

**BIENVENIDO A NUESTRA PRACTICA!**

**OBLIGATORIO SI MARCADO EN TINTA NEGRA Y CON\*\***

**MOUNTAIN FAMILY MEDICINE**

9710 S. McCarran Blvd., Reno, NV 89523-9203

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE [Por favor, escriba claramente en tinta- complete toda la información ]**

Apellido:		Nombre:		Initial:
Dirrección de Correo:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
# Telefono De Casa:	#Celular:	# De Trabajo:		
**Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo (Circule Uno): Masculino Femenino	***# De Seguro Social:	
Estado Civil (Circule Uno): Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)		Numero de Licencia:		Estado de Emisión:
Raza:	Origen Etnico:	Idioma Preferido:	Email:	

**INFORMACIÓN DE EMPLEO:**

Empleado (Circule Uno): Si No		Estudiante (Circule Uno):		Tiempo Completo	Parcial
Empleador/ Escuela:		Empleador/Escuela # Telefono:		Ocupación/ Nivel de Grado:	
Empleador/Escuela Dirrección de Correo:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

**CONTACTO DE EMERGENCIA/INFORMACIÓN DE CÓNYUGE\*\***

Contacto de Emergencia Nombre:		Relacion:	# Telefono:
Cónyuge (Si es Distinto Del de arriba):		Dirrección Completa:	# Telefono:

**PADRES RESPONSABLES/GUARDIAN [Si el Paciente es menor de edad]\*\***

Nombre**:		Relacion:	# Telefono:
Dirrección Completa:		# Telefono De Casa:	# De Trabajo:
**Fecha de Nacimiento / /	***# De Seguro Social:		Sexo (Circule Uno): Masculino Femenino

**INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO [Se Requiere Copia De Su tarjeta al Registrarse]\*\***

Nombre del Asegurado Primario **:		Dirrección Completa:		
# Telefono De Casa:	# De Trabajo:	Empleador:	Relacion al Paciente:	
Fecha de Nacimiento** / /	Seguro Social Del Primario**:		Sexo (Circule Uno): Masculino Femenino	
Compañía De Seguro Medicó:		# De Identificación:	# De Grupo:	# Telefono:
Dirrección de Compañía Aseguradora:				

**INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO [Se Requiere Copia De su tarjeta Ay Registrarse]\*\***

Nombre Del Asegurado Secundario**:		Dirrección Completa:		
# Telefono De Casa:	# De Trabajo:	Empleador:	Relacion al Paciente:	
Fecha de Nacimiento** / /	Seguro Social Del Asegurado**:		Sexo (Circule Uno): Masculino Femenino	
Compañía De Seguro Medicó:		# De Identificación:	# De Grupo:	# Telefono:
Dirrección de Compañía De Seguro Medicó:				

**Registro Medicó/Proveedor:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MEDICA**

<b>Alergias** [incluya alergias a medicamentos y alimento]**</b>		[***Liste adicional en el reverso del fulmolario***]
1.	2.	
3.	4.	
5.	6.	

<b>Medicamentos Actuales** [incluya sustancias controladas]**</b>		[***Liste adicional en el reverso del fulmolario***]
1.	Dosis:	
2.	Dosis:	
3.	Dosis:	
4.	Dosis:	
5.	Dosis:	

<b>Sirugias Previas o Enfermedades Graves/Ingresos hospitalarios</b>			[***liste adicional en el reverso del fulmolario***]
Fecha:	Explicar:	Donde:	
Fecha:	Explicar:	Donde:	
Fecha:	Explicar:	Donde:	
Fecha:	Explicar:	Donde:	

<b>Ultimo Papanicolau**:</b>	<b>Ultimo Mamograma**:</b>	<b>Ultima Colonoscopia**:</b>	<b>Ultimo Examen De Prostata**:</b>
Fecha de ultima vacuna TD:	Antineumococica:	Vacuna contra Influenza:	
Esta listado en el registro de vacunacion del estado?	(Circule uno) Si No desconocido	Lista otro registro estatal:	
Proporciono una directiva anticipada? Si o No	Proporciono una carta de poder? Si o No	Proporciono otras directivas medicas? Si o No	

<b>Antecedentes Familiares – hay alguien en su familia imediata que a sido diagnosticado con lo siguiente? [***Por favor circule todo lo que aplique***]</b>		<b>Cuantas bebidas alcoholicas consume</b> Diario _____ Semanal _____ Mensual _____	
Cancer EPOC Insustencia Cardiaca Ataque al Corazon Diabetes TBO	Derrame Cerebral Presion Alta Cholesterol Alto Enfermedad de Ojos	<b>Toma Drogas Illicitas?</b> Si _____ No _____ Lista: _____	<b>Es Adicto a Narcoticos?</b> Si _____ No _____ Lista: _____
Es consumidor de Tabacco? [Circule uno]: Si No	Si aplica cuando dejo el Tabacco? _____	Tiene problemas con caidas o estabilidad? Describe: _____	

