

**Información del paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial S.N.

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Estado civil:  U  C  V  D

**Datos demográficos (Requeridos por los Centros de Servicios de Medicare/Medicaid)**

Raza:  Indio americano  Asiático  Blanco  
 Negro o Afroamericano  Nativo de Hawái o isleño del Pacífico  Rechazar a especificar

Etnicidad:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Rechazar a especificar

**Guardián legal**

Si el paciente es menor de 18 años, necesitamos el nombre de su tutor legal:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia**

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Información del seguro de salud**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_ Deducible: \$ \_\_\_\_\_

Fecha efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

**Historial médico**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

Indique su(s) problema(s) médico(s) y cuánto tiempo le han afectado:

\_\_\_\_\_

¿Cuál es su síntoma principal?

\_\_\_\_\_

Marque las enfermedades o condiciones que ha tenido:

- Cáncer     Asma     Hepatitis     Diabetes     Glaucoma     Problema cardíaco     ERGE  
 Problema de venas     Enfisema     Trastorno Nervioso     Presión arterial alta  
 Tendencias sangrantes     Problema de tiroides     Neumonía     Enfermedad del riñón     Colesterol alto  
 Artritis     Ansiedad     Depresión

Operaciones anteriores con fechas:  Año de amigdalectomía: \_\_\_\_\_  Año de apendicectomía: \_\_\_\_\_

Otras Operaciones y el año: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?  Sí  No Año: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última colonoscopia? Año: \_\_\_\_\_ ¿Quién es su Gastroenterólogo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última prueba cutánea de tuberculosis o radiografía de tórax? Año: \_\_\_\_\_

Indique cualquier otra enfermedad que NO requiera operación por la cual fue hospitalizado:

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido lesiones graves, huesos rotos, etc.?  Sí  No Lista: \_\_\_\_\_

Peso actual: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha estado en este peso? \_\_\_\_\_

Indique cualquier alergia a medicamentos:

Medicamento

Reacción/síntomas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico al Yodo o al látex?  Sí (circule, Yodo o látex)  No

Apunte cualquier otro médico o especialista que vea regularmente:

\_\_\_\_\_

**Mujeres**

Solo para mujeres: Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de abortos espontáneos: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del último período menstrual: \_\_\_\_\_ Los períodos son:  Regular  Irregular

¿Has pasado por la menopausia?  Sí  No

¿Alguna complicación en los embarazos? Por favor indique:  
\_\_\_\_\_

Ultima mamografía Fecha: \_\_\_\_\_  Normal  Anormal

Ultima prueba de papanicolaou Fecha: \_\_\_\_\_  Normal  Anormal

### Hombres

Solo para hombres: ¿Cuándo fue su último análisis de sangre de la próstata (PSA)? \_\_\_\_\_

### Historial de vacunas

Sus vacunas: Por favor verifique las vacunas que ha recibido:

Vacuna contra el tétano

Año de la última inyección: \_\_\_\_\_

Pneumovax

Año de la última inyección: \_\_\_\_\_

Influenza

Año de la última inyección: \_\_\_\_\_

Vacunas contra el COVID

Año de la última inyección: \_\_\_\_\_

Vacuna de refuerzo COVID

Año de la última inyección: \_\_\_\_\_

### Farmacia

Nombre de su farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Historia cultural

#### Nivel de Educación:

Primaria

Colegio vocacional

Secundaria

Graduado/Profesional

¿Hay algún problema de visión o audición que afecte su capacidad para comunicarse bien?  Sí  No

¿Existen limitaciones para comprender o seguir instrucciones (ya sean escritas o verbales)?  Sí  No

Ocupación: \_\_\_\_\_

#### Situación de vida actual:

Hogar unifamiliar

Hogar multigeneracional

Sin hogar

Centro de enfermería especializada

Refugio

Otro

¿Hay algún problema o preocupación personal que le gustaría discutir?

Sí  No

¿Hay alguna preocupación cultural o religiosa que tenga en relación con nuestra prestación de atención?

Sí  No

¿Hay algún problema financiero que afecte directamente su capacidad para manejar su salud?

Sí  No

¿Tendrá transporte confiable para todas sus citas?

Sí  No

¿Con qué frecuencia recibe el apoyo social y emocional que necesita?

Siempre  Usualmente  A veces  Rara vez  Nunca

## Historia social

**A continuación, se presentan preguntas sobre su estilo de vida actual:**

¿Ha viajado fuera de los EE. UU.?  Sí  No ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has fumado, está fumando, o vapeado?  Sí (circula, Fuma o Vape)  No

En caso de que sí, entonces:

¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo renunciaste o has dejado de fumar? \_\_\_\_\_

¿Tomas bebidas alcohólicas?  Sí  No ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has consumido o consume actualmente drogas ilícitas?  Sí  No

En caso de que sí, por favor indica:

¿Utiliza actualmente productos de Cannabis en alguna forma?  Sí  No

En caso afirmativo, descríballo:

¿Consumo de cafeína?  Sí  No

Tipo: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

Rutina de ejercicios: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido relaciones con personas del mismo sexo?  Sí  No

¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_



**Historia familiar**

Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Desorden sangrante	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Migrañas	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Obesidad	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la próstata	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Carrera	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad ulcerosa	<input type="checkbox"/> Sí	Paterno/Materno ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> No

### Consentimiento de contacto del paciente

Yo, \_\_\_\_\_, por lo presente doy mi consentimiento para que **Michael Curley, M.D.** y su personal se comuniquen conmigo con respecto a resultados, referencias, citas y cualquier otro problema de salud a través de:

Marque todo que se puede aplicar:

**No contactar a nadie más que a mí**

Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Contestador automático/ Mensaje de voz (*Entiendo que se pueden aplicar tarifas de mensajes/datos a los mensajes enviados por PromiseCare Medical Group o sus afiliados bajo mi plan de telefonía celular.*)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Enviar por correo a la dirección de casa indicada

Mensaje con cónyuge/amigo/cuidador (lista a continuación)

Otro:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Consentimiento del paciente para el cumplimiento de HIPAA

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1994 ("HIPAA"), la práctica familiar de **Michael Curley, M.D.** no divulga información médica confidencial sobre su tratamiento a familiares o amigos, excepto a un padre/tutor legal u otras personas autorizadas por el paciente.

Si trae a otra persona a la sala de examen durante una cita regular o de emergencia, asumiremos sin objeciones que la persona tiene derecho a escuchar o recibir información sobre su problema médico y/o tratamiento.

#### Aviso de práctica de privacidad

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted asegura que con su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos este acuerdo. La ley HIPAA permite el uso de la información para operaciones de tratamiento, pago u atención médica.

**Estado de directiva anticipada**

Este es un reconocimiento de que el médico o uno de los miembros de su personal me ha proporcionado y discutido la información sobre las Directivas anticipadas de atención médica.

1. Tengo 18 años o más.  Sí  No

2. Entiendo que tengo la opción de elaborar una Directiva anticipada de atención médica para mi atención médica. Mi médico me ha proporcionado información por escrito sobre estas Directivas anticipadas de atención médica. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a mi(s) médico(s) todos los documentos necesarios para llevar a cabo mis directivas anticipadas de atención médica.

3. Soy consciente de que las directivas anticipadas de atención médica pueden ser cualquiera de los siguientes:

a. Un poder notarial duradero para el cuidado de la salud

b. La declaración en la Ley de muerte natural: por ejemplo, un testamento en vida

c. Puedo escribir mis deseos en papel para que mi familia pueda usar el documento para decidir mi tratamiento médico en caso de que no pueda hacerlo.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Este documento formará parte de mi expediente médico.**

*Nota: La información de la directiva anticipada de atención médica se revisa con el miembro al menos cada 5 años y según corresponda a las circunstancias del miembro.*

**RECONOCIMIENTO**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Formulario de garantía de elegibilidad del seguro**

I, \_\_\_\_\_, por la presente certifico que soy elegible para cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ un plan de salud, a partir de fecha \_\_/\_\_/\_\_. **Michael Curley, M.D.** es mi doctor primario.

Entiendo que, si no soy elegible para cobertura con mi seguro, soy responsable de TODOS los cargos por servicios prestados. También entiendo que es mi responsabilidad como paciente notificar a la oficina de cualesquiera cambios realizados con mi cobertura de seguro (cambios de copago, cambios de compañía de seguros, etc.)

