

BIENVENIDOS A LOUDOUN EAR NOSE AND THROAT

(LENT)

En orden para mantener, el mejor tipo de servicio para nuestros pacientes, Ud. necesita completar todas formas de registracion. Toda su informacion personal mantemos en confianza. Las reglas HIPAA requiere su firma para mandar su informacion a su seguro y proporcionar cuidado. Si Ud. No desea dar la informacion apropiada y desea someter al seguro por su cuenta usted sera responsable por los cargos de la cita de hoy .

Nombre de paciente: _____ fecha de nacimiento: _____ sexo: _____

(Para citas y someterse a seguro)

numero de seguro social: _____

direccion _____ ciudad _____ estado _____ zip _____

numero de telefono: _____ numero de celular: _____ contacto de emergencia: _____

Quien podemos dar gracias por la referencia:

PPO M.D. remitir (coordinación cuidado) _____

Remitirse

Informacion de su seguro primario

Por favor, tenga su tarjeta de seguro y identificacion listo para copier.
(LENT no somtemos a seguro segundo)

Nombre de seguro _____ nombre primario de la policia: _____

fecha de nacimiento asegurado primario: _____ seguro social: _____ relación: _____

Assignment of Benefits

Si mi seguro no cubre o pague esta oficina, yo tengo la responsabilidad de pagar la cita en total.

Nombre de la persona responsable: _____ numero de tel: _____

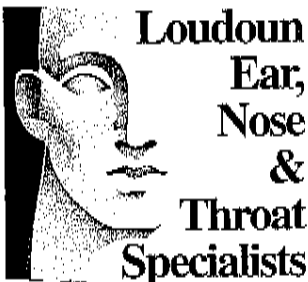
Direccion (si diferente del paciente): _____

Yo entiendo que es posible que mi seguro no cubre esta cita.

- LENT, Dr. Betsy Vasquez o Dr. Lisa Fox no es especialista en mi seguro
- El paciente no este cubrido por su seguro
- La policia esta terminado
-

Yo certifico que la informacion es correcto. Yo autorizo el pago directo de beneficio seguros privado solo pagan por servicios que determinan razonable y en el formulo bajo la seccion 1862(a)(1) de Medicare Ley. Seguro privado comercials pueden negar cobertura por las siguiente razones.

Firma de Paciente/Guardian: X _____ Fecha: _____



Lisa Fox, M.D.
Betsy Vasquez, M.D., FACS
 Diplomate, American Board of Otolaryngology - HNS

46090 Lake Center Plaza
 Suite 104
 Sterling, Virginia 20165
 (703) 421-1700
 Fax (703) 421-5550

Nombre del paciente: _____
 Fecha de hoy: _____
 Que Edad tiene: _____
 Razon por la cita: _____

Cuanto peso: _____

Garganta o Nariz:
 Problemas del oído
 Le sangra la nariz frecuentemente
 Le duele la garganta frecuentemente
 Problemas con los dientes o encías

Esta recibiendo atención médica con otro doctor?
 Nombre de doctor: _____
 Razon para sus visitas: _____

	Sí	No
Constitucional:		
Es usted generalmente saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A aumentado/bajado de peso recientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene resfriados/gripa frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga crónica (>6 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular:		
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematológico:		
Flebotis/coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurológico:		
Migrañas (dolores de cabeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entumecimiento/perdida de sensación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastro Intestinal:		
Problemas del estomago/ intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pecho:		
Dificultad al respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema/bulto/cirugias de los senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel:		
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salpullido o comezón crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro problema de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos:		
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de visión (además de lentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIA FAMILIAR

	Sí	No
¿Fue adoptada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguien en su familia tiene:		
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón antes de 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIA PERSONAL

	Sí	No
1. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Condición genética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Colesterol alto o lípidos altos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Enfermedad/murmullo del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hepatitis/mononucleosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problemas con la visicula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Enfermedad de las tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tos crónica/tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Útero anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Enfermedad inflamatoria del pelvis (DIP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. LEEP de la cerviz/rayos láser/biopsia de cono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Trastorno de la coagulación de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Anemia de celulas (sickle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Huesos quebrados/fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Recibe consejería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Reemplazo de hormonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. A tenido cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Estancias en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiene Alergia algun medicamento
 Si No

Nombre de la medicina alergia: _____

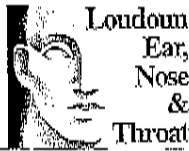
Tiene alergia de latex o productos de anestesia?
 Si No

Esta tomando medicamentos (Incluso remedies de hierbas o vitaminas)?
 Liste por favor: _____

Toma café? si no # tasas _____
 Toma usted Bebida Alcoholicas? si no # por semana _____
 Fuma? # cig al día _____

Firma de la paciente: _____

Nombre: _____



Lisa Fox, M.D.
Betsy Vasquez, M.D., FACS
 Diplomate, American Board of Otolaryngology - HNS

46090 Lake Center Plaza

HIPAA - Aviso de Procedimientos En Asuntos Confidenciales de Salud

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud, describe la forma en que nosotros podríamos utilizar y revelar su información médica protegida (PHI) a efecto de llevar a cabo su tratamiento, pago o en asuntos administrativos relacionados con su salud (TPO) y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para tener acceso y control sobre su información médica protegida. La "información médica protegida" es información que se refiere a usted, e incluye información demográfica, que lo identifica y lo relaciona con alguna condición física o mental presente, pasada o futura, y los servicios médicos asociados con el tratamiento de esta condición.

Uso y Diseminación de Información Médica Protegida

Su información médica protegida podrá ser utilizada y revelada por su médico, el personal en nuestra oficina y otras fuentes externas a nuestra oficina que estén involucradas en su tratamiento, con el propósito de proveer servicios médicos para usted, para ayudarle durante el proceso del pago por los servicios médicos de los que usted fue objeto, en apoyo a los asuntos administrativos de la oficina médica que le presta sus servicios, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Nosotros utilizaremos y revelaremos su información médica protegida a efecto de proveer, coordinar, o administrar sus servicios médicos y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su tratamiento médico con una tercera entidad. Por ejemplo, nosotros revelaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud que le proporcione asistencia. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proveída a otro médico que el doctor le recomiende, a efecto de asegurar que este médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar su caso.

Pago por Servicios: Su información médica protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por los servicios médicos de que fue objeto. Por ejemplo, cuando se requiere que ingrese a un hospital, es posible que se requiera que aspectos relevantes de su historial médico protegido, tengan que ser revelados a la compañía de seguros, para obtener la aprobación necesaria para su hospitalización.

Muestra Administrativa de la Información: Usaremos o revelaremos, según sea necesario, su información médica protegida, a efecto de apoyar las actividades administrativas de su médico. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, actividades para evaluar la calidad, revisión de las actividades de los empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, licenciatura, o para llevar a cabo o coordinar otras actividades administrativas. Por ejemplo, de requerirse, revelaremos su información médica protegida a estudiantes de medicina que tratan a pacientes en nuestra oficina. Además, en la hoja de registro colocada en el mostrador de la oficina, le pediremos que proporcione su nombre, y que indique el nombre del médico que usted desea ver. Le llamaremos por su nombre en la sala de espera cuando se presente la oportunidad para ver a su doctor. De ser necesario, usaremos o revelaremos su información protegida, para ponernos en contacto con usted y recordarle de su cita en nuestra oficina.

