



**MEDICAL & WELLNESS
CENTERS**

Informacion del Paciente

Nombre: _____, _____, _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____
(Primero) (Apellido)

Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____ **Direccion:** _____
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Telefono de Casa: ____ - ____ - ____ **Telefono de Celular:** ____ - ____ - ____ **Correo Electronico:** _____

Estado de Empleo (*Circule uno*): Empleado Desempleado Estudiante Tiempo Completo Estudiante de Miedo Tiempo Retirado Nino/a Otro

Race	Ethnicity	Religion
Afroamericano	Hispano/Latino	Hindu
Hispano/Latino	No Hispano/Latino	Jewish
Asiatico	Niego Revelarlo	Christian
Americano	Otro:	Catholic
Niego Revelarlo		Niego Revlarlo
Otro:		Otro:

Informacion de Emergencia

Nombre: _____ **Relacion:** _____

Telefono de Casa: ____ - ____ - ____ **Telefono de Celular:** ____ - ____ - ____

Informacion de Farmacia

Nombre de Farmacia: _____ **Direccion:** _____
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Telefono de Farmacia: ____ - ____ - ____

2901 N. CLYBOURN AVENUE
2412 W. FULLERTON AVENUE
2550 W. FULLERTON AVENUE

CHICAGO, IL, USA 60618
CHICAGO, IL, USA 60647
CHICAGO, IL, USA 60624

(773) 770 6073
(773) 423 6178
(773) 423 6178



**MEDICAL & WELLNESS
CENTERS**

Informacion de Salud

	Si	No	Fecha
Ultimo exam fisico			
Tiene la vacuna de tetanus?			
Tiene la vacuna de pneumonia?			
Tiene la vacuna de la gripe?			
Ultimo colonscopia			
Ultimo mamograma			
Ultimo papanicolau			
Ultimo examen de los pies			
Ultimo examen de los ojos			
Ultimo electrocardiograma			

Historia de Cirugias:

Tiene alergias?

Lista de Medicaciones:

2901 N. CLYBOURN AVENUE
2412 W. FULLERTON AVENUE
2550 W. FULLERTON AVENUE

CHICAGO, IL, USA 60618
CHICAGO, IL, USA 60647
CHICAGO, IL, USA 60624

(773) 770 6073
(773) 423 6178
(773) 423 6178



MEDICAL & WELLNESS
CENTERS

HIPAA Compliance Patient Consent Form

Nuestro aviso de practicas de privacidad proporciona informacion sobre como podemos usar o divulgar informacion de salud protegida. El aviso contiene una seccion de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted asegura que con su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los terminus del aviso pueden cambiar, de ser así, se le notificara en su proxima visita para actualizar su firma/fecha. Usted tiene derecho a restringir como se usa y divulga su informacion de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atencion medica. No estamos obligados a aceptar esta testriccion, pero si lo hacemos respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsibilidad de Seguros Medicos de 1996) permite el uso de la informacion para el tratamiento, el pago o las operaciones de atencion medica. Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgacion de su infomacion medica protegida y el uso potencialmente anonimo en una publicacion. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocacion no sera retroactive.

Al firmar este formulario, entiendo:

- La informacion de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atencion medica.
- La practica se reserve el derecho de cambiar la politica de privacidad segun lo permita la ley.
- La practica tiene el derecho de restringir el uso de la informacion, pero la practica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesaran.
- La practica puede condicionar la recepcion del tratamiento al momento de la ejecucion de este consentimiento.

Podemos telefonarle, enviarle un correo electronico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? SI NO

Podemos dejar un mensaje en su contestador automatic en casa o en su telefono celular? SI NO

Podemos discutir su condicion medican con algun miembro de su familia? SI NO

Si la respuesta es **SI** inidque los miembros permitidos:

2901 N. CLYBOURN AVENUE
2412 W. FULLERTON AVENUE
2550 W. FULLERTON AVENUE

CHICAGO, IL, USA 60618
CHICAGO, IL, USA 60647
CHICAGO, IL, USA 60624

(773) 770 6073
(773) 423 6178
(773) 423 6178



**MEDICAL & WELLNESS
CENTERS**

Firma: _____ Fecha: _____

Responsabilidad Financiera del Paciente

Como cortesía para nuestros pacientes, nos hemos inscrito en numerosos programas de seguro de cuidado administrado. Nos complace poder brindarle este servicio, y haremos todo lo posible para verificar la cobertura y facturar a su compañía de seguros correctamente. Sin embargo, no nos es posible seguir todos los requisitos individuales de cada plan.

Es responsabilidad de cada paciente conocer los detalles de su plan de seguro además de cualquier falla en la cobertura del seguro. Cualquier cambio que ocurra debido a restricciones del plan de seguro o lapsos en la cobertura es, en última instancia, responsabilidad del paciente. Desafortunadamente, si no nos informa de los requisitos especiales requeridos por su plan y ordenamos los servicios médicamente necesarios, tales como análisis de laboratorio, hospitalización o suministros que no están cubiertos por su plan; podemos facturarle directamente por esos cargos. Si la cobertura actual del seguro no se puede verificar antes de cada cita, el pago se realizará en el momento del servicio.

Proporcionar la más alta calidad de atención médica para nuestros pacientes es nuestra principal preocupación. Estamos más que dispuestos a brindar atención dentro de las pautas de su plan de seguro, siempre que sea posible. Con su cooperación, debe poder recibir todos los beneficios de seguro a los que tiene derecho, y podremos enfocar nuestros esfuerzos en esforzarse por brindarle una excelente atención médica.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las siguientes políticas y acepto los derechos y responsabilidades que se describen en ellas:

- Responsabilidad financiera del paciente.
- Derechos del paciente con respecto a los registros médicos.
- Confidencialidad y privacidad de los registros médicos.

2901 N. CLYBOURN AVENUE
2412 W. FULLERTON AVENUE
2550 W. FULLERTON AVENUE

CHICAGO, IL, USA 60618
CHICAGO, IL, USA 60647
CHICAGO, IL, USA 60624

(773) 770 6073
(773) 423 6178
(773) 423 6178



**MEDICAL & WELLNESS
CENTERS**

Por la presente, autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria sobre mi diagnóstico y tratamiento con el fin de garantizar el pago de mi compañía de seguros; y por lo tanto, autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al médico por cualquier servicio prestado que yo no pague directamente.

Firma: _____ Fecha: _____

Política de Cancelación/No Presentación

Entendemos que hay ocasiones en las que debe perder una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede evitar que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, la situación puede surgir cuando otro paciente no puede cancelar, y no podemos programar una visita, debido a un libro de citas aparentemente "completo".

Si una cita no se cancela con al menos 24 horas de anticipación o no se presenta a su cita, se le cobrará una tarifa de veinticinco (\$ 25) en dólares; esto no estará cubierto por su compañía de seguros.

Imprimir nombre:

Firma:

Fecha:

2901 N. CLYBOURN AVENUE
2412 W. FULLERTON AVENUE
2550 W. FULLERTON AVENUE

CHICAGO, IL, USA 60618
CHICAGO, IL, USA 60647
CHICAGO, IL, USA 60624

(773) 770 6073
(773) 423 6178
(773) 423 6178