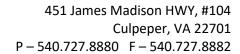


451 James Madison HWY, #104 Culpeper, VA 22701 P – 540.727.8880 F – 540.727.8882

Nombre del	paciente: _											
Fecha de na	acimiento: _											
Razón de la	Visita:											
Alergias: (P	or favor enu	ımere (cualo	uier reac	ción)							
Comida		Si / No			,							
Medicación		Si / No										
				1								
	tos actuales					есе						
Medicación		Dosis		Frecuencia		Med		Medicac	dicación		osis	Frecuencia
			ı									
Historial mé	dico pasad				que a	apli						
Anemia	nemia (er			Hipertensión				Gota	
Ansieda	ad		Diabe	etes				Dificultad para oír			Uso de Alcohol	
Artritis				sterol Alto			Ata	aque al C	orazón		Uso	de Tabaco
Asma	Asma			jo ácido			Derrame				Abus	so de Drugas
			Problema de				Pérdida de				Dolo	r de los nervios
				Tiroides			Extremidades					
	edad del		Dolor de Cabeza				Problema de Visión			Probelma de		
Pulmon	ıar									Memoria		
Otro histori	al mádico:											
Otto matori	ai ilicaico											
Evaluación	de Rutina:	Escribi	ir el n	nes y el ai	ño							
Ultimo físico							Embarazada?					
Ultima colonoscopia							Si? Cuanto tiempo?					
Ultimo examen de próstata						Última Papanicolaou						
Ultimo cic	o menstrua	<u> </u>				UI	ltima	a mamog	rafía			
Historia avi		- d										
Cirugía	rúrgica pasa	aua.			Cuando				Donde	I		
Cirugía						ando			Donde			
Cirugía				Cua					Donde			
										1		
	dico familia		que t	odo lo qu	e cori	res					con	dición
	edad del cora	zón							de tiroides	3		
Hipertensión				Cancer			1					
Asma					Enfermedad o			del riñon		1		
Diabetes						Derrame					-	
Fibrosis cicstica					Migrañas Osteoporosis				1			
Colesterol alto							USI	eoporosi:	>		1	
Utiliza o ha	Utilizado?											
- Iniza o Ha		Tine		1 4	Cuánt	· ^		C.	iónto Tion	nnc	C	anda Daiada?

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



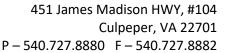




451 James Madison HWY, #104

Culpeper, VA 22701 P-540.727.8880 F-540.727.8882 Información del Paciente: Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: Dirección de envio: Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Estado Civil: Ethnicidad: Sexo: Doctor Primaria: Información de Seguro de Salud: Compañia de Seguro: _____ID #: _____ Nombre del Subscriptor: Fecha de Nacimiento de Subscriptor: Adviso de HIPAA: En La Clinica 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 Clinica. En el Aviso de prácticas de privacidad de Clinica describe cómo la información rnédica puede ser usada y divulgada. Tambien explica cómo puede obtener acceso a su información medical, y a quién contactar si siente que se han violado sus derechos de privacidad. Firma del paciente: 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 gustaria asegurar que su información médica esté debidamente protegida como es requerido por las directrices de la HIPAA. Al completar la siguiente información telefonicá, esto nos dará la autorización para dejar mensajes con aque llas 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) ______ Teléfono: _____ Teléfono: _____ _____ Relación: _____ Teléfono: _____ Información del Contacto: ¿Podemos dejar un mensaje? Si Teléfono de Casa: No _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Si Teléfono del Trabio: No ¿Podemos dejar un mensaje? Si Teléfono Móvíl: No Dirección de correo electrónico: Contacto de Emergencia: Nombre: Relación: Dirección de envio:

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 (compañias de seguros, etc.) de pago:
 - 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 corres ponderia 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 in formación 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 paseo en la clinica 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 necesarias medios; y (2) en el respaldo de los cheques de beneficios a nombre de mi y / o el médico o la practica.
- 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 memento 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 minimo de 48 horas antes de su cita programada o anteriores para aquellas compañias de seguros que requieren un plazo más largo.
- F.) Si esta cuenta debe entrar en default que entender que usted puede ser responsable de todos los honoraries razonables de cobro y / o honoraries 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 mis 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 import ante 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:	