

Athos G. Colón, M.D., P.A.

Información del Paciente

Fecha: _____/_____/_____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo: M / F

Dirección _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono: (____)____-____ mobile/hogar/trabajo teléfono: (____)____-____ mobile/hogar/trabajo

Número Seguro Social ____-____-____ Etnicidad: _____

Idioma Preferido: _____ Correo electrónico: _____

Persona responsable

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Relación: _____

Dirección _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono: (____)____-____ mobile/hogar/trabajo Número Seguro Social ____-____-____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono: (____)____-____ mobile/hogar/trabajo Número Seguro Social ____-____-____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Teléfono: (____)____-____ mobile/hogar/trabajo

Información de Aseguranza: Por favor de proveer información completa.

Comercial / otro _____ ID# _____ Grupo# _____

Nombre de Asegurado: _____ NSS# _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación al paciente: _____

Medicaid – ID # _____ Firstcare / Superior / Amerigroup / Traditional

Chip – ID # _____ Firstcare / Superior / Molina

NM Medicaid – ID # _____ Molina / Lovelace / Presbyterian / Blue Salud

No aseguranza (pago efectivo)

Medico primario : _____ Teléfono: (____)____-____

Razón de Referencia: _____

Nombre del Paciente _____

El peso al nacer _____ lbs/kg **La medida al nacer** _____ inch/cm

Edad gestacional completo pre-maturo _____ semanas Postérmino

Typo de Parto: Vaginal Cesarea

Alimentacion inicial de bebe: lactancia materna Formula

Durante el embarazo uso?

- Tabaco – con que frecuencia? _____
- Alcohol – con que frecuencia? _____
- Otro typo de drogas
- Medicinas- _____

Explique complicaciones durante el embarazo?

Explique ocasiones en cual a estado hospitalizado(a)?

El paciente tiene alergias de:

- comida _____
- medicinas _____
- otro tipo _____

Lista de todos los medicamentos que esta tomando el paciente:

Deportes o actividades extra-curriculares en cual el paciente participa:

¿Tiene el paciente alguna incapacidad?

Farmacia preferida? _____

Historia de Familia

Enfermedades – Por Favor Indice se el paciente o si en la familia aparecen estas complicaciones.

Paciente	Familia		Paciente	Familia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	infecciones de oido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas de riñón o vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	catarro/dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ataque de corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alta presión sanguínea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	colesterol alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pneumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas de los pulmones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stroke (derrame cerebral)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	abuso del alcohol o drogas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas del oido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	trastornos emocionales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	muerte súbita inexplicada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desmayos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____

Salud general : Problemas de salud?

Madre _____

Padre _____

Heremanos _____

Hermanas _____

Un familiar del pacient ha fallecido de complicaciones medicas? Si No

Explique _____

El paciente es adoptado(a)? Si No Sabe el paciente? Si No

Si es adoptado(a) , usted tiene informacion sobre el salud de los parientes maternos?

Athos G. Colon, M.D., F.A.A.P.

Archivamos Seguro Para Las Visitas Y Los Servicios que Se Realizaron Con Dr. Colón. Continuaremos Archivando El Seguro Para Los Echocardiograms Según Lo Ordenado el Dr. Colón.

Los Copays Y Los Deductibles Son Debidos Ala Hora De Cada Visita. Proveeremos A Usted Un Recibo de pago.

AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS

1. Autorice por este medio a Athos Colon, M.D. para lanzar cualesquiera y todo la información médica pertinentes, (Nombre del paciente) _____ a cual quier compañía del seguro, abogado o ajustador implicad o con mi caso para procesar las demandas para el re embolso para los servicios rendidos por Athos Colon, M.D.
2. Autorizo y ahora asigno el pago directo a mi medico de cualquier suma lo de aquí en adelante lo debo por este medio a la facilidad por mi compañía del seguro obligado para re embolsarme para las cargas para los servicios obligado de otra manera para hacer el pago a mí o a mi medico basado en entero, o en parte sobre las cargas hechas para los servicios. Si mi póliza de seguro prohíbe el pago directo a usted, mando por este medio al compañía dicho para hacer el cheque pagadero a mi medico. Mando más lejos a mi compañía de seguros al cheque dicho correo directamente al abastecedor. Entiendo que esta asignación de ventajas cubre cualquier tratamiento rendido al paciente antedicho por el medico.
3. Entiendo que mi firma a solicita que el pago esté hecho y que autoriza el lanzamiento de la información médica necesario para pagar la demanda. La firma en este documento autoriza el lanzamiento información al asegurador o a la agencia demostrada en la forma paciente de la información. El paciente es responsable del deducible y asciende no cubierto por su compañía del seguro.

Fecha

Nombre

Testigo

Firma

Reconocimiento de Revisión De Noticia de Practicas Privadas

Yo he revisado la Noticia de Practicas Privadas de su oficina que me explica cómo podrá ser usada y revelada mi información médica. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente o Representante Personal

Nombre Del Paciente O Representante Personal

Fecha

Su Relación al paciente