Sin su autorización, cuando sea necesario, usaremos o revelaremos su información médica protegida. Estas situaciones incluyen: cuando sea requerido por la ley, en asuntos concernientes a la salud pública, como lo indica la ley, Enfermedades Contagiosas; Desempeño referente a su salud; Abuso o Negligencia; requerimientos de la Secretaría de Salubridad; Procedimientos Legales: Asuntos Policiacos; Médicos Forenses; Directores de Funcionarias, y Programas de Donación de Órganos; Investigación: Actividad Criminal; Actividad Militar y de Seguridad Nacional; Compensación a Trabajadores; Prisos; Usos Requeridos y Revelaciones: De acuerdo a la ley, estamos obligados a informarle, y cuando sea requerido por el Directivo de La Secretaría de Salubridad y Servicios Humanos, para investigar o determinar nuestro cumplimiento a los requisitos contenidos en la Sección 164.500.

Otros Usos y Revelaciones Permitidos y Requeridos Se Llevarán A cabo Únicamente Mediante Su Consentimiento y Autorización o Usted Tendrá la Oportunidad de Oponerse a que se Revele esa Información, a menos que ésta sea requerida por la ley.

Usted podrá revocar esta autorización, en cualquier momento por escrito, exceptuando los casos en que el doctor o sus ayudantes administrativos hayan tomado una acción basada en los lineamientos descritos en la autorización.

Sus Derechos: A continuación se describen sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su información médica protegida. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no podrá revisar ni obtener copia de los siguientes expedientes; registros de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable de, o que vaya a ser usada en procedimientos civiles, criminales, o administrativos, e información médica que la ley prohíbe sea revelada.

Usted tiene el derecho de solicitar que se imponga una restricción a su información médica protegida. Esto significa que usted puede solicitar que no se use o divulgue cualquier parte de su información médica protegida con el propósito de tratamiento, pago o asuntos administrativos. Usted también podrá solicitar que una parte de la información médica protegida no se divulgue a miembros de su familia o amigos que están involucrados en su tratamiento, o para efectos de notificación como se describe en este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud. Su solicitud deberá de indicar las restricciones específicas que deseen no sean divulgadas y a quienes quiere que estas restricciones se apliquen.

Su médico no está obligado a obedecer una restricción que usted haya requerido. Si el médico cree que es en su propio beneficio el permitir el uso y divulgación de su información médica protegida, ésta no será restringida. En este caso usted tiene el derecho de buscar los servicios de otro Médico.

Usted tiene el derecho de solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en otra ubicación. Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso por parte nuestra, mediante la solicitud respectiva, no obstante que usted haya accedido a aceptar este aviso por un medio alternativo, por ejemplo, por vía electrónica.

Es posible que usted pueda tener el derecho a que su médico envíe su información médica protegida. Si nosotros rechazamos su solicitud de enviarnos a su expediente, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y de requerirse, nosotros podríamos preparar una respuesta de refutación a su declaración, si tal respuesta se llegara a preparar, usted tiene el derecho de recibir una copia.

Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertos elementos que hayan sido revelados, si es que el caso se hubiere presentado, de su información médica protegida.

En el futuro, nosotros nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso y le notificaremos por correo si es que se hayan presentado algunos cambios. Entonces usted tendrá el derecho de oponerse o retirarse como fue indicado con anterioridad en este aviso.

Quejas

Usted podrá presentar una queja a nosotros o al Director de la Secretaría de Salubridad y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de confidencialidad hayan sido violados por nosotros. Usted podrá presentar una queja con nosotros, notificando a la persona designada para ello en nuestra oficina. **Si usted presenta una queja, le aseguramos que no habrá represalias por parte nuestra.**

Este aviso fue publicado y toma efecto a partir de/o antes del 14 de abril de 2003.

La ley requiere que mantengamos la confidencialidad de, y proveamos a individuos con, este aviso de nuestras obligaciones legales y de los procedimientos en asuntos confidenciales de su salud con respecto a la información médica protegida. Si usted tiene una objeción con respecto a esta forma, pida hablar en persona con nuestro Administrador del Programa HIPAA, o por teléfono al número de conmutador principal.

Su firma en la siguiente línea, sirve únicamente para indicar que usted ha recibido este Aviso de Procedimientos en Asuntos Confidenciales de Salud.

Firma del paciente/padres/guardian: _____

Fecha de hoy: _____