

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Pago de Servicios Prestados

Pago es debido en el momento en que se prestan los servicios. Como cortesía para usted, South Bay Internal Medicine enviará un cobro para su compañía de seguros médico, si usted acepta el siguiente pago de beneficios.

Pago de las prestaciones: por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro al hacerse directamente al South Bay Internal Medicine por servicios prestados a mí o a los miembros de mi familia inmediata. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no cubiertos por el seguro. En caso de defecto, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de recogida y honorarios razonables de los cobros. Doy mi permiso a esta oficina para verificar cualquier información anterior. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamaciones de seguros.

Medicamentos controlados

Para todos los medicamentos narcóticos de rutina, nuestra oficina requiere que los pacientes sean atendidos cada 3 meses, las solicitudes de resurtido deben entregarse con 72 horas de anticipación antes de recoger una copia impresa de la receta en la oficina.

Divulgación de información

Para facilitar la atención en la oficina de un especialista, South Bay Internal Medicine puede revelar información sobre su condición médica, dirección, número de teléfono y seguro. Estoy de acuerdo en liberar de esta información.

Política para mantener sus citas

Cancelación debe hacerse por lo menos 24 horas antes de una cita. **Si se pierde una cita sin notificar a nuestra oficina 24 horas de antelación, se le cobrará \$50.00.** No puede ser citas más hasta que se pague esta cuota de citas perdidas. Firma abajo indica que usted entienda esta política de oficina y acatar en el caso de una cita perdida.

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Por lo presente reconozco South Bay Internal Medicine me ha proporcionado una explicación de su aviso de Prácticas de Privacidad en cumplimiento de la ley de privacidad HIPAA.

Entiendo mis derechos en relación con el manejo de mi información de salud protegida como un paciente de South Bay Internal Medicine.

South Bay Internal Medicine participa en San Diego Health Connect para coordinar mejor la salud de nuestros pacientes a través del intercambio de información clínica.

De forma predeterminada, todos los registros de South Bay Internal Medicine se incluyen en la conexión de salud de San Diego Health Connect. Si no desea que su información sea compartida, por favor marque la casilla a continuación:

No

Voluntad Anticipada

(Una directive anticipada es un documento mediante el cual una persona toma las decisiones legales de atención médica en dado caso que en el future, o pueda tomar sus propias decisiones médicas. Hay dos tipos principals de directivas anticipadas: el “Testamento en vida” y el “Poder notarial duradero para la atención médica)

Por favor Circule

Tiene voluntad Anticipada? SI NO

Tu gusta informacio? SI NO

Firma del paciente : _____ **Date:** _____

Cable Street Family Practice and Internal Medicine Group
 1808 Cable Street, San Diego, CA 92107-2522
 TEL (619) 221-4490 FAX (619) 221-4494

South Bay Internal Medicine and Family Practice
 374 'H' Street Suite 202, Chula Vista, CA 91901
 TEL (619) 426-4546 FAX (619) 426-7198

NOMBRE: _____ FECHA: _____

OPERACIONES PASADAS: Ningua – o, Indique aqui cualquier operacions que haya tenido con la edad aproximada que se hizo incluido operaciones menores, como tonsilomia, tumors, etc.

ACCIDENTES: No heridas o consecuencia del mismo -o Indique cuel herida importante, con leadad aproximada que fucedio

ENFERMEDADES PASADAS: No enfermedad seria del pasado –o Indique si la luvo y a que edad: _____

HISTORIA FAMILIAR: Si cualquiera de las sigulentes enfermedades ha tenido su familia, indiquelo en los siguientes cuadros
 Alergias Cancer Tuberculosis Diabetes Problemas del Corazon Ataques

Ponga una marca en los cuadros apropiados, en la siguiente lista de sintomas.

Si usted ha tenido un sintoma en el paso y no lo tiene ahora marque el cuadrado.

Si usted tiene los sintomas ahora, haga un circulo en el cuadrado.

