

SLEEP CENTER OF YUMA  
ASHVIN K. SHAH, M.D., P.C.  
MARVIN LESSER, M.D.  
2110 W. 24<sup>th</sup> Street  
Yuma, AZ 85364

Pulmonary Office: (928) 344-1891 • Sleep Center: (928) 726-7106 • Fax: (928) 726-6306

INFORMACION DE PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_\_ - -  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
Estado Civil (Por favor marque uno): Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a  
Apellido de soltera de madre: \_\_\_\_\_  
Raza: \_\_\_\_\_ Origen etnico: \_\_\_\_\_ Idioma Preferida: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
2º Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de casa: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Referido por: \_\_\_\_\_ Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_  
Por favor marque uno: Empleado permante Empleado a tiempo parcial Empleado temporal  
Direccion de Empleador: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de telefono de empleador: \_\_\_\_\_  
Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_  
Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_  
Como se entero el Sleep Center of Yuma? Por favor marque uno. Doctor \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_  
Compañia de seguro Pariente Amigo Cerca de la casa/trabajo Paginas amarillas Otra \_\_\_\_\_  
Otros parientes se ve aqui: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

El paciente tiene aseguranza? Si No Si no, por favor indique el responsable del pago.  
Nombre: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Esta persona es un paciente aqui? Si No  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Direccion de Empleador: \_\_\_\_\_ Telefono de empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de Primaria Aseguranza: \_\_\_\_\_ SSN# de dueno: \_\_\_\_\_  
Nombre de dueno de poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de dueno: \_\_\_\_\_  
Relacion de paciente: \_\_\_\_\_  
Numero de poliza: \_\_\_\_\_ Numero del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de Secundaria Aseguranza: \_\_\_\_\_ SSN# de dueno: \_\_\_\_\_  
Nombre de dueno de poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de dueno: \_\_\_\_\_  
Relacion de paciente: \_\_\_\_\_  
Numero de poliza: \_\_\_\_\_ Numero del grupo: \_\_\_\_\_

SLEEP CENTER OF YUMA  
ASHVIN K. SHAH, M.D., P.C.  
MARVIN LESSER, M.D.  
2110 W. 24<sup>th</sup> Street  
Yuma, AZ 85364

Pulmonary Office: (928) 344-1891 • Sleep Center: (928) 726-7106 • Fax: (928) 726-6306

**POR FAVOR LEA. SE REQUIERE SU FIRMA:**

**AUTORIZACION PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Yo autorizo a Dr. Ashvin K. Shah/Dr. Marvin Lesser compartir información requerida en el curso de mi examinacion o tratamiento (incluyendo a compañías de aseguranza, proveedores de equipo durable, oficinas medicas, etc.)

\_\_\_\_\_  
**Firma (Paciente o guardian)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**AUTORIZACION PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO**

Sabiendo que yo estoy sufriendo de una condición que requiere atención médica, me presente voluntariamente su consentimiento a esa atención que abarca los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico por mi médico, sus ayudantes o sus consignatarios que sean necesarias en su su / juicio. Reconozco que no hay garantías se han realizado en cuanto al resultado de los tratamientos o exámenes.

\_\_\_\_\_  
**Firma (Paciente o guardian)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**AUTORIZACION DE PAGA**

Yo por este medio autorizo pago directo a Dr. Ashvin K. Shah/Dr. Marvin Lesser por beneficios medicos, si alguno, si no pagaran a mi por los servicios. Yo entiendo que soy responsable financieramente por cobros no cubiertos por mi aseguranza. Yo autorizo el uso de esta firma para todas mis demandas de aseguranza.

