

SLEEP CENTER OF YUMA
ASHVIN K. SHAH, M.D., P.C.
MARVIN LESSER, M.D.
2110 W. 24th 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: Hombre Mujer
Apellido de soltera de madre: _____
Estado Civil (Por favor marque uno): Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a
Raza: _____ Origen étnico: _____ Idioma Preferida: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
2nd Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de casa: _____ Número de celular: _____ Correo electrónico: _____
Referido por: _____ Farmacia Preferida: _____
Ocupación: _____ Nombre de Empleador: _____
Por favor marque uno: Empleado permanente Empleado a tiempo parcial Empleado temporal
Dirección de Empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de teléfono de empleador: _____
Nombre de contacto de emergencia: _____ Relacion: _____
Numero de teléfono: _____
Como se enteró del Sleep Center of Yuma? Por favor marque uno: Doctor _____ Hospital
Compañía de seguro Familiar Amigo Cerca de la casa/trabajo Páginas amarillas Otra
Otros familiares se ven aquí: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

El paciente tiene aseguranza? Si No

Si no, por favor indique el responsable del pago:

Nombre: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: _____ ¿Esta persona es un paciente aquí? Sí No
Ocupación: _____ Empleador: _____
Dirección de Empleador: _____ Teléfono de empleador: _____

Nombre de Aseguranza Primaria: _____ SSN# de dueño: _____
Nombre de dueño de poliza: _____ Fecha de nacimiento de dueño: _____
Relación de paciente: _____
Número de poliza: _____ Número del grupo: _____

Nombre de Aseguranza Secundaria: _____ SSN# de dueño: _____
Nombre de dueño de poliza: _____ Fecha de nacimiento de dueño: _____
Relación de paciente: _____
Número de poliza: _____ Número del grupo: _____

SLEEP CENTER OF YUMA
ASHVIN K. SHAH, M.D., P.C.
MARVIN LESSER, M.D.
2110 W. 24th 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

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:

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

Firma (Paciente o guardian)

Fecha

AUTORIZACIÓN 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

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Yo por este medio autorizo pago directo a Dr. Ashvin K. Shah/Dr. Marvin Lesser por beneficios medicos, si alguno, si no pagarán 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. 24th 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:** _____

