



PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - CONFIDENCIAL

Apellido: _____ Nombre _____ IM _____
Fecha de nacimiento: _____ N° de SS _____ Sexo: Masculino Femenino
Dirección: _____
Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono del hogar: _____ Teléfono laboral: _____ Celular: _____
Idioma Preferido _____ Raza: _____ Etnia: _____
Correo electrónico de Padres: _____
Empleador: _____
Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____
Médico remitente: _____ Teléfono: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha efectiva: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
¿Cómo se enteró de PCA?: _____

ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN RELACIONADA A LOS SERVICIOS MÉDICOS PROPORCIONADOS

Por medio de la presente, asigno todos los beneficios a Pacific Cardiovascular Associates Medical Group, Inc por los servicios prestados a mi persona o a dicho paciente. Autorizo a cualquiera que posea información médica sobre mi persona o sobre dicho paciente, a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Comprendo que mi firma solicita que el pago sea realizado a Pacific Cardiovascular Associates y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. He proporcionado toda la información del seguro a fines de facturación y entiendo los procedimientos de la misma. Entiendo que soy responsable de todos los costos no cubiertos por mi póliza de seguro, incluyendo, entre otros, copagos, deducibles y servicios no cubiertos. También estoy de acuerdo en pagar el cargo por “no presentarse” si no cumplo con una cita sin avisar con suficiente antelación. También estoy de acuerdo en completar todo el papeleo necesario para que mi compañía aseguradora pague el reclamo; y acepto la responsabilidad por todos los cargos si mi compañía aseguradora no remite el pago en mi nombre.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por medio de la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de PCA. También reconozco que una copia del aviso vigente estará publicado en el área de recepción, y que habrá una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad modificado disponible en cada cita.

Quiero recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad modificado por correo electrónico en: _____

Copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en línea www.pcacardiology.com



PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

En general, las reglas de privacidad de HIPAA le dan a las personas el derecho a solicitar una restricción en la utilización y divulgación de su información de salud protegida (protected health information, PHI). Esta persona también tiene el derecho a solicitar que el o los comunicados confidenciales de PHI se hagan a través de métodos alternativos, como por ejemplo, mandar la correspondencia a la oficina de esta persona en vez de a su casa.

Deseo que se me comunique de la siguiente manera (marque todas las que correspondan):

- Número de Teléfono Preferido _____ Dejar un mensaje con información detallada
- Número de Teléfono Secundario _____ Dejar un mensaje con información detallada

INFORMACIÓN DE DIVULGACIÓN CONFORME A HIPAA

Al completar el presente, otorga autorización para que un persona tercero, además de usted, tenga acceso a los horarios de sus citas programadas, concierte una cita y sea informado acerca de los resultados de la prueba e información general con relación a su salud.

¿Tiene alguna restricción de divulgación con respecto a los detalles de la cita, los resultados de las pruebas y/o la información general de salud?

No Si

Si usted marcó no, por favor enumere con quién podemos hablar con respecto a su información general de salud?

Restrinja el acceso a lo siguiente:

1. _____ Relación _____
NOMBRE
2. _____ Relación _____
NOMBRE

Al firmar a abajo, autorizo PCA a través de proveedores o directamente a ponerse en contacto conmigo por mensaje de texto SMS o correo electrónico para servirme mejor. PCA me enviará mensajes por texto SMS o correos electrónicos a través de los socios de alcance de PCA para ayudarme a mí o a los miembros de mi familia a proporcionar comentarios, recordarme de citas y permanecer mejor conectado con la práctica. Entiendo que las tarifas de mensajes/datos pueden aplicarse a los mensajes enviados a través de PCA a mi teléfono celular. Sé que no tengo ninguna obligación de autorizar a PCA a enviarme mensajes de texto como parte de este programa. Puedo optar por no recibir estas comunicaciones de PCA en cualquier momento llamando a PCA al (877-430-7337)

Firma del paciente/padre/tutor: _____ Fecha: _____

Si no es el paciente, indique su relación: _____



Plan de Asociación de Pacientes

Estimado paciente,

Bienvenido a nuestra consulta. Asegurarnos del bienestar cardiovascular de nuestros pacientes y sus familias ha sido la misión de PCA durante 30 años. Todos los días no esforzamos en proporcionarle con el cuidado de más alta calidad que usted espera y se merece. El proporcionar el **mejor cuidado posible** requiere una "sociedad" entre usted y su médico. Para embarcarnos en esta "sociedad para su salud" le solicitamos su ayuda y que esté de acuerdo con lo siguiente. Puede que esta no sea una lista exhaustiva pero remarca lagunas áreas clave.

