

THOMAS H. RHEE, M.D., P.C.
Manassas Hearing Center

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre / Mujer

Número de Seguro Social: _____ Referido por (Doctor): _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____

Teléfono(de casa): _____ Teléfono(celular): _____

Correo electrónico: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

(Paciente Menor de Edad) Quien es Responsable por las Facturas:

Nombre _____: Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono(casa): _____ Teléfono(celular): _____

¿Nombre de **farmacia de preferencia** código postal? _____

Nombre de Seguro Médico Primario: _____

Nombre de suscriptor (dueño): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de la Póliza: _____ Número del Grupo: _____

Nombre de Seguro Médico Secundario: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de la Póliza: _____ Número del Grupo: _____

Políticas de Pago: Verificamos sus beneficios de seguro médico antes de ser visto. Pago para su visita de copago, deducible y o seguro será colectado el día de su visita. Hay un banco de fe de \$30.00 por cheques regresados. Si su cuenta es entregada a la colección por causa de no pagar su cuenta, usted es responsable de todos los honorarios del abogado y costos de corte. Por favor llame con 24 horas de anticipación si no puede mantener su cita. Hay una cuota de \$30.00 para citas perdidas y no canceladas. Yo autorizo la entrega de todos los registros médicos pertinentes al Dr. Thomas H. Rhee según sea necesario

Firma del Paciente/Guardian: _____ **Fecha:** _____

Formulario de Consentimiento del Paciente

THOMAS H. RHEE, M.D., P.C.

8703 Stonewall Rd #1B

Manassas, Va 20110

Yo entiendo que, bajo la **Potabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 ("HIPAA")**, Tengo ciertos derechos a la **privacidad con respecto a mi información de salud protegida** (PHI). Entiendo que esta información puede ser y será utilizado para:

Conducta, planear y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan participar en ese tratamiento"directamente e indirectamente".

Obtener el pago de los terceros pagadores.

Operaciones de atención médica, normal desarrollo tales como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado por su parte de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y las divulgaciones de la información de mi salud. Se me ha dado el derecho a la revisión de estos anuncios de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar la organización en cualquier momento en la dirección de arriba para obtener una copia actualizada de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que usted límite como mi información de practica sea utilizada o

revelada para llevar a cabo tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud. También entiendo que ustedes son obligados a aceptar las restricciones que yo solicite, pero si usted está de acuerdo, entonces están obligados a auxiliar por tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ha tomado, basándose de nuevo en este consentimiento.

Yo entiendo que le puedo aconsejar acerca de los individuos a quienes puede liberar mi información de salud protegida.

A continuación se enumeran las personas a quienes puede asesorar sobre mi información de salud protegida. Esta lista podrá ser modificada o revocada por mi persona en cualquier momento. Los Nombres de personas son:

Firma de Paciente o Persona Responsable: _____

Fecha : _____ Relación con el Paciente: _____

Historial Médico del Paciente

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

¿Cuál es la razón de su visita ? _____

¿Es esto relacionado a un accidente? SI / NO Fecha de accidente? _____

CIRCULE SI TIENE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MÉDICAS

Presión Alta Enfermedades del Corazón Cáncer Diabetes Ninguno

Ha tenido Cirugías en los últimos 5 años? Liste

¿Alguien en su familia inmediata tiene alguna de las siguientes enfermedades?

Presión Alta Enfermedades del Corazón Cáncer Diabetes Ninguno

¿El paciente fuma? ____ Nunca ____ Actualmente Fumando ____ Previamente Fumaba

¿El paciente toma alcohol? ____ No toma ____ Diariamente ____ Occasional

Por favor circule si tiene los siguientes síntomas actualmente

General- Calofríos

Ojos- Usa lentes de lector

Respiratorio- Tos / Sibilancias / Asma

Sistema digestivo- Dolor abdominal / Acidez

Sistema Urinario-Feminino- Dificultad al orinar

Sistema Nervioso - Convulsiones / Infartos

Sangre/Sistema linfático - Sangrado fácil

Cabeza- Frecuente dolor de cabeza

Oídos/Nariz/Garganta- Pérdida de audición / Zumbido en los oídos / Presión de sinusitis
Congestión nasal / Drenaje nasal / Voz ronca / Dificultad al tragar
Dolor de garganta / Roncando

Corazón- Colesterol elevado

Músculos/Huesos- Debilidad / Enfermedad Degenerativa

Piel- Cáncer de piel / Lesiones no curadas

Endocrino/glándulas - Diabetes

Alergias- Fiebre del heno / Alergias del medio ambiente

Está Tomando Medicamentos? _____

¿Tiene Alergias a Medicamentos? Liste _____

Estatura: _____ **Peso (Libras):** _____

Firma(Paciente/Guardian) X. _____