\_\_\_\_\_  
**Firma (Paciente o guardian)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**SLEEP CENTER OF YUMA**  
**ASHVIN K. SHAH, M.D., P.C.**  
**MARVIN LESSER, M.D.**  
**2110 W. 24<sup>th</sup> Street**  
**Yuma, AZ 85364**

Pulmonary Office: (928) 344-1891 • Sleep Center: (928) 726-7106 • Fax: (928) 726-6306

**INSTRUCCIONES: POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS LO MEJOR DE SU CONOCIMIENTO.**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**LISTA DE CONDICIONES MEDICAS (pasado y presente):**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

**LISTA DE HOSPITALISACIONES Y CIRUGIAS:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**LISTA DE MEDICAMENTOS:**

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL:**

Ocupacion: \_\_\_\_\_  
 Status Matrimonial: \_\_\_\_\_  
 Uso de Tobacco: Nunca \_\_\_\_ Antes \_\_\_\_ Ano que paro \_\_\_\_  
 Cuanto \_\_\_\_ Fuma actualmente \_\_\_\_ Cuanto \_\_\_\_  
 Alcohol: Nunca \_\_\_\_ Anterior \_\_\_\_ Presente \_\_\_\_  
 Casi diario \_\_\_\_ Cuanto \_\_\_\_  
 Drogas Recreacionales: Nunca \_\_\_\_ Actualmente \_\_\_\_  
 Anteriormente \_\_\_\_ Ano que dejo \_\_\_\_  
 Alguna ves a usado drogas por medio de las venas \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

Edad presente (o edad de muerte): \_\_\_\_\_  
 Padre: \_\_\_\_\_  
 Madre: \_\_\_\_\_  
 Hermanos/as: \_\_\_\_\_  
 Hijos: \_\_\_\_\_  
 Alguna persona de su familia a tenido asma, cancer de lo pulmones, enfisema, tuberculosis, ataque el corazon?

|                    |    |    |
|--------------------|----|----|
| Presion Alta:      | SI | NO |
| Cancer:            | SI | NO |
| Ataque el Corazon: | SI | NO |
| Embolia:           | SI | NO |
| CHF:               | SI | NO |
| Ulceras/Reflujo:   | SI | NO |

**CIRUGIAS:**

|                              |    |    |
|------------------------------|----|----|
| Anginas:                     | SI | NO |
| Appendix:                    | SI | NO |
| Vesicula:                    | SI | NO |
| Cirugia en los pulmones:     | SI | NO |
| Puente de arteria coronaria: | SI | NO |
| Histerectomia:               | SI | NO |

**REVISION DE SISTEMAS (Marque "SI" o "NO.")**

1. **Digestivo:** Acides \_\_\_\_ Vomito \_\_\_\_  
 Sangre en los desechos \_\_\_\_ Ictericia \_\_\_\_  
 Estreñimiento \_\_\_\_ Diarrea \_\_\_\_  
 Dificultad al tragar \_\_\_\_ Dolor abdominal \_\_\_\_  
 Cambio en los habitos de desecho \_\_\_\_
2. **Constitucional:** Perdida de peso \_\_\_\_ Fiebre \_\_\_\_  
 Fatiga \_\_\_\_
3. **Oidos/Nariz/Garganta/Ojos:** Cataratas \_\_\_\_  
 Voz ronca \_\_\_\_ Dolor de garganta \_\_\_\_
4. **Cardiovascular:** Dolor en el pecho \_\_\_\_  
 Palpitaciones \_\_\_\_ Perdida de aire con esfuerzo \_\_\_\_
5. **Respiratorio:** Tos \_\_\_\_ Corta respiracion \_\_\_\_  
 Ronquido en el pecho \_\_\_\_
6. **Genitourinario:** Problemas pasando la urina \_\_\_\_  
 Sangre en la urina \_\_\_\_ (ultima menstruasion) \_\_\_\_  
 ardor al orinar \_\_\_\_ Historia de enfermedades  
 transmitida sexualmente \_\_\_\_
7. **Hematologico:** Transfusiones de sangre \_\_\_\_ Sangra o  
 se le marca la piel facilmente \_\_\_\_
8. **Musculoesqueletico:** Dolor en la coyuntura \_\_\_\_  
 Hinchazon de coyuntura \_\_\_\_ Dolor muscular \_\_\_\_
9. **Neurologico:** Dolor de cabeza \_\_\_\_ Asimientos \_\_\_\_  
 Perdida de conocimiento \_\_\_\_
10. **Psycologico:** Estres emocional \_\_\_\_ Ansiedad \_\_\_\_ Se  
 siente deprimido \_\_\_\_ Se siente suicida \_\_\_\_
11. **Dermatologico:** Sarpullido \_\_\_\_ Cancer de piel \_\_\_\_
12. **Endocrina:** Desorden de la tiroides \_\_\_\_  
 Diabetes \_\_\_\_
13. **Sueno:** Roncando \_\_\_\_ Para de respirar \_\_\_\_  
 Cansancio excesivo durante el dia \_\_\_\_

SLEEP CENTER OF YUMA  
ASHVIN K. SHAH, M.D., P.C.  
MARVIN LESSER, M.D.  
2110 W. 24<sup>th</sup> Street  
Yuma, AZ 85364

Pulmonary Office: (928) 344-1891 • Sleep Center: (928) 726-7106 • Fax: (928) 726-6306

## POLIZA DE FINANCIACION

Nos gustaría tomar esta oportunidad para bienvenirlo y agradecerles que nos hayan escogido para el cuidado de su salud. Lo siguiente es la poliza de financiancia para la practica de Ashvin K. Shah, M.D, P.C. Por favor léalo, firme la poliza y complete la forma de registraci3n antes de ver al medico. Si gustara una copia de la poliz de financiancia por favor informe a la recepcionista. **Por favor tenga en mente que si tiene un lapso de mas de seis años de no tener tratamiento en nuestra oficina su registros ser3n destruidos despu3s de eso seg3n lo indicado.**

**Considerando Aseguranza/Visitas de Oficina/Admisi3n de Hospital:** Su poliza de aseguranza es un contrato entre usted y la compa1a de aseguranza; no somos un partido al contrato. Manaremos la cuenta a las compa1as de seguros no contratantes como cortesía para su visita de la oficina. Si somos proveedores con su compa1a de seguro, los co-pagos y deducibles son debidos a la hora de servicio. **Referencia requerida por la compa1a de seguro debe de ser presentado al a recepci3n; si una referencia no es obtenida para el tiempo de servicio la cita ser3 cambiada por otro día. Obtener la referencia es la responsabilidad del paciente.** Servicios obtenidos en el hospital ser3n cobrados a su compa1a de seguro; sin embargo usted es responsable por los servicios no cubiertos. Aceptamos beneficios; sin embargo deducibles y costo se mantendr3n su responsabilidad. El medico tiene conocimiento limitado a los cobros de los pacientes. Cualquier pregunta al tartar su cobro deber3n ser dirigido al department de cobros o al supervisor. Pago complete es cobrado el día de servicio para todas las compa1as de seguros no contratados. Nuestra forma de pago son Efectivo, Cheque, Visa y Mastercard.

**Generalmente y Tarifas Acostumbradas:** Nuestra practica estas cometida a proveer el major tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es cual el generalmente acostumbrado para nuestra 3rea. Usted es responsable del pago sin importar cualquier determinaci3n arbitraria de la compa1a de seguros de acostumbrado generalmente.

**Seguros Suplementarios:** Pacientes con Medicare so le hacemos cobros a pagadores secundarios; sin embargo si su seguro secundario no paga el en plazo de 30 días despu3s de Medica usted ser3 responsable del pago y de colectar de su seguro secundario. Seguros secundarios ser3n cobrados una vez solamente, si el seguro no paga en el plazo de 30 días del cobro original usted ser3 cobrado por el balance.

**Mala Deuda/Colecci3n:** Si su cuenta se da vuelta a una agencia de coleccion, todas las visitas futuras ser3n cargadas en una base de efectivo.

**Si tiene una pregunta sobre la informaci3n de arriba, por favor no dude en consultarnos. Estamos aqu3 para ayudarle!**

**FIRMA (PACIENTE O GUARDIAN):** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

SLEEP CENTER OF YUMA  
ASHVIN K. SHAH, M.D., P.C.  
MARVIN LESSER, M.D.  
2110 W. 24<sup>th</sup> Street  
Yuma, AZ 85364

Pulmonary Office: (928) 344-1891 • Sleep Center: (928) 726-7106 • Fax: (928) 726-6306

### NOTICIA DE LA PRÁCTICA DE RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD

- Paciente firmo y acepto noticia.
- Paciente niega firmar noticia.
- Paciente no puede firmar noticia, por lo tanto el esposo firmo.
- Paciente es menor de edad y firman los padres o guardian.

FIRMA (PACIENTE O GUARDIAN): \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_