

Informacion del paciente			
Nombre:	Apellido:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
<input type="checkbox"/> Numero de casa	<input type="checkbox"/> Numero de trabajo	<input type="checkbox"/> Numero de celular	
Correo electronico:			
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN:	Licencia de manejar:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/> en una relacion <input type="checkbox"/> divorciado/a <input type="checkbox"/> seperado/a	Preferido contacto: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Numero de casa <input type="checkbox"/> Numero de trabajo <input type="checkbox"/> Numero de celular	Raza: <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Anglosajon <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Como se entero de nosotros?			
Estado de empleo: <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> de tiempo completo <input type="checkbox"/> retirado <input type="checkbox"/> estudiante <input type="radio"/> tiempo completo <input type="radio"/> tiempo parcial			
Nombre del empleador:		Ocupacion:	
Estado de empleo de su conyuge : <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> de tiempo completo <input type="checkbox"/> retirado <input type="checkbox"/> estudiante <input type="radio"/> tiempo completo <input type="radio"/> tiempo parcial			
Empleador de conyuge:		Ocupacion de conyuge:	
<b>Responsable financiero:</b>		<input type="checkbox"/> mismo como paciente	relacion al paciente:
Nombre:	Apellido:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
*Preferido telefono	<input type="checkbox"/> Numero de casa	<input type="checkbox"/> Numero de trabajo	<input type="checkbox"/> Numero de celular
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN:	Licencia de manejar:	
Contacto en caso de Emergencia:			
1. Nombre:		Relacion de paciente:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:		Ciudad:	Estado: Codigo postal:
*Preferido telefono	<input type="checkbox"/> Numero de casa	<input type="checkbox"/> Numero de trabajo	<input type="checkbox"/> Numero de celular
2. Nombre:		Relacion de paciente:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:		Ciudad:	Estado: Codigo postal:
*Preferido telefono	<input type="checkbox"/> Numero de casa	<input type="checkbox"/> Numero de trabajo	<input type="checkbox"/> Numero de celular

información del seguro:			
1. Aseguranza medica:		Domicilio:	Parentesco del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> la misma persona <input type="checkbox"/> conyuge <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> otro: _____
Telefono:		# de poliza:	# de grupo:
2. Seguro secundario:		Domicilio de seguro secundario:	Parentesco del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> la misma persona <input type="checkbox"/> conyuge <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> otro: _____
Telefono:		# de poliza:	# de grupo:
¿ accidente trabajo o auto? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	¿tiene un abogado? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Informacion de abogado (nombre y telefono)	
Directive avanzada			
<input type="checkbox"/> no disponible <input type="checkbox"/> no resucitar <input type="checkbox"/> poder notarial duradero <input type="checkbox"/> testamento en vida <input type="checkbox"/> reprecentetive salud Fecha de la revision: _____			
Historia Medica			
Condicion	Año	Condicion	Año
<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesicula	
<input type="checkbox"/> Alergias. Tipo: _____		<input type="checkbox"/> GERD (reflujo)	
<input type="checkbox"/> Anemia		<input type="checkbox"/> Hepatitis C	
<input type="checkbox"/> Angina (dolor de pecho)		<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (Cholesterol alto)	
<input type="checkbox"/> Ansiedad		<input type="checkbox"/> Hipertension (alta presion)	
<input type="checkbox"/> Artritis (Reumatoide or Osteoartritis)		<input type="checkbox"/> Síndrome del intestine irritable	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Enfermedad del higado	
<input type="checkbox"/> Articulacion artificial		<input type="checkbox"/> Migraña	
<input type="checkbox"/> Coagulos de sangre		<input type="checkbox"/> Ataque al corazon	
<input type="checkbox"/> Cancer – ¿donde? _____		<input type="checkbox"/> Osteoporosis	
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral		<input type="checkbox"/> Enfermedad de ulcera peptica	
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon		<input type="checkbox"/> Agrandamiento de la prostata (BPH)	
<input type="checkbox"/> COPD (Enfisema)		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal o riñon	
<input type="checkbox"/> Crohn's Disease		<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo	
<input type="checkbox"/> Depresion		<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Otra: _____	
Maintanance Salud			
Examen	Fecha	Examen	Fecha
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Examen de los pies	
<input type="checkbox"/> Examen de los senos		<input type="checkbox"/> Exmen ginecologico	
<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo cardiaco		<input type="checkbox"/> Vacuna contra la influenza	
<input type="checkbox"/> Colonoscopia / Sigmoidoscopia		<input type="checkbox"/> Panel de lipidos	
<input type="checkbox"/> DEXA/Bone Scan (radiografia)		<input type="checkbox"/> Mamografia	
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		<input type="checkbox"/> Examen de papanicolau	
<input type="checkbox"/> EKG		<input type="checkbox"/> Examen fisico	
<input type="checkbox"/> Examen de la vista		<input type="checkbox"/> Vacuna contra el neumococo	
<input type="checkbox"/> FOBT (tarjeta de heces para detector sangre oculta)		<input type="checkbox"/> Vacuna contra tetanos	

<b>Historial de cirugía</b>			
<b>Procedimiento quirurgico</b>	<b>Año</b>	<b>Procedimiento quirurgico</b>	<b>Año</b>
<input type="checkbox"/> Ninguno		<b>Solo para masculino</b>	
<input type="checkbox"/> Angioplastia		<input type="checkbox"/> Biopsia de prostata	
<input type="checkbox"/> Angioplastia con stent		<input type="checkbox"/> TURP	
<input type="checkbox"/> Apendectomia		(reseccion transurethral de la prostata)	
<input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla		<input type="checkbox"/> Vasectomia	
<input type="checkbox"/> Cirugia de espalda		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> CABG (bypass de Corazon)			
<input type="checkbox"/> Liberacion del tunel carpiano		<b>Solo para feminina</b>	<b>Año</b>
<input type="checkbox"/> Extraccion de cataratas		<input type="checkbox"/> Mamoplastia de aumento	
<input type="checkbox"/> Colectomia (vesicula biliar)		<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas bilateral	
<input type="checkbox"/> Colectomia		<input type="checkbox"/> Biopsia de mama	
<input type="checkbox"/> Colostomia		<input type="checkbox"/> Cesarea	
<input type="checkbox"/> Bypass gastric		<input type="checkbox"/> D and C (dilatacion & legrado)	
<input type="checkbox"/> Reparacion de hernia		<input type="checkbox"/> Histerectomia	
<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera		<input type="checkbox"/> Mastectomia	
<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla		<input type="checkbox"/> Miomectomia	
<input type="checkbox"/> LASIK cirujia de ojo		<input type="checkbox"/> Mamoplastia de reduccion	
<input type="checkbox"/> Biopsia hepatica		<input type="checkbox"/> TAH/BSO	
<input type="checkbox"/> Marcapaso		<input type="checkbox"/> Histerectomia vaginal	
<input type="checkbox"/> Reseccion del intestine delgado		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Tiroidectomia			
<input type="checkbox"/> Amigdalectomia		<input type="checkbox"/> Otra cirugia: _____	
<b>Solo para mujeres:</b>			
Embarazos anteriores: numeros total de embarazos: _____ numero de nacimientos: _____			
numero de abortos involuntarios: _____ numero de abortos: _____ numero de hijos vivos: _____			
Ultimo dia del periodo menstrual: _____ numero de dias entre los ciclos: _____			
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> severo			
¿que tipo de metodo anticonceptivo utiliza? <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> si, tipo: _____			
<b>Medicamentos</b>			
<input type="checkbox"/> no tomo ningun medicamento			
<b>Nombre del medicamento</b>		<b>Nombre del medicamento</b>	
<b>Medicamentos y alergias de comida y animales (etc.)</b>			
<input type="checkbox"/> alergias no conocidas			

