



REGISTRO DE PACIENTES

* Por favor llene las formas tan completamente como sea posible. Si tiene alguna pregunta por favor pregunte al recepcionista *

El Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Centro Iniciales: _____

Dirección de la Calle: _____
Ciudad Estado Código Postal

Dirección física: _____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____ E-mail: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de la Seguridad Social: _____

Nombre del Medico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

¿Quién lo refirió a la práctica? _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección de Empleador: _____
Ciudad Estado Código Postal

Nombre del cónyuge: _____ Teléfono: _____

.....

En caso de una emergencia:

Nombre: _____ Telefono: _____

Amigo o pariente más cercano que no viva con usted: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

¿Está el paciente menor de edad? _____

En caso afirmativo, el nombre de la persona responsable de: (en letra de imprenta): _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Por la presente autorizo Cardiología Cascade para hablar con la persona de arriba con respecto a mi cuenta.

FIRMA: _____ Fecha: _____

Doy mi consentimiento para el tratamiento necesario para el cuidado del paciente antes mencionado o yo mismo. Autorizo la liberación de todos los registros médicos / información para el remitente, se refirió, y / o médico de familia. Autorizo a los proveedores de atención de salud de Cascade Cardiology, LLC. (CC) para liberar mi información médica que sea necesaria para determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos al Heath Care Finance Administration y sus agentes. Yo asigno a CC, todo el dinero que deben pagar por dicha compañía de seguros por los servicios prestados por CC, pero que no exceda de mi deuda a dicha clínica.

Imprima Nombre del paciente

Firma del Responsable

Fecha

CASCADE CARDIOLOGY, LLC.

HIPAA RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo que Cascade Cardiology (en adelante, "CC") va a usar y divulgar **información médica** acerca de mí.

Entiendo que mi **información médica** puede incluir información creada y recibida tanto por la práctica, puede estar en la forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información acerca de mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y estoy de acuerdo en que CC puede **utilizar y divulgar** mi información médica a fin de:

- tomar decisiones sobre y el plan para mi cuidado y tratamiento;
- véanse, consultar, coordinar entre, y manejar en conjunto con otros proveedores de atención médica para mi cuidado y tratamiento;
- determinar mi elegibilidad para el plan de salud o cobertura de seguro, y presentar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros (incluyendo Medicare) u otras personas que puedan ser responsables de pagar por parte o la totalidad de mi cuidado de salud, y
- realizar de oficina diversos, las funciones administrativas y de negocios que apoyan los esfuerzos de mi médico que me brindan, organizar y ser reembolsado por la calidad, la atención de la salud económica.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo esta práctica se encargará de la información de salud acerca de mí. Esta descripción escrita que se conoce como un Aviso de prácticas de privacidad y describe los usos y divulgaciones de la información médica hechas y las prácticas de información seguidos por los empleados, funcionarios y demás personal de la oficina de esta práctica, y mis derechos con respecto a mi información de salud. Nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** también está disponible en nuestra página web: cascadecardiology.com. Entiendo que tengo el derecho de pedir que no todos o algunos de mi información de salud sea utilizada o revelada en la forma descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que CC no está obligado por ley a aceptar tales solicitudes. Autorizo a mi información médica personal que se publicará a mi:

Número Primario: _____ ¿Se puede dejar información confidencial? Yes No

Número Secundario: _____ ¿Se puede dejar información confidencial? Yes No

Seguranza Primario: _____

Seguranza Secundaria: _____

También autorizo a mi información médica personal que se lanzará a:

Cónyuge / pareja: _____ @ teléfono: _____

Pariente o otro: _____ @ teléfono: _____

Al firmar abajo, acepto que he leído y entendido la información anterior y que se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

De: _____ Fecha: _____

(Representante del Paciente)



Cuestionario del Paciente

NOMBRE: _____ DE MACIMIENTO: ____/____/____

ESTADO CIVIL: _____ NUMERO DE NINOS _____ HIJOS _____ HIJAS _____

OCUPACION: _____

DIETA: REGULAR: ____ BAJA EN GRASA/COL ____ POCA SAL: ____ DIABETICOS: ____

RENAL ____ SIN SAL ANADIDA: ____ PERDIDA DE PESO: ____

BAJA EN CARBOHIDRATOS: ____ VEGETARIANO: ____

CONSUMO DE TABACO: _____ TIPO: _____ FRECUENCIA: _____

CONSUMO DE ALCOHOL: _____ RARA: ____ SOCIAL: ____ DIARIO: ____ FRECUENCIA: _____

EJERCICIO: ____ TIPO: _____ FRECUENCIA: _____

SU FARMACIA: _____

LOCACIÓN / CRUZ CALLE / CIUDAD: _____

HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD CARDIACA: _____

FORTALEZAS Y MEDICAMENTOS (CON RECETA Y SIN RECETA MÉDICA) QUE SE LLEVA:

1. _____ 4. _____ 7. _____

2. _____ 5. _____ 8. _____

3. _____ 6. _____ 9. _____

ALERGIAS: _____

POR FAVOR MARQUE CUALQUIER HISTORIA PRESENTE O PASADA USTED HA TENIDO CON LO SIGUIENTE:

CARDIACO:

Si	No	Si	No
___	___	___	___
DOLOR EN EL PECHO / PRESIÓN		RÁPIDO / PALPITACIONES IRREGULARES	
___	___	___	___
SUDORACIÓN ANORMALES		DESMAYOS	
___	___		
DIFICULTAD PARA RESPIRAR CUANDO ACOSTADO PLANO			

VASCULAR:

___	___	___	___
HINCHAZÓN (DE TOBILLOS / ABDOMINAL)		DOLOR EN LAS PIERNAS AL CAMINAR O AL DESCANSO	
___	___	___	___
HERIDAS DE LA PIEL / ULCERAS (PIES / DEDOS DE LOS PIES TARDAN EN SANAR)		PULSOS DISMINUIDOS EN LOS PIES	

CONSTITUTIONAL:

Si

No

___ AUMENTO DE PESO

___ FIEBRE

Si

No

___ PERDIDA DE PESO

___ FATIGA

HEENT:

___ CAMBIOS EN LA VISION

___ PERDIDA AUDITIVA

PULMONAR:

___ RONQUIDO

___ TOS CON SANGRE

___ FALTA DE ALIENTO

___ SIBILANCIA

URINARIA:

___ SANGRE EN LA ORINA

___ POR LA NOCHE DE ORINAR

NEUROLOGICOS:

___ MAREO

___ PERDIDA DE MEMORIA

___ DECOMISO

PSICHIATRICA:

___ DEPRESION

___ ANSIEDAD

HEMATOLOGICAS:

___ LA ANEMIA DE PLAQUETA

___ BAJO NIVEL DE PLAQUETAS

ENDOCRINO:

___ AGRANDAMIENTO DE LA TIROIDES

___ TREMORS

DERMATOLOGICOS:

___ SALPULLID

___ ERUPCIONES EN LA PIEL

MUSCULO ESQUELETICO:

___ DOLOR EN LAS ARTICULACIONES

___ DOLOR MUSCULAR

OTROS MEDICAMENTOS O INFORMACION HISTORIAL MEDICO NO INCLUIDOS ANTERIORMENTE:

FIRMA DEL PACIENTE:

FECHA: