

THOMAS H. RHEE, M.D., P.C.
INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Numero de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: F / M Estado Civil (circule uno): Soltero(a)/ Casado(a)/ Divorciado(a)/ Separado(a)/ Viudo(a)

Dirección: _____ # de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono(de día): _____ Teléfono(trabajo) _____ ext: _____

Teléfono (de tarde): _____ Correo electrónico (email) _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Referido por el Doctor: _____ Teléfono: _____

Si es menor de edad el paciente:

Como se Llama El Padre O Madre Responsable: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

de Apartamento: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono(casa): _____ Teléfonocelular: _____

INFORMACION DE SEGURO PRIMARIO

Nombre de la Empresa de Seguro Medico: _____

Relación del paciente con subscriptor(dueño): Si mismo / Cónyuge / Niño / otro: _____

Sexo: H/M Nombre del Subscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de la Póliza: _____ Numero del "Group": _____

Empresa donde trabaja: _____ Teléfono: _____

Dirección (si es diferente a la de arriba): _____

INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la Empresa de Seguro Medico: _____

Relación del paciente con subscriptor(dueño): Si mismo / Cónyuge / Niño / otro: _____

Sexo: H/M Nombre del Subscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de la Póliza: _____ Numero del "Group": _____

Empresa donde trabaja: _____ Teléfono: _____

Dirección(si diferente a la de arriba): _____

Políticas de Pago: Verificaremos sus beneficios de seguro medico antes de ser visto. Pago para su visita de copago, deducible y o coseguro sera colectado el dia de su visita. Cualquier cargo junto con su visita sera presentada a su seguro y puede generar una factura adicional para usted. Incluye pero no se limita a las pruebas de diagnostico, procedimientos quirúrgicos, etc. realizados en la oficina. Hay un banco de fe de \$30.00 por cheques regresados. Si su cuenta es entregada a colección por causa de no pagar su cuenta, usted es responsable de todos los honorarios del abogado y costos de corte. Por favor llame con 24 horas de anticipación si no puede mantener su cita. Hay una cuota de \$30.00 para citas perdidas y no canceladas. Hay una cuota de \$25.00 por copias de historial médicos que no sean solicitadas por otro doctor. Yo autorizo la entrega de todos los registros médicos pertinentes al Dr. Thomas H. Rhee según sea necesario.

Firma del Paciente/ Guardián: _____ Fecha: _____

THOMAS H. RHEE, M.D., P.C.
8703 Stonewall Rd #1B
Manassas, Va 20110

Formulario de Consentimiento del Paciente

Yo entiendo que, bajo la Potabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Entiendo que esta información puede ser y será utilizado para:

: Conducta, planear y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan participar en ese tratamiento "directamente y indirectamente".

: Obtener el pago de los terceros pagadores.

: Operaciones de atención médica, normal desarrollo tales como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado por su parte de su Aviso de *Prácticas de Privacidad* que contiene una descripción más completa de los usos y las divulgaciones de la información de mi salud. Se me ha dado el derecho a la revisión de estos anuncios de *Prácticas de Privacidad* antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar su Aviso de *Prácticas de Privacidad* de vez en cuando y que puedo contactar la organización en cualquier momento en la dirección de arriba para obtener una copia actualizada de la *Notificación de Prácticas de Privacidad*.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que usted limite como mi información de practica sea utilizada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud. También entiendo que ustedes son obligados a aceptar las restricciones que yo solicite, pero si usted está de acuerdo, entonces están obligados a auxiliar por tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ha tomado, basándose de nuevo en este consentimiento.

Yo entiendo que le puedo aconsejar acerca de los individuos a quienes puede liberar mi información de salud protegida.

A continuación se enumeran las personas a quienes puede asesorar de mi información de salud protegida. Esta lista podrá ser modificada o revocada por mi persona en cualquier momento.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente/ Guardián: _____ Fecha : _____

Relacion con el Paciente: _____

Preguntas de nueva ley de "Bandera Roja"

SINO TIENE UNA IDENTIFICACION, PORFAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. Cual es el apellido antes de casarse de su mama? _____

2. Cual es el Segundo nombre de su papa? _____

3. En que Ciudad nació? _____

Cuestionario de Salud

Fecha: _____

Patient Name: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cual es la razon de su visita ? _____

Ha tenido algun examen de imagen tomada? (CT/MRI etc.) SI / No En que lugar? _____

Es esto relacionado a un accidente? SI / NO

Adonde ocurrio? _____ fecha del accidente? _____

*** Estatura (pulgadas): _____

*** PESO (Libras): _____

CIRCULE SI USTED O EL PACIENTE TIENE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MEDICAS

Diabetes Presion Alta Asma Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica (COPD)

Apnea del Sueno Enfermedad del Corazon Otra condion: _____

Tiene Alergias a Medicamentos? Liste los nombres

Reaccion

Toma Medicamentos preescritos o a traves del contador

Dosis

El Paciente fuma? ____ Nunca Actualmente Fumando ____ Previamente Fumaba

El Paciente Toma Alcohol? Si / No Si Toma Alcohol Ocasional / Daily

Historial Medico

Historial del Paciente / Antecedentes Quirúrgicos

List any previous surgery (please be specific)

Quando?(fecha mas reciente)

CUAL ES SU FARMACIA DE PREFERENCIA? _____ CODIGO POSTAL: _____

Historial Medico de Enfermedades Familiar	Abuelo	Abuela	Padre	Madre	Hermanos	Hijo/a	Esposo/a	otro
Artritis								
Desorden de sangrado								
Presion alta								
Cancer								
Diabetes								
Enfermedades del corazon								
Cholesterol alto								
Osteoporosis								
Otro: _____								

No conoce historial/ Adoptado/ Ninguno

Por favor marque si tiene los siguientes sintomas actualmente

General <input type="checkbox"/> Calofrios, fiebre, sudor	Nervous System <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Adormecimiento/hormigueo <input type="checkbox"/> Infartos	Ears/nose/mouth <input type="checkbox"/> Perdida de audicion <input type="checkbox"/> Zumbido en los oidos <input type="checkbox"/> Presion de sinusitis <input type="checkbox"/> Congestion nasal <input type="checkbox"/> Voz ronca <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Roncando <input type="checkbox"/> Vertigo	Muscles/bones <input type="checkbox"/> Dibilidad <input type="checkbox"/> Enfermedad Generativa
Eyes <input type="checkbox"/> Lentes de lectura	Emotional Status <input type="checkbox"/> Cambio de humor <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Ansiedad		Skin <input type="checkbox"/> Cancer de piel <input type="checkbox"/> Lisiones no curadas
Respiratory <input type="checkbox"/> Toz <input type="checkbox"/> Falta de aliento <input type="checkbox"/> Flema <input type="checkbox"/> Sibilancias/asma	Blood/lymph system <input type="checkbox"/> Anemia	Heart <input type="checkbox"/> Presion alta <input type="checkbox"/> Colesterol elevado	Endocrine/glands <input type="checkbox"/> Problema de Tiroides <input type="checkbox"/> Diabetis
Digestive System <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Eructos frecuentes <input type="checkbox"/> Acidez	Head <input type="checkbox"/> Frecuente dolor de cabeza	System Orinario- Hombre <input type="checkbox"/> Levandose cada noche a orinar Mujer <input type="checkbox"/> Period irregular <input type="checkbox"/> Dificultad al Orinar	Allergies <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Alergias del medio ambiente
Urinary system-Female <input type="checkbox"/> Periodo irregular <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/> Dificultad al orinar			___ Ninguno/NONE