Historial familiar					
<input type="checkbox"/> no se conocen condiciones medicas familiares		<input type="checkbox"/> Adoptado			
Diagnostico	padre	madre	hermano	hermana	Otro miembro de la familia
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer's Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAD (ataque de corazon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer – ¿donde?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CVA (derrame cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperlipidemia (Cholesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertension (alto presion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindrome del intestino irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad psiquiatrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad vascular periferica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra: (especifica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historial social del paciente (adulto)					
¿tiene hijo(s)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cuantos?	Feminina #:	Masculino #:	
Uso de tabaco <input type="checkbox"/> No	<b>Fumador actual:</b> ¿Cuanto por dia?___ ¿Cuantos años?___ <b>Ex Fumador:</b> ¿Cuanto por dia?___ ¿Cuantos años?___ <input type="checkbox"/> pasado/año renuncio:_____		<input type="checkbox"/> Cigarillo <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Vapor	<input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> masticar	
Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> cotidiano <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> menos # de bebidas por dia?_____ por semana?_____ <input type="checkbox"/> pasado/año renuncio:_____	<input type="checkbox"/> cerveza <input type="checkbox"/> vino <input type="checkbox"/> Licor <input type="checkbox"/> Otra:_____			
Uso de drogas ilicitas <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> cotidiano <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> menos Ultima vez que utilizo:_____	<input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> cristal de metanfetamina <input type="checkbox"/> anfetaminas <input type="checkbox"/> Otra:_____			
Consumo de cafeina <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> cotidiano <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> menos <input type="checkbox"/> pasado/año renuncio:_____	<input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Tabletas <input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Te <input type="checkbox"/> Otra:_____			
Actividad de ejercicio	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Mederar <input type="checkbox"/> Vigoroso Dias por semana:      tipo de ejercicio:	Patrones de sueño: <input type="checkbox"/> cambios <input type="checkbox"/> sin cambios			
historial social de paciente pediátrico					
Paciente vive con:	<input type="checkbox"/> madre	<input type="checkbox"/> padre	<input type="checkbox"/> ambos padres	<input type="checkbox"/> Otra:	
Occupacion de madre:			Occupacion de padre:		
La relacion de los padres: <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> seperado/a			Cuidado de los niños: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niñera <input type="checkbox"/> guarderia de infantil		
¿Expu esto al tabaco? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Paciente es un fumador actual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Fumadores en la casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

## Poliza de pago

### CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO:

Yo / Nosotros por la presente consiento y autorizo el rendimiento de todos los tratamientos, cirugías y servicios médicos que se consideren aconsejables por los médicos y el personal de Stewart Medical Group en lo que respecta a mí o al menor de los cuales yo soy el padre o tutor legal antes mencionado . Por la presente certifico que, a lo mejor de mi conocimiento, todas las declaraciones contenidas en adelante son ciertas. Entiendo que yo, o mi representante autorizado, tengo el derecho de decidir si aceptar o rechazar este plan de atención. Voy a solicitar cualquier información que yo quiero tener mi atención médica y haré mis deseos. También por este medio autorizo Stewart Medical Group para liberar la información solicitada por la compañía de seguros y / o de sus representantes. Entiendo completamente este acuerdo y consentimiento a seguir hasta que se cancele por mí por escrito.

\_\_\_\_\_  
inicial

### RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:

- Usted es responsable de todos los cargos resultantes de tratamiento proporcionado por Stewart Medical Group Facturamos mayoría de las compañías de seguros; sin embargo, la responsabilidad principal de la cuenta es suya. Cualquier saldo restante adeudado por usted es debido cuando usted recibe su primera factura, a menos que se tomen otras medidas financieras.
- Su copago siempre es debido en el momento del servicio. Usted es responsable de saber cuál es el monto de su copago es, y de asegurar que se recoge en cada visita. La cuota será evaluada por cualquier copago que su seguro evalúa que no se pagó en el momento del servicio.
- Si creemos que es necesario para enviar su cuenta a las colecciones, se le requerirá para hacer un pago en el momento de cada una de sus próximas visitas con nosotros o te pueden ser lanzado como un pago.
- Menor: Los pacientes menores de 18 años de edad será la responsabilidad del padre custodio (s)