1.CABEZA Y CUELLO	SI	N O		SI	NO		SI	NO
Dolores de cabeza sevaros			Perdida del oldo			Obruccion cronica de la nariz		
Mareos			Sonidos detimbre en el oido			Dolor en la lengua cronico		
Caida de vision			Dolar en los oidos			Encias inflamadas constante		
Dolor en el ojo			Liquido en los oidos			Prolongada ronquera		
Doble vision			Sangrado constant de nariz			Cuello rigido constante		
Ve luces flotando			Dolor de dientes acluaimente			Inflamacion del cuello		
2.CORAZON Y PULMONES	SI	N O		SI	NO		SI	NO
Dolor de cabeza severos			Tenerse que sentar para respirar major			Suda en la noche		
Falta de pulsaciones de corazon			Tiene tos cronica			Toblitos hinchados		
Dificultad para respirar			Escupe sangre			Cualquier defecto del Corazon		
3.ESTOMAGO E INTESTINOS	SI	N O		SI	NO		SI	NO
Dolor abdominal cronico			Vomita sangre			Sangro del recto		
Nausea persialente			La plai se ha vuelto amarilienta			Defecacion Ciara (yeso)		
Ardor stomacal			Cualquier diarreha cronico			Extrenimiento constante		
Perdida de apetito			Cualquier (heces) deposicion osura			Tiene hemmorroides		
4. TRACRO URINATIO-ETC.	SI	N O		SI	NO		SI	NO
Exceso orina			Dolor al orinar			Mestraucionea dolorosae		
Corte de la orina			Cualquier escape de orina			Exceso de mesiruacion		
Poca orina			Han pasado algunas pridras			Sangre entre periodos		
Sangre en la orina			Se orina en la cama			Algun period perdido		
Exceso de orina en la noche			Hay cualquier rtencion de orina			Numero de embarazos		
Uilimpo pap (papa nicolau):						Numero de hijos quevivan		
Que termino al periodo:	Fecha del ultimo periodo:		Dias entre priodo:		Duracion del periodo: (dias)			
5.MUSULOS-ARTICULACIONE S-NERVOS	SI	N O		SI	NO		SI	NO
Alguna sensaciona			Alguna limitacion de movimiento			Disturnios al hablar		
Algun adormecimiento			Algun problema de articulacion			Algun convutalon		
Disturbios al caminar			Desmoronamiento nervioso			Algun problema con alcohol		
Algun musculo			Algun ataque			Algun problema con drogas		
Algun paralisis			Alguna pardida de memoria			Algun problema mental		
Algun movimiento raro			Cambios en personalidad			Alguna vena varicosa		
6. ALLERGIAS	SI	N O		SI	NO		SI	NO
Alguna alergia comida			Alergia respiratoria			Alergia cina adhesiva		
Alguna alergia a medicacion			Alergia al contacto de			Peropenso irritacion de la piel		

Relación del paciente al suscriptor: Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	Relación del paciente al suscriptor: Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
---	---

Autorizo el pago de mi médica beneficios se hagan directamente a mi médico por los servicios prestados. Autorizo a cualquier compañía de seguros, organización, empleador, hospital, médico, o farmacéutico para liberar toda la información necesaria relacionada con mi atención médica y facilitar el pago de mis gastos médicos adeudados a mi médico.

Firma del Paciente (Mismo o persona autorizada)

Fecha

South Bay Internal Medicine and Family Practice
374 H Street Suite 202
Chula Vista, CA 91910
Phone: (619) 426-4546 Fax: (619) 426-7198

Querido Paciente,

Bienvenido a South Bay Internal Medicine. Gracias por elegirnos para sus necesidades de atención médica. Nuestro objetivo es brindarle la mejor oportunidad para mantener y mejorar su salud en un ambiente amigable y solidario. Nuestro personal está comprometido a hacer que su experiencia con nosotros sea oportuna, informativa y significativa.

Para hacer su transición a la práctica lo mas facil posible, hemos reunido información que nuestros pacientes han encontrado útil. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en ponerse en contacto con la oficina, para poder proporcionarle asistencia inmediata.

Sinceramente,

Los médicos y el personal de South Bay Internal Medicine

<i>Horas De Oficina</i>	
Lunes, Martes, Miércoles y Jueves	8 a.m. - 5 p.m. Hora de almuerzo 12 p.m.-2 p.m.
Viernes	8 a.m. – 12 p.m.
Estamos cerrados para los siguientes días de fiesta: Día de Año Nuevo, Memorial Day, 4 de julio, Día Laboral, Acción de Gracias y Navidad	
<i>CUIDADO DE URGENCIA / DESPUÉS DE HORAS</i>	
Para problemas que son urgentes, pero no amenazan la vida, le animamos a contactarnos al (619) 426-4546. Como médico de atención primaria, estaremos familiarizados con su historial médico, lo cual será útil para dirigirle a la atención más apropiada disponible en ese momento.	
<i>LLAME AL 911 PARA EMERGENCIA QUE AMENAZEN SU VIDA O MUERTE</i>	

Administre su atención médica en línea: FollowMyHealth®, nuestro portal de pacientes, es una forma segura y conveniente de administrar su atención médica en línea desde su computadora, tableta o teléfono móvil. Usted puede:

- * Ver los resultados de las pruebas
- * Solicitar renovaciones de receta media no controladas
- * Enviar y recibir mensajes de la oficina de su médico
- * Revisar la información médica de su médico o visita del hospital y más

Los siguientes síntomas serán considerados para las citas del mismo día / día siguiente.

