

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Razón de la Visita: _____

Alergias: (Por favor enumere cualquier reacción)

Comida	Si / No	
Medicación	Si / No	

Medicamentos actuales: Incluye medicamentos recetados y de venta libre

Medicación	Dosis	Frecuencia	Medicación	Dosis	Frecuencia

Historial médico pasado: Marque cualquiera que aplique

<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Gota
<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Dificultad para oír	<input type="checkbox"/>	Uso de Alcohol
<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	Ataque al Corazón	<input type="checkbox"/>	Uso de Tabaco
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Reflujo ácido	<input type="checkbox"/>	Derrame	<input type="checkbox"/>	Abuso de Drogas
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	Problema de Tiroides	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Extremidades	<input type="checkbox"/>	Dolor de los nervios
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Pulmonar	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	Problema de Visión	<input type="checkbox"/>	Probelma de Memoria

Otro historial médico: _____

Evaluación de Rutina: Escribir el mes y el año

Ultimo físico		Embarazada?	
Ultima colonoscopia		Si? Cuanto tiempo?	
Ultimo examen de próstata		Última Papanicolaou	
Ultimo ciclo menstrual		Ultima mamografía	

Historia quirúrgica pasada:

Cirugía		Cuando		Donde	
Cirugía		Cuando		Donde	
Cirugía		Cuando		Donde	

Historial médico familiar: marque todo lo que corresponda y la persona con la condición

<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de tiroides
<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Cancer
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñon
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Derrame
<input type="checkbox"/>	Fibrosis cicistica	<input type="checkbox"/>	Migrañas
<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis

Utiliza o ha Utilizado?

	Si/No	Tipo	Cuánto	Cuánto Tiempo	Cuando Dejado?
Tabaco					
Alcohol					
Drugas					
Cafeína					



451 James Madison HWY, #104
Culpeper, VA 22701
P – 540.727.8880 F – 540.727.8882

Información del Paciente:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estado Civil: _____ Ethnicidad: _____ Sexo: _____

Doctor Primaria: _____

Información de Seguro de Salud:

Compañía de Seguro: _____ ID #: _____

Nombre del Subscriptor: _____

Fecha de Nacimiento de Subscriptor: _____

Adviso de HIPAA:

En La Clínica Aviso De Privacidad está disponible para usted en su totalidad en forma impresa. Reconozco que se me ha ofrecido en el Aviso de prácticas de privacidad de la Clínica. En el Aviso de prácticas de privacidad de Clínica describe cómo la información médica puede ser usada y divulgada. También explica cómo puede obtener acceso a su información médica, y a quién contactar si siente que se han violado sus derechos de privacidad.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Preferencia de Comunicación:

En un esfuerzo para llegar a usted de manera más eficiente que confirmar citas, dejar mensajes con respecto a su salud, y para discutir los problemas de facturación de seguros, le pedimos que complete la siguiente información de contacto telefónico. Aunque preferimos no dejar mensajes, nos gustaría asegurar que su información médica esté debidamente protegida como es requerido por las directrices de la HIPAA. Al completar la siguiente información telefónica, esto nos dará la autorización para dejar mensajes con aquellas personas que se mencionan en los números que usted ha enumerado.

Por favor escriba los nombres de familiares o amigos con los que nos autoriza a hablar con relativa a su atención médica:

1) _____ Relación: _____ Teléfono: _____

2) _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Información del Contacto:

Teléfono de Casa: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Teléfono del Trabajo: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Teléfono Móvil: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

Contrato De Servicios y Asignación De Beneficios

En consideración de Culpeper Clinica proporcionar al paciente nombrado a continuación con los servicios médicos, que el paciente que suscribe, fianzas, y co-firmantes para el paciente acuerdan lo siguiente:

- A.) En relación con terceros (compañías de seguros, etc.) de pago:
- 1.) Autorizar la práctica de liberar la información adquirida en el curso de examen y tratamiento para el propósito del seguro, Medicare y / u otros pagos de beneficios del seguro.
 - 2.) Autorizar el pago adicional directamente a la práctica del médico(s) de aceptar las asignaciones de todos los beneficios médicos correspondientes y que correspondería pagar al paciente, pero que no exceda la carga razonable y usual para estos servicios prestados por el médico(s).
 - 3.) Que la presente certificamos que la información dada por nosotros al solicitar el pago del seguro es correcta, y toda solicitud de que el pago de los beneficios autorizados por la presente en nombre del paciente.
 - 4.) Autorizar Culpeper Médico pasear en la clínica para actuar en nombre del paciente como apoderado en (1) la recogida de beneficios de cualquier tercero razonable a través de lo que sea que se consideren necesarios medios; y (2) en el respaldo de los cheques de beneficios a nombre de mi y / o el médico o la práctica.
- B.) Para garantizar el pago de todos los cargos de que el paciente sea o no y la extensión de tiempo se concede para el pago de estos cargos o la práctica acepta una nota para el pago de estos cargos, ya sea del paciente o de un a tercera persona o parte.
- C.) Que el pago de estos servicios se debe en el momento del servicio.
- D.) Un cargo de \$ 35.00 será añadido a su cuenta por falta de fondos cada vez que su institución financiera procesa sus transacciones de pago.
- E.) Por favor, espere 24-48 horas para los pedidos de reposición receta médica para ser procesados. Solicitud de autorizaciones y remisiones un mínimo de 48 horas antes de su cita programada o anteriores para aquellas compañías de seguros que requieren un plazo más largo.
- F.) Si esta cuenta debe entrar en default que entiendo que usted puede ser responsable de todos los honorarios razonables de cobro y / o honorarios de abogado incurridos para cobrar esta deuda que puede ser de hasta el 35% del saldo de la cuenta.
- G.) Para pagar todos los gastos incurridos en la recopilación de esta cuenta, incluyendo honorarios razonables de abogados y gastos de cobranza si esta cuenta es entregada a un abogado o agencia de colección para la colección.
- H.) Entiendo que si, durante el curso de la atención, un proveedor de salud está directamente expuesto a mi sangre o fluidos corporales de una manera que puede transmitir la hepatitis o el sida, para la protección y el bienestar del profesional de la salud es importante que una prueba se hagan en mi sangre sin cargo para determinar si estoy llevando el virus y que en virtud de la ley de Virginia. (Sección 32.1 -4 5.1 et.seq.) estoy se considera que ha dado su consentimiento a dicha prueba(s) y a la liberación de los resultados de las pruebas al proveedor de cuidados de salud expuesto. También entiendo que los proveedores de salud se considera que dar su consentimiento para las pruebas y la liberación de los.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____