\_\_\_\_\_  
inicial

### FACTURACIÓN DE SEGUROS:

- Por favor traiga su tarjeta médica actual con usted a cada cita como requerimos una copia de su tarjeta de seguro para estar en los archivos de nuestra oficina. Esto es para asegurar la exactitud.
- Es su responsabilidad de proporcionar información actual facturación de seguros precisa. Si su información de seguro cambia, por favor proporcione la información nueva de seguros inmediatamente para que podamos asegurar a todos sus cargos se facturan a la compañía de seguros correcta. si su cobertura de seguro no está en vigor en el momento de recibir la atención, o si su plan no cubre los servicios que recibe, usted será responsable de pagar los cargos en su totalidad.

\_\_\_\_\_  
inicial

### NOTIFICACIÓN DE LIBERACIÓN DE PAGO:

Entiendo que Stewart Medical Group revelará el diagnóstico y la información pertinente en la medida necesaria para asegurar el pago de las compañías de seguros y los contribuyentes susceptibles de terceros. Entiendo que esta descripción, a menos que expresamente limitada por mí por escrito, se extenderá a todos los aspectos del tratamiento, incluyendo las pruebas y / o el tratamiento para el VIH / SIDA, enfermedades de transmisión sexual, el abuso de sustancias, o las condiciones de salud mental.

Por la presente instruyo y ordeno que paga \_\_\_\_\_ Insurance Company por cheque a STEWART MEDICAL GROUP, 1024 S. Garfield Ave. Alhambra, CA 91801-4762, o si mi póliza actual prohíbe el pago directo al médico, a continuación, este medio también instruir y dirigir a hacer el cheque a mí y enviarlo por correo a STEWART MEDICAL GROUP a la dirección anterior, para el profesional o médica beneficios de gastos admisibles y de otra manera pagadero a mí bajo mi póliza de seguro actual como pago hacia los cargos totales por los servicios profesionales prestados. ESTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA POLÍTICA. Este pago no excederá mi deuda al cesionario mencionado anteriormente, y me he acordado pagar de una manera actual, el saldo de dicha cargos por servicios profesionales por encima de este pago del seguro.

\_\_\_\_\_  
inicial



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**CHEQUES DEVUELTOS:**

Es nuestra política de oficina para cobrar una tarifa de \$ 25.00 por cheques devueltos sin importar la razón.

\_\_\_\_\_  
inicial

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:**

· Al obtener el pago de servicios, autorizo Stewart Grupo Médico de proporcionar información de mi expediente médico para cualquier empresa que puede ser responsable por el pago de todo o parte de mis cargos

· Si he sido referido por, o estoy siendo referido a otro proveedor de atención médica, autorizo Stewart Medical Group liberar mi información médica a ese proveedor para la atención continuada.

\_\_\_\_\_  
inicial

· también asigno Stewart grupo médico todos los pagos a los que tengo derecho por gastos médicos relacionados con los servicios reportados misma. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean cubiertos por el seguro o no.

I, O MI AGENTE DESIGNADO, LEÍDO, TOTALMENTE ENTIENDE Y ACEPTA LAS DECLARACIONES ANTERIORES. HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTA INFORMACIÓN.

\_\_\_\_\_  
nombre \_\_\_\_\_  
fecha

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS

El paciente es \_\_\_\_\_ año (s) de edad no puede firmar debido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Relacion de paciente \_\_\_\_\_  
fecha

**Regístrate continuación si la divulgación de información no está autorizada:**

Por lo tanto, estoy de acuerdo para pagar los costos de todos los tratamientos y servicios personalmente.

\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente \_\_\_\_\_  
fecha

**HIPAA y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido una copia de Stewart Medical Group Aviso de prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo Stewart Medical Group puede utilizar y divulgar mi información protegida de salud, ciertas restricciones sobre el uso y divulgación de mi información de salud, y los derechos que pueda tener acerca de mi información de salud protegida.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Relacion de paciente