tonny Tanus, MD

Eric J. Boren, MD

Board Certified Adult & Pediatric

POLIZA FINANCIERA DE LA OFICINA

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

Registro de pacientes:

Se requiere una copia de su tarjeta de seguro actual, licencia de conducir y verificación de su dirección. Usted es responsable de garantizar que su dirección y el seguro registrado sean correctos. Usted es responsable de cualquier saldo impagado o tarifas que surjan si esta información no se actualiza.

Política de cancelaciones y no presentación

Las citas perdidas no solo lo afectan a usted, sino también a otros pacientes que esperan ser atendidos. Si no puede asistir a su cita, requerimos un aviso de 24 horas para cancelarla para que podamos abrir este horario para que otros pacientes programen. Si no nos llama o envía un mensaje de texto dentro de las 24 horas, estará sujeto a:

- Tarifa de **\$50** por cualquier cita perdida.
- Tarifa de **\$70** por cualquier cita de procedimiento perdida (prueba cutánea o prueba de función pulmonar)
- **Tarifa de depósito de \$100 para programar cualquier prueba especializada** (desafíos orales, examen de medicamentos, examen de veneno) * *Con la excepción de Medi-cal*

Cobertura del seguro

- Como cortesía, Kern Allergy verificará su cobertura y presentará reclamaciones de seguro a su compañía de seguros primaria y secundaria. Si el seguro secundario no cubre el saldo adeudado del seguro primario, usted es responsable de cualquier saldo de la cuenta.
- Se espera que los pacientes paguen todos los copagos, deducibles y coaseguros estimados en el momento del servicio. Si no puede pagar su copago y/o cualquier otra responsabilidad del paciente en el momento del servicio, se le pedirá que re programe. Si tiene un deducible que excede los **\$500**, es posible que se le solicite que proporcione información sobre el depósito o la tarjeta de crédito.
- Si nuestros médicos no participan en su plan de seguro, se requiere el pago total de su visita al momento de su visita.

Autorizaciones de seguros

Es su responsabilidad comprender su plan de beneficios de seguro y saber si se requiere una referencia o autorización por escrito para consultar al especialista. A menudo se requiere una autorización previa para los procedimientos. Le recomendamos encarecidamente que se comunique con su compañía de seguros antes de su cita para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios, las limitaciones de la póliza y los servicios no cubiertos.

Pago

- Si no se han hecho arreglos de pago con nuestro departamento de facturación, los pacientes con saldos pendientes de más de 90 días con partes impagas causarán que los servicios se suspendan. No se programarán citas y no se proporcionarán resurtidos de recetas hasta que se pague el saldo en su totalidad.
- Se cobrará una tarifa de **\$50.00** por cualquier cheque devuelto, junto con los cargos bancarios incluidos.
- Si solicita una copia de sus registros médicos, habrá una tarifa de **\$15.00** por el primer informe; **0.50 ¢** por hoja a partir de entonces.
- 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.

_____ Iniciales (Frente/Atras)

Pacientes menores

- Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por el padre o tutor. (A menos que se dé consentimiento)
- El padre que dé su consentimiento para el tratamiento será la parte responsable de la cuenta y será responsable de todos los cargos independientemente del decreto de divorcio o separación.

Terminación / Suspendimiento de la práctica

Los siguientes escenarios pueden poner en peligro la relación paciente/médico en la que Kern Allergy Medical Clinic terminará o suspenderá al paciente de la práctica. Se enviará al paciente una carta de baja en caso de:

- Paciente abusivo
- Incumplimiento de obligaciones financieras
- Blasfemias
- Amenazas de represalias en las redes sociales

*Los pacientes que acumulen 3 ausencias consecutivas dentro del año serán referidos de regreso a su proveedor de atención médica primaria, PCP. Se notificará a su PCP y se requerirá una referencia. Quedará a disposición de su proveedor si regresara a ser atendido en nuestras instalaciones una vez más.

He leído y entiendo la Política financiera de Kern Allergy Medical Clinic y acepto cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago vencido como se describió anteriormente.

Nombre del paciente (Impresa)

Firma del Padre o Guardian

Fecha

_____ Iniciales (Frente/Atras)



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:

- ___ Anemia
- ___ Arthritis / Arthritis Reumatoide _____
- ___ Asma
- ___ Autismo
- ___ Enfermedad autoinmune/ Lupus/ Barra de Epstein(virus)/ CVID
- ___ Cancer, Si es así, especifique qué tipo: _____
- ___ Colesterol
- ___ COPD
- ___ Enfermedad de Crohn
- ___ Diabetes, Si es así, especifique qué tipo: _____
- ___ Fibromialgia/ Multiple esclerosis
- ___ Hipertensión
- ___ Hipotiroidismo
- ___ Enfermedad infecciosa (VIH/TB)
- ___ Migrañas
- ___ Trastornos neurológicos / convulsiones
- ___ Trastorno psicológico / depression / ansiedad / otro: _____
- ___ Urticaria / Dermatitis / Eczema
- ___ Fiebre del Valle

*¿Está embarazada o piensa estar embarazada? Si No

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

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

*¿Ha tenido alguna cirugía? Por favor anote las fechas y razones aproximadas:

*¿Tiene alergias a medicamentos? Si _____ No _____

Favor de notar que medicamentos:

VACUNAS

*Ultima vacuna de la gripe recibida: _____ *Vacuna de COVID? Si _____ No _____ Marca: _____ Cantidad: _____

AMBIENTE LABORAL

*Trabaja usted dentro/fuera? _____ Ocupación: _____

(Rellene la página de atrás)

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
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<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"/>
Cáncer de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polios en el colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatías congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<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"/>
Enfermedad de Huntington	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñón/ Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmón/Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melanoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de páncreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin cancer (Maligno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AMBIENTE/SOCIAL HISTORIA

¿Tiene mascotas en casa? Si ___ No ___

¿Qué tipo de piso tiene en casa? *Circule todos los que apliquen*
alfombra azulejo madera laminada Otro: _____

Si es SI, por favor especifique y si ellos están dentro/fuera o ambos.

COMPORTAMIENTOS SOCIALES:

- Estado de fumar Actual Anterior Nunca
- Vapeador/ cigarro eléctrico Si No
- Fumador Pasivo Si No
- VIH riesgo Si No
- Consumo de Drogas: _____ 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 Diagnósticos, PAL, Fundación 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) _____