Fui referido a esta oficina por: \_\_\_\_\_

Nombre \*\*: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \*\*: \_\_\_\_\_  
 [Por favor escriba su nombre]

- Yo autorizo la entrega de todos los documentos médicos a un médico de referencia y / o centro medico designado con el fin de garantizar el debido seguimiento y continuidad de mi atención medica. También estoy de acuerdo que si mi compañía de seguros o la agencia gubernamental de beneficios requiere que yo firme un formulario de consentimiento del paciente HIE para relé electrónico de mi información de salud individual y me niego me voy a negar al servicio. Estoy de acuerdo que una copia de mi expediente médico puede ser liberado por correo, fax, teléfono o transmisión electrónica según lo considere necesario Mountain family medicine. Entiendo que la confidencialidad de mi expediente no se puede garantizar mediante estos métodos.
- Entiendo que tengo que traer mi tarjeta de seguro(s) e identificación con foto para todas las citas y que hay un co-pago de \$25.00 dólares mínimo debido al momento de registrarme para los servicios a menos que se especifique lo contrario por mi compañía de seguros . Pacientes sin seguro deberán pagar la totalidad cantidad debida al momento de salida para tener derecho a ningún tipo de descuento. Entiendo que

cualquier pagos vencidos deben ser pagados a Mountain Family Medicine antes de que otros servicios se pueden realizar en el momento de cada visita.

3. Entiendo que seré responsable de reembolsar inmediatamente a Mountain Family Medicine por el total cargo de fondos insuficientes o pagos rechazados por mi institución financiera, junto con el reembolso de los cargos incurridos por Mountain Family Medicine y una penalidad adicional evaluada por Mountain Family Medicine en la cantidad de \$ 25.00. Todos los pagos posteriores a Mountain Family Medicine pueden requerir el pago en efectivo, cheque bancario o giro postal, a su discreción.
4. Entiendo que Mountain Family Medicine tiene una poliza de cancelación de 24 horas y que se me puede personalmente cobraron \$50.00 para cualquier citas perdidas sin la notificación requerida. Además, si me olvido de una cita de nuevo paciente sin necesidad de notificación, no puedo programar otra cita a menos que sea aprobada por el proveedor.
5. Entiendo que, en conformidad con los reglamentos federales y farmacéuticas, si me niego a dar mi número de seguro social a mountain Family Medicine, mi proveedor no será capaz de electronicamente mandar ninguna recetas de medicamentos y esto puede resultar en un retraso de servicio. Además, entiendo que si mi compañía de seguros o agencia gubernamental de beneficios requiere que proporcione mi personal (o de mi parte responsable / Guardian) seguro social, mountain family medicine negaran servicios hasta que se proporcione.
6. Entiendo que es mi responsabilidad contactar mi farmacia para cualquier renovación de prescripción en un mínimo de 48 a 72 horas de antelación que expira y se pondrá en contacto con el proveedor de la autorización para volver a llenar. Además si tengo cualquier sustancia controlada / narcóticos que necesiten una renovacion voy a necesitar ponerme en contacto con la oficina del proveedor al menos 48 a 72 horas antes con el fin de obtener las recetas preparadas por el proveedor a tiempo.
7. Entiendo que todos los niños menores de edad que no se están viendo en la oficina por un proveedor no deberán permanecer en la zona de recepción sin supervisión o se me puede pedir que reprogramar mi cita.
8. Entiendo que debido a posibles problemas de salud y seguridad, los únicos animales permitidos en la práctica son certificados animales de servicio y se me pedirá que se quite cualquier otro de la localidad de inmediato, ya sea traído por mí mismo o alguien que me acompaña a la oficina para el servicio o mi cita tendrá que ser reprogramada.
9. Entiendo que si no hablo ingles es mi responsabilidad de traer un traductor adulto conmigo a cualquiera de las visitas programadas o tener a alguien que pueda traducir por mí para hablar con el proveedor o miembros del personal de Mountain Family Medicine si llamo a la oficina.
10. Entiendo que yo he llenado el formulario de Mountain Family Medicine Donde no sólo enumere mi información de contacto de emergencia (en este documento), pero una forma separada denominada "Familia y Amigos Liberación de Información Protegida de Salud", que designa a las únicas personas que el proveedor o miembros del personal de Mountain Family medicine pueden hablar con respecto a cualquier aspecto de mi cuidado o condición médica. También entiendo que soy responsable de modificar este formulario si debe cambiar mi estado personal en el futuro o cambiar las personas que se mencionan.

FIRMA DE PACIENTE/GUARDIAN : \_\_\_\_\_

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

Nota: Si en algun momento desea cambiar la informacion que nos ha proporcionado, por favor haganoslo saber. Gracias

*MOUNTAIN FAMILY MEDICINE*