1. Cumpla con sus citas de consulta, seguimiento o de exámenes.

Entiendo que las citas de consulta, seguimiento o de exámenes son muy importantes para iniciar y/o ejecutar mi plan de tratamiento. En el transcurso de estas citas, mi médico puede ordenar exámenes, revisar mi plan de salud, recetar medicamentos o incluso descubrir y tratar una condición grave de salud. Si no me presento a la cita, o la pierdo y no la reprogramo, corro el riesgo de que mi médico no detecte y trate una condición grave de salud.

Además, entiendo que perder o no presentarme a una cita causa dificultades considerables a mi médico y no es justo para otros pacientes que quieren acceder a los servicios de cardiología en la consulta de mi médico. Daré todo mi esfuerzo para notificar a mi médico, su enfermero/a o su equipo de programación con un mínimo de **48 horas de anticipación** de la cancelación de mi cita y reprogramar las citas a las que falté lo antes posible.

Si no puede llegar a su cita a causa de una emergencia genuina, no se le cobrará ningún cargo de cancelación, siempre y cuando proporcione documentación o evidencia de la emergencia. En cualquier otra circunstancia se le cobrará una "tarifa de \$50.00 por cancelación o por no presentarse", sin excepción, por faltar a una cita que no haya sido cancelada con 48 horas de antelación.

2. Póngase en contacto con el consultorio del médico cuando no sepa de los resultados de laboratorio y otros exámenes.

Entiendo que el objetivo de mi médico es informarme de los resultados del laboratorio y los exámenes tan pronto como sea posible. Sin embargo, si no me entero de nada por parte del consultorio de mi médico dentro del tiempo acordado, llamaré al consultorio por los resultados de mis exámenes. Si mi información de contacto ha cambiado notificaré a PCA de mi nueva información.

3. Informaré a mi médico si decido *no* seguir su plan de tratamiento recomendado.

Entiendo que luego de examinarme, mi médico puede hacer ciertas recomendaciones basadas en lo que siente que es lo mejor para mi salud. Esto puede incluir recetar medicamentos, ordenar exámenes, realizar procedimientos, derivarme a otros especialistas, ordenar pruebas de laboratorio o incluso solicitarme que vuelva al consultorio dentro de determinado tiempo. Entiendo que *no* seguir el plan de tratamiento es mi derecho pero puede tener graves efectos negativos en mi salud. Le haré saber a mi médico si decido no seguir sus recomendaciones así puede informarme detalladamente de cualquier riesgo asociado a mi decisión de demorar o rechazar el tratamiento.

Gracias por ser socio. Como nuestro paciente, tiene derecho a ser informado sobre el cuidado de su salud. Le invitamos **en cualquier momento** a hacer preguntas, informar síntomas o discutir cualquier preocupación que pueda tener. Si necesita más información sobre su salud o condición, pregunte. Estamos aquí para asistirlo a mejorar y que lleve una vida activa y saludable.

Nombre del paciente (impresión)

Fecha

Firma del paciente/padre/tutor:



PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Esta autorización permite al/los proveedor/es de atención médica enumerados a continuación a divulgar información médica y registros confidenciales. Nota: La *información y los registros sobre el tratamiento de menores, VIH, condiciones psiquiátricas/mentales o abuso de alcohol/sustancias tienen reglas especiales que requieren una autorización específica.*

AUTORIZACIÓN

Mediante la presente autorizo a: _____
Nombre y dirección del proveedor de atención médica

A divulgar información sobre mi historia clínica, enfermedades o lesiones, consultas, recetas, tratamientos, diagnósticos o pronósticos, incluyendo radiografías, correspondencia y/o registros médicos enviados por correo, fax u otros medios electrónicos.

