



1) Complete cada línea enteramente o indicar N/A    2) Escriba claramente    3) Completar todas las páginas

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Género:**  M  F **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:**  Casado/a  Soltero/a  Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Lenguaje Preferido:**  Ingles  Otro \_\_\_\_\_

**Codigo Postal:** \_\_\_\_\_ **Raza:**  Blanca  Negro/Africo Americano  
 Asia  Otro \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_  recomendado **Entidad:**  No-Hispano  Hispano  Otro: \_\_\_\_\_

**Teléfono celular:** \_\_\_\_\_  recomendado **EMPLEO PACIENTE**

**Teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_  recomendado **Empleador/escuela:** \_\_\_\_\_  
 Empleados  Jubilado  Desempleados  Estudiante

**Podemos dejamos mensajes detallados?**  
**Por favor marcar todos que se aplican:**  Casa  Celular **Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Método preferido de contacto:**  Teléfono de casa **Relación:** \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular  Correo electrónico

**Nombre de farmacia:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono :** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Médico referente:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier otro especialista que vea

**Especialista:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

**Especialista:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_ **póliza #:** \_\_\_\_\_ **Grupo#:** \_\_\_\_\_

**titular de la póliza:** \_\_\_\_\_ **fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:**  El mismo  Esposo (a)  Padre  Otro: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ **póliza #:** \_\_\_\_\_ **Grupo#:** \_\_\_\_\_

**titular de la póliza:** \_\_\_\_\_ **fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:**  El mismo  Esposo (a)  Padre  Otro: \_\_\_\_\_



Nombre paciente: \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

**VALLEY ENT** superior medical care, right in your neighborhood

[www.azvent.com](http://www.azvent.com)

**POLÍTICA FINANCIERA Y FACTURACIÓN**

Todo se intenta cumplir con los requisitos de la compañía de seguros. Puesto que las políticas y beneficios difieren entre cada tipo de seguro y los planes dentro de ellas, somos capaces de conocer los detalles de su póliza. Las compañías de seguros informar a todos los participantes que, en definitiva, es la responsabilidad del paciente para verificar beneficios e información de cobertura antes de que los servicios prestados. Valley ENT, PC no puede garantizar el costo de servicios prestados será cubierto por su seguro. Para limitar los cargos que usted puede ser responsable por favor asegúrese de que siempre tenemos información actualizada sobre su cobertura de seguro.

\_\_\_\_\_ **Inicial** Todos los pacientes son responsables por el pago en el momento del servicio. Esto incluye copagos y cualquier otra responsabilidad paciente como deducibles o cualquier coaseguro si se aplica. Recogemos en base la cantidad permitida contratado con tu seguro.

\_\_\_\_\_ **Inicial** Los pacientes son responsables de cantidades facturadas debido en caso de que nosotros no estamos contratados con su plan de seguro, no tienen seguro, no es una referencia válida en el archivo o si hay una negación de la reclamación del seguro de la compañía somos incapaces de resolver.

\_\_\_\_\_ **Inicial** Tenga en cuenta que ciertos procedimientos que se realizan en nuestra oficina no están incluidos en la visita de oficina estándar. Estos procedimientos se facturan por separado y además visitan los cargos. Algunas compañías de seguros clasifican estos procedimientos como "cirugía". A veces estos cargos, irán hacia el deducible y no será cubiertos por un copago. Los médicos de Valle sólo realizan estos procedimientos cuando lo considere médicamente necesario para mejor diagnóstico y tratamiento de nuestros pacientes. Es, en última instancia, la responsabilidad del paciente para saber cómo se aplican sus beneficios del seguro. Estos procedimientos pueden consistir en endoscopios nasales o garganta, exámenes de audición, limpiezas de oído, examen de microscopio y muchos otros procedimientos. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de qué se puede hacer durante su visita o los códigos de procedimiento, por favor no dude en pedir a la oficina o asistente médico.

\_\_\_\_\_ **Inicial** No-pago de pasado cantidades pueden dar lugar a su cita vuelve a estar programado para un momento posterior cuando eres capaz de llevar su cuenta corriente o hacer arreglos de pago.

\_\_\_\_\_ **Inicial** Si cualquier saldo se paga no completa dentro de 90 días de la recepción de una declaración, nos reservamos el derecho a entregar su cuenta a una agencia de colección. Valle ENT ofrece planes de pago si usted no puede pagar su saldo en su totalidad. La parte responsable o garante de la cuenta será responsable de todos los honorarios de colección, incluyendo gastos legales.

\_\_\_\_\_ **Inicial** Una cuota de \$40,00 se aplicará a su cuenta debe devolver el cheque por el Banco como no pagados.

\_\_\_\_\_ **Inicial** Hay una cuota de \$25,00 por formas FMLA que deben ser completados fuera de tener cirugía y cualquier médico dictado cartas para uso personal. Honorarios del abogado pueden variar en precio por la petición.

\_\_\_\_\_ **Inicial** No llegar y no llamar / cancelación: habrá un cargo de \$50,00 acusado no se presenta o cancela citas con menos de 24 horas de antelación.