<p><u>LISTA DE CONDICIONES MEDICAS (pasado y presente):</u></p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p><u>LISTA DE HOSPITALISACIONES Y CIRUGIAS:</u></p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p><u>LISTA DE MEDICAMENTOS:</u></p> <p>1. _____ 6. _____</p> <p>2. _____ 7. _____</p> <p>3. _____ 8. _____</p> <p>4. _____ 9. _____</p> <p>5. _____ 10. _____</p> <p><u>ALERGIAS:</u> _____</p> <p><u>HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL:</u></p> <p>Ocupación: _____</p> <p>Estado Matrimonial: _____</p> <p><u>Uso de Tobacco:</u> Nunca ____ Antes ____ Año que paró ____ Cuanto ____ Fuma actualmente ____ Cuanto ____</p> <p><u>Alcohol:</u> Nunca ____ Antes ____ Presente ____ Casi diario ____ Cuanto ____</p> <p><u>Drogas Recreacionales:</u> Nunca ____ Actualmente ____ Anteriormente ____ Año que dejó ____</p> <p>Alguna ves a usado drogas por medio de las venas? _____</p> <p><u>HISTORIA FAMILIAR:</u></p> <p>Edad presente (o edad de muerte): _____</p> <p>Padre: _____</p> <p>Madre: _____</p> <p>Hermanos/as: _____</p> <p>Hijos: _____</p> <p>Alguna persona de su familia a tenido asma, cáncer de lo pulmones, enfisema, tuberculosis, ataque del corazón?</p>	<p>Presión Alta: SI NO</p> <p>Cáncer: SI NO</p> <p>Ataque del Corazón: SI NO</p> <p>Embolia: SI NO</p> <p>CHF: SI NO</p> <p>Ulceras/Reflujo: SI NO</p> <p><u>CIRUGIAS:</u></p> <p>Anginas: SI NO</p> <p>Apéndice: SI NO</p> <p>Vesicula: SI NO</p> <p>Cirugia en los pulmones: SI NO</p> <p>Puente de arteria coronaria: SI NO</p> <p>Histerectomia: SI NO</p> <p><u>REVISION DE SISTEMAS (Marque "SI" o "NO.")</u></p> <p>1. Digestivo: Acides ____ Vómito ____ Sangre en los desechos ____ Ictericia ____ Estreñimiento ____ Diarrea ____ Dificultad al tragar ____ Dolor abdominal ____ Cambio en los hábitos de desecho ____</p> <p>2. Constitucional: Pérdida de peso ____ Fiebre ____ Fatiga ____</p> <p>3. Oídos/Nariz/Garganta/Ojos: Cataratas ____ Voz ronca ____ Dolor de garganta ____</p> <p>4. Cardiovascular: Dolor en el pecho ____ Palpitaciones ____ Pérdida de aire con esfuerzo ____</p> <p>5. Respiratorio: Tos ____ Corta respiracion ____ Ronquido en el pecho ____</p> <p>6. Genitourinario: Problemas pasando la orina ____ Sangre en la orina ____ Ardor al orinar ____ (ultima menstruación) ____ Historia de enfermedades transmitida sexualmente ____</p> <p>7. Hematológico: Transfusiones de sangre ____ Sangra o se le marca la piel facilmente ____</p> <p>8. Musculoesequeletico: Dolor en la coyuntura ____ Hinchazon de coyuntura ____ Dolor muscular ____</p> <p>9. Neurológico: Dolor de cabeza ____ Asimientos ____ Pérdida de conocimiento ____</p> <p>10. Psicológico: Estrés emocional ____ Ansiedad ____ Se siente deprimido ____ Se siente suicida ____</p> <p>11. Dermatológico: Sarpullido ____ Cáncer de piel ____</p> <p>12. Endocrina: Desorden de la tiroides ____ Diabetes ____</p> <p>13. Sueño: Roncando ____ Para de respirar ____ Cansancio excesivo durante el día ____</p>
---	---

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

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

POLIZA DE FINANCIA

Nos gustaría tomar esta oportunidad para bienvenirlo y agradecerles que nos hagan escogido para el cuidado de su salud. Lo siguiente es la poliza de financoa para la práctica de Ashvin K. Shah, M.D, P.C. Por favor léalo, firme la poliza y complete la forma de registración antes de ver al médico. Si le gustaría una copia de la poliza de financia por favor informe a la recepcionista. **Por favor tenga en mente que si tiene un lapso de más de seis años de no tener tratamiento en nuestra oficina su registros serán destruidos después de eso según lo indicado.**

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

Generalmente y Tarifas Acostumbradas: Nuestra práctica esta comprometida a proveer el mayor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es cual el generalmente acostumbrado para nuestra área. Usted es responsable del pago sin importar cualquier determinación arbitraria de la compañía de seguros de acostumbrado generalmente.

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

Mala Deuda/Colección: Si su cuenta se da vuelta a una agencia de colección, todas las visitas futuras serán cargadas en una base de efectivo.

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

FIRMA (PACIENTE O GUARDIAN): _____ Fecha: _____

SLEEP CENTER OF YUMA
ASHVIN K. SHAH, M.D., P.C.
MARVIN LESSER, M.D.
2110 W. 24th 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 firma y acepta noticia.
- Paciente niega firmar noticia.
- Paciente no puede firmar noticia, por lo tanto el (la) esposo(a) firma.
- Paciente es menor de edad y firman los padres o guardian.

FIRMA (PACIENTE O GUARDIAN): _____ Fecha: _____