Por favor llame a la oficina si tiene:

Náuseas, vómitos y diarrea

Presión arterial elevada / mareos

Caída reciente

Dolor de garganta con fiebre mas alto de 101.0 F

Las citas del mismo día estarán disponibles en base de orden de su llamada.

Las citas de la enfermera están disponibles para lo siguiente:

Infección del tracto urinario (infecciones de la vejiga)

Prueba de embarazo (Con prueba de embarazo en casa positiva)

Revisión de presión arterial

Asma / Bronquitis Crónica

Llame antes de venir para verificar la disponibilidad de la enfermera y los tiempos de espera.

Solicitud de recarga de medicamentos:

Para medicamentos no controlados - Póngase en contacto con su farmacia oa través de FollowMyHealth®

Para medicamentos de sustancia controlada - Póngase en contacto con la oficina 72 horas antes de la última dosis.

Referencias y Autorizaciones:

Referencia urgente:

Nos presentaremos a la compañía de seguros el mismo día en que recibamos la solicitud. Su seguro tiene 72 horas de días de servicio para aprobar o negar la solicitud.

Referencia no urgente:

Se presentará a la compañía de seguros dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud. Su seguro tiene de 7 a 10 días hábiles para aprobar o negar la solicitud.

Seguro:

Animamos a los pacientes a familiarizarse con sus pólizas de seguro de salud, cobertura y beneficios. No podemos responder preguntas sobre su política individual y le recomendamos que se comunique con su representante del plan de seguro para obtener la información más precisa. Debido a que los planes de seguro o los beneficios de cobertura cambian, solicitaremos su tarjeta de seguro en cada visita.

Cable Street Family Practice and Internal Medicine
1808 Cable Street, San Diego, CA 92107-2522
TEL (619) 221-4490 FAX (619) 221-4494

South Bay Internal Medicine and Family Practice
374 'H' Street Suite 202, Chula Vista, CA 91910
TEL (619) 426-4546 FAX (619) 426-7198

Visit Agenda

Date: _____

Estimado Paciente,

Con el fin poder aclarar sus preocupaciones de salud el día de hoy, por favor conteste las siguientes preguntas. Entregue este cuestionario a la enfermera para poder revisarlo juntos.

¡Gracias!

1. ¿Díganos la **principal** preocupación en la cual le gustaría que nos concentráramos el día de hoy?

2. Si el tiempo lo permite ¿de qué otras preocupación(es) quisiera que platicáramos hoy?

3. ¿Necesita surtir alguna receta médica el día de hoy?

No

Si. Por favor indique cual(es)

Nombre:

Dosis:

Frecuencia:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. ¿A visitado el hospital, sala de emergencia, urgencias, o especialista(s) desde su última visita?

No

Si. Por favor indique la fecha, el lugar y especialista(s):

5. ¿ Le han realizado alguno de los siguientes procedimientos desde su última visita?

- [] Pruebas de laboratorio. Indique el tipo y la fecha: _____
- [] Radiografías. Indique el tipo y la fecha: _____
- [] Otras pruebas. Indique el tipo y la fecha: _____

South Bay Internal Medicine
and Family Practice Medical Group, Inc.

Noli A. Cava M.D.
Marilynn Mayoyo, NP

374 H Street Suite 202, Chula Vista, CA 91910
Phone: 619-426-4546 Fax: 619-426-7198

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Previous Name: _____ Social Security #: _____

I request and authorize _____ to
release healthcare information of the patient named above to:

Name: South Bay Internal Medicine and Family Practice

Address: 374 H Street Suite 202

City: Chula Vista State: CA Zip Code: 91910

This request and authorization applies to:

Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates: _____

All healthcare information- Last 3 years

Other: _____

Definition: Sexually Transmitted Disease (STD) as defined by law, RCW 70.24 et seq., includes herpes, herpes simplex, human papilloma virus, wart, genital wart, condyloma, Chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, VDRL, chancroid, lymphogranuloma venereum, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and gonorrhea.

Yes No I authorize the release of my STD results, HIV/AIDS testing, whether negative or positive, to the person(s) listed above. I understand that the person(s) listed above will be notified that I must give specific written permission before disclosure of these test results to anyone.

Yes No I authorize the release of any records regarding drug, alcohol, or mental health treatment to the person(s) listed above.

Patient Signature: _____ Date Signed: _____

THIS AUTHORIZATION EXPIRES NINETY DAYS AFTER IT IS SIGNED.