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, USTED ACEPTA TODOS LOS DATOS MENCIONADOS, AUTORIZO A CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA PARA PROCESAR SUS RECLAMOS Y AUTHRORIZE PAGO DE PRESTACIONES MÉDICAS Valley ENT, PC O PROVEEDOR POR LOS SERVICIOS PRESTADOS.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre de arriba



**RECONOCIMIENTO DE PHI**

\_\_\_\_\_ **Inicial** Reconozco que han ofrecido una copia (disponible en recepción) de las normas de privacidad de Valley ENT, PC y autorizar la siguiente lista de personas que pueden recibir mi información de salud protegida. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por notificación por escrito a la oficina.

Estas personas junto con cualquier referencia o médicos de atención primaria enumerados la hoja de información para el paciente pueden recibir mi información de salud protegida:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: [ ] Esposo (a) [ ] Hijo (a) [ ] Padres [ ] Otro

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: [ ] Esposo (a) [ ] Hijo (a) [ ] Padres [ ] Otro

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: [ ] Esposo (a) [ ] Hijo (a) [ ] Padres [ ] Otro

\_\_\_\_\_ **Inicial** Reconozco y entiendo que la información se guardó en mi expediente médico confidencial y acatarían hasta revocada por mí por escrito o en persona en Valley ENT. Es mi responsabilidad notificar a mi proveedor de atención médica si ha cambiado cualquier información.

**AVISO DE PRIVACIDAD PRÁCTICA RECONOCIMIENTO**

Entiendo que, bajo la ley de portabilidad y rendición de cuentas de seguro médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi protegida información médica. Entiendo que esta información puede y será usado para: • conducta, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.

- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Conducta profesional de la salud las operaciones normales como las evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

He recibido, lea y entienda su aviso de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho a modificar su aviso de privacidad de vez en cuando y que puedo contactar con esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia vigente de la notificación de prácticas privadas.

Entiendo que puedo pedir por escrito que usted restrinja cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. También entiendo no está obligados a aceptar mi peticas restricciones, pero si usted está de acuerdo entonces que están obligados a acatar las restricciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre de arriba

**OFFICE USE ONLY (USO DE OFICINA SOLAMENTE)**

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement but was unable to do so as documented below.

Date: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_



**REVISIÓN DE SISTEMAS POR PACIENTES**

Por favor, marque SI o NO en cada sección si usted tiene o no tiene los siguientes síntomas:

<b>ENT</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
Pérdida de la audición			Dolor facial		
Zumbido en los oídos			Pérdida del olfato		
Mareos de sala spinning			Goteo posnasal		
Dolor de oído			Ronquidos		
Secreción del oído			Dificultad para deglutir		
Nariz que moquea			Dolor con la deglución		
Difícil respirar a través de la nariz			Ronquera		
Picazón en la nariz			Sangrado nasal		
Bulto en cuello					

<b>Neurológica</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Cardiovasculares</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Dolores de cabeza			Dolor en el pecho		
Entumecimiento			Palpitaciones		
Debilidad			Dificultad para respirar		
Visión borrosa					
Visión doble					

<b>Vías respiratorias</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Gastrointestinales</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Tos			Náuseas		
Dificultad para respirar			Vómitos		
Sibilancias			Diarrea		
			Sangre en heces		

<b>Génito-urinario</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Músculo-esquelético</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Ganas frecuentes de orinar			Dolor en las articulaciones		
Micción nocturna			Hinchazón en las articulaciones		
Dolor al orinar			Limitación de la movilidad		

<b>Tegumentario</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Psiquiátrico</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Piel seca			Tristeza		
Cambio de mole			Estado de ánimo anormal		
Picazón en la piel			Insomnio		
			Ansiedad		
<b>General</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
Fiebre			Anorexia		
Pérdida de peso			Fatiga		
Sudores nocturnos					



**Historia clínica**

Por favor, marque todas las que aplican

Problemas médicos (enfermedades)	
Alta Presión	
La fibrilación auricular	
Asma	
Apnea del sueño	
Reflujo ácido	
Ataque al Corazón	
Enfermedad arterial coronaria	
Desorden de la sangría	
Diabetes	
Accidente cerebrovascular	
Insuficiencia renal	
<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA</b>	
VIH	
Hepatitis B o C	
Cáncer (escriba en):	
Otros problemas médicos no mencionados:	

Más allá de cirugías (operaciones)	Año	
Tubos de timpanostomía		
Timpanoplastia		
Mastoidectomía		
Cirugía de senos		
Septoplastia		
Rinoplastia		
Amigdalectomía		
Adenoidectomía		
Tiroidectomía		
Stents cardíacos		
By-pass cardíaco		
Bandas o bypass gástrico		
Cáncer de piel		
Trasplante de riñón		
Otras cirugías:		

**Historia social**

Por favor, marque todas las que aplican

Empleo	
Estudiante	
<b>No empleadas</b>	
Empleados	
Ocupación:	

Uso de alcohol	
Nunca	
0-2 bebidas/día	
<b>3 + bebidas/día</b>	

Tabaco			
Nunca		Actualmente fuma	
Anterior: Año Started _____		< 1 paquete/día	
Año Quit _____		1-2 paquetes/día	
<b>Vaping: Año Started _____</b>		3 + paquetes/día	
_____ Año dejar de fumar			

**Historia familiar**

Por favor, marque todas las que aplican

Historia familiar	Miembro de la familia	Miembro de la familia
Asma		Sinusitis
Pérdida de la audición		Bocio de la tiroides
Desorden de la sangría		Problemas de anestesia
Accidente cerebrovascular antes de 60		Ataque al corazón antes de 60
Enfermedad de Meniere		Cáncer de tiroides