1. Seguro privado: esta oficina facturará todos sus cargos. Muestre su tarjeta de seguro en la ventanilla. Le solicitamos que pague cualquier deducible que no haya sido alcanzado, y cualquier copago o porcentaje al momento de su visita. Si tiene un copago o un porcentaje, recuerde que se esperará el pago en el cheque de cada visita.
2. Medicare: Esta oficina facturará todos sus cargos. Muestre su tarjeta de Medicare en la ventanilla. Le pedimos que pague cualquier deducible de Medicare que aún no haya alcanzado y su copago del 20 % en el momento de su visita. Si tiene un seguro secundario, proporcione esa información a la recepción, para que podamos facturarle a su secundario, y se le facturará después de su visita.
3. PPO/HMO: Si está cubierto por una compañía de seguros con la que tenemos contrato, presente su tarjeta en la recepción. Facturaremos a su seguro después de cobrar su copago al comienzo de su visita.
4. Efectivo: Si no tiene seguro, se esperará el pago en el momento de su visita. Los cargos variarán según la duración y el alcance de su visita al consultorio.

NOTA: Recibirá una factura por separado del laboratorio por todos los servicios de laboratorio solicitados (es decir, pruebas de Papanicolaou, análisis de orina, análisis de sangre, etc.). Estos cargos no están incluidos en nuestra factura. SI SU ASEGURADORA ESTÁ CONTRATADA CON UN LABORATORIO ESPECÍFICO, DEBE NOTIFICARNOS EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. USTED ES RESPONSABLE DE INFORMAR A LA ENFERMERA PARA QUE SE PUEDAN REALIZAR LAS ORDENES CORRECTAS.

He leído la siguiente información y entiendo mi obligación financiera con la oficina de **Michael Curley, M.D.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Políticas de la oficina

### Políticas Financieras:

Estamos dedicados a brindarle la mejor atención posible y queremos que comprenda completamente nuestras políticas financieras. Por favor, pregunte si tiene alguna pregunta sobre la política financiera.

### Políticas de prescripción:

Permitir 48-72 horas para todos los resurtidos de medicamentos controlados de lunes a jueves

- No se proporcionarán recargas de medicamentos controlados los sábados o domingos.
- Debe llamar a su farmacia para obtener un resurtido de todos los medicamentos no controlados.
- No espere hasta que se le acaben los medicamentos para comunicarse con su farmacia.
- Llame a su farmacia al menos una semana antes de terminar sus medicamentos.

### Código de conducta del paciente:

Bienvenido a nuestra práctica. Nuestros proveedores y personal intentan que su experiencia de atención médica sea lo mejor posible. Entendemos que el sistema de atención médica puede ser confuso y frustrante con sus propios problemas de salud. Ya sea resurtir recetas, referencias a especialistas, análisis de laboratorio o radiografías, puede haber muchas partes móviles en el entorno de atención médica actual. Tenga la seguridad de que nuestro personal hará todo lo posible para ayudarlo o satisfacer sus necesidades. Sin embargo, los médicos y el personal no tolerarán nada de lo siguiente:

- Abuso físico o verbal de cualquier tipo
- Citas perdidas repetidas (3 o más citas no presentadas/canceladas)
- Incumplimiento de cualquier orden recomendada por el proveedor, incluyendo:
  - No tomar los medicamentos según lo prescrito
  - No haber completado ordenes de estudios diagnósticos (laboratorios, radiografías o procedimientos)
  - Incumplimiento de nuestro acuerdo de sustancias controladas

Cualquiera de los comportamientos enumerados anteriormente puede resultar en su despido de esta práctica debido al incumplimiento del código de conducta del paciente. Creemos que estos comportamientos comprometen la relación de médico/paciente y la calidad de la atención que podemos brindar.

*Le agradecemos su comprensión y le damos la bienvenida como paciente.*

---

Firma del paciente

---

Fecha

**Políticas de citas**

**Citas:**

Nuestro horario es solo con citas, pero nuestro personal hará todo lo posible para acomodar las solicitudes urgentes.

**Llegadas tardes:**

A partir del 1 de marzo de 2011, la oficina se reserva el derecho de reprogramar su cita si llega más de quince (o diez según otras formas) minutos tarde de su cita programada. Pedimos disculpas por este inconveniente, pero implementaremos esta nueva política para brindar atención de calidad a todos los pacientes de manera oportuna.

**No se presenta:**

Sabemos que habrá momentos en los que no podrá cumplir con las citas que programó. Solo le pedimos que, si esto ocurre, nos llame con 24 horas de anticipación para que podamos proporcionar su horario de cita a otro paciente. Si no nos notifica y no cumple con su cita, se le cobrará una tarifa de "no presentarse" de \$ 25.00. Nuestra práctica implementará esta política de "No presentarse" a todos los pacientes.

Reconozco que he leído y entendido estas nuevas políticas:

---

Firma del paciente

---

Fecha