



PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - CONFIDENCIAL

Apellido: _____ Nombre _____ IM _____
Fecha de nacimiento: _____ No de SS (ultimos 4) _____ Sexo (al nacer): Masculino Femenino
Correo electrónico: _____
¿Le gustaría estar inscrito en nuestro programa Portal del Paciente? Sí No
Dirección: _____ Apt/Unidad: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Licencia de conducir #: _____ Estado: _____ Expira: _____ Estado civil: _____
Idioma preferido: _____ Raza: _____ Origen étnico: _____
Médico referente/PCP: _____ Teléfono: _____
Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Compañía de seguros: _____ ID #: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha efectiva: _____

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

Por la presente asigno todos los beneficios a Pacific Cardiovascular Associates Medical Group, Inc. por los servicios prestados a mí o a dicho paciente. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí o dicho paciente a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que el pago se realice a Pacific Cardiovascular Associates y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. He dado toda la información de mi seguro con fines de facturación y comprendo los procedimientos de facturación. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por mi póliza de seguro, incluidos, entre otros, copagos, deducibles y servicios no cubiertos. También acepto completar toda la documentación necesaria para que mi reclamo sea pagado por mi compañía de seguros y acepto la responsabilidad total por todos los cargos si mi compañía de seguros no remite el pago en mi nombre.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Por la presente reconozco que se me ofreció una copia del Aviso de prácticas de privacidad de PCA. Además, reconozco que se publicará una copia del aviso actual en el área de recepción, y que una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad enmendado estará disponible en cada cita.
- Me gustaría recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad enmendado al correo electrónico anterior.



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 ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

Teléfono (mensaje de voz) | Mensaje de texto |
Correo electrónico (verifique su bandeja de entrada de correo no deseado)

HIPAA DISCLOSURE INFORMATION

Al completar esto, le otorga permiso a otra persona para que tenga acceso a los horarios de las citas programadas, programe una cita y esté informado sobre los resultados de las pruebas e información general sobre 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 Sí

Si marcó no, ¿a quién podemos divulgar la información además de usted?

- | | | |
|----|--------|----------|
| 1. | NOMBRE | Relación |
| 2. | NOMBRE | Relación |

Al firmar a continuación, autorizo a PCA a través de sus proveedores o directamente a comunicarse conmigo por mensaje de texto SMS o correo electrónico para brindarme un mejor servicio. PCA me enviará mensajes de texto o correos electrónicos a través de los socios de extensión de PCA para ayudarme a mí o a los miembros de mi familia a brindar comentarios, recordarme citas y permanecer mejor conectado con la práctica. Entiendo que se pueden aplicar tarifas de mensajes/datos a los mensajes enviados a través de PCA a mi teléfono celular. Sé que no tengo ninguna obligación de autorizar a PCA para que me envíe 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: _____ Fecha: _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación:

Padre o tutor o paciente menor de edad Guardián o curador de un incompetente



PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

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 proporciones 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



PACIFIC CARDIOVASCULAR ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.
A Professional Corporation

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

3080 Bristol Street, Suite 600
 Costa Mesa, CA 92626
 Fax: (714) 445-0245

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

♥ HISTORIAL DE SALUD CARDIOVASCULAR DEL PACIENTE ♥
 ♥ CONFIDENCIAL ♥

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Síntomas medicos actuales / Quejas:

Para síntomas relacionados con las venas, como — Venas varicosas, arañas vasculares, hinchazón o dolor. (Por favor informe a la enfermera)

FACTORES DE RIESGO (Marque todos los que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Embarazada/o podría estar embarazada | <input type="checkbox"/> Historia del accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Estrés indebido | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Posmenopáusica | <input type="checkbox"/> Exceso de peso |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de bypass previa | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> Historia de stent/angiograma | <input type="checkbox"/> Cirugía valvular previa |

Enumere todos los medicamentos (incluya la dosis y cómo se toma):

MEDICAMENTO	DOSIS	CÓMO/CUÁNDO SE TOMA

ENUMERE TODAS LAS ALERGIAS (medicamentos, alimentos, etc.): _____

ENUMERE TODAS LAS OPERACIONES MÉDICAS PRINCIPALES Y FECHAS:

HISTORIA FAMILIAR:

Enumere todos los parientes cercanos con antecedentes de enfermedad cardíaca, colesterol alto, presión arterial alta, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer, etc., indique su relación, condición médica específica y su edad:

HISTORIA SOCIAL:

- ¿Fuma actualmente? Sí No / En caso afirmativo, ¿cuánto por día? _____
- ¿Alguna vez has fumado? Sí No / Si es sí, vera bajo:
 ¿A qué edad empezaste a fumar? _____ ¿A qué edad dejaste de fumar? _____
- ¿Bebes alcohol? Sí No / En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana? _____
- Si dejó de beber, ¿hace cuánto tiempo? _____
- ¿Bebe cafeína o usa medicamentos estimulantes recetados o sin receta? Sí No / En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____ ¿Cuánto por día? _____