Para: _____
Nombre

Dirección Ciudad Estado Código postal

Fax Correo electrónico

La información/registros médicos se utilizarán con el siguiente fin: _____

Esta autorización es:
[] Ilimitada (todos los registros, excepto abuso de sustancias, salud mental, tratamiento/diagnóstico de VIH)
[] Limitada a la siguiente información médica: _____

También doy mi consentimiento para la divulgación de los siguientes registros:

Abuso de drogas/alcohol/sustancias _____ (inicial) Pruebas de anticuerpos contra el VIH _____ (inicial)
Psiquiatría/salud mental _____ (inicial) Diagnóstico/tratamiento de VIH _____ (inicial)
Información genética _____ (inicial)

DURACIÓN (no puede exceder más de 2 años)
Esta autorización será efectiva de manera inmediata y permanecerá en efecto hasta _____
Fecha

RESTRICCIONES

No se permiten permisos adicionales para la utilización o divulgación de esta información médica a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que dicha divulgación sea específicamente exigida o permitida por la ley.

Se considerará efectiva y válida como el original una fotocopia o facsímil de esta autorización.

Se me ha informado del derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente o *representante legal/personal*

Relación *si no es el paciente*

Nombre del paciente (EN IMPRENTA)

Fecha

Número de seguro social del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Nombre del testigo (impresa)

Firma del testigo



PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

♥ ANTECEDENTES DE SALUD CARDIOVASCULAR DE PACIENTE (PROPIA) ♥
CONFIDENCIAL

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre Apellido IM

Sexo: Masculino Femenino Nombre Padre: _____

Ocupación actual o de la que se jubiló de Padres: _____ Estado civil de Padres: _____

Contacto elegido Número: _____

Síntomas médicos actuales / dolencias:

Lista de alergias (medicamentos, alimentos, etc.):

Enumere todos los medicamentos (incluya las dosis y la forma en que se toman)

MEDICAMENTO	DOSIS	CÓMO/CUÁNDO SE TOMAN

ENUMERE LAS OPERACIONES MÉDICAS Y LAS FECHAS

1.
2.
3.
4.
5.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Si tiene familiares vivos, enumere sus problemas de salud y las edades. Si han fallecido, escriba la edad y la causa de la muerte.

MADRE	FALLECIDO	HERMANAS	FALLECIDO	HERMANOS	FALLECIDO
PADRE	FALLECIDO				

Si tiene familiares cercanos con antecedentes de enfermedad cardíaca, colesterol alto, presión arterial alta, accidente cerebro vascular, diabetes, cáncer, etc., indique su relación, la condición médica específica y su edad:

PADRES ANTECEDENTES SOCIALES:

- ¿Usted fuma? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuántos por día? _____
- ¿Alguna vez a fumado? Sí No Si la respuesta es sí, ¿por cuántos años? _____
- Si dejó de fumar, ¿hace cuánto? _____ ¿A qué edad comenzó? _____



PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

• Para su hijo/a, indique qué clase de ejercicios, la frecuencia y la duración (por ej., camina 3 veces a la semana durante 20 minutos):

• ¿Su hijo/a Sigue alguna dieta especial? Sí No Baja en sal Baja en grasas Baja en colesterol

Otra: _____

• ¿Utiliza o ha utilizado drogas para la pérdida de peso, recetadas o no recetadas? Sí No

PACIENTE FACTORES DE RIESGO (marque todos los que correspondan):

- Si es una mujer, ¿sigue menstruando? Sí No
- ¿Está embarazada? Sí No
- Si la respuesta es no, ¿sigue utilizando anticonceptivos? Sí No

Fecha de la última radiografía de pecho: _____

Fecha del último electrocardiograma: _____

PACIENTE REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|
| • Dolor de pecho en reposo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Dolor de pecho al ejercitar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Palpitaciones (el corazón late fuertemente, acelerado) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Falta de aliento a la noche / al estar acostado | <input type="checkbox"/> En reposo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Al ejercitar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ |
| • Dolor de la pantorrilla / pierna al caminar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Cardiopatía reumática | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Hinchazón de los pies o tobillos (edema) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Mareos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzaron: _____ | |
| • Tos con o sin expectoración | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Náusea / Vómitos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzaron: _____ | |
| • Heces con sangre o negras | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Hepatitis o ictericia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Moretones o sangrado fácil | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Trastorno de las tiroides | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Jaquecas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Calambres en las piernas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Trastorno neurológico | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |
| • Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que lo diagnosticaron _____ Tipo _____ | |
| • Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fecha en que comenzó: _____ | |

Firma del paciente/padre/tutor: _____

Fecha: _____