

*Jorge A. Saldivar M.D., P.A.*

**PROCEDIMIENTOS DE CRÉDITO Y TÉRMINOS FINANCIEROS.**

Como usted puede comprender, aunque es algo desagradable hablar de cuestiones financieras, es necesario informarle cuales son los procedimientos que usamos en esta oficina para hacer posible el continuar ofreciendo los servicios médicos que este ofrecemos.

Los honorarios médicos deberán ser liquidados a la hora que los servicios se hagan. Si cuenta con una póliza de seguro, debe entenderse que lo que los honorarios siguen siendo responsabilidad directa de la paciente aun cuando participemos con su aseguranza, y le pedimos su cooperación para hacer que su seguro responda y pague según sus beneficios de una manera correcta y rápida. En cuanto a cualquier balance que quedara en su cuenta, deberá pagarse de inmediato para evitar recibir cobros y sobrecargos por correo.

Haremos todo lo posible por obtener información correcta en cuanto a cuales son los beneficios que su póliza de seguro médico ofrece, cuanto es la porción que a usted le corresponde y cuales son los requisitos, sin embargo la responsabilidad de la cuenta sigue siendo de la paciente y es la paciente quien debe asegurarse de cumplir con los requisitos y saber los beneficios de su seguro.

Entendemos que hay circunstancias que pueden causarle atraso en sus pagos, por eso le pedimos que si tuviera cualquier problema en pagar su cuenta, llame o venga personalmente para hablar con la administradora, quien le atenderá con gusto. Cuentas no pagadas en un periodo de 90 días son reportadas al buró de Crédito y son sujetas a sobrecargos. Si usted permite que su cuenta se reporte al departamento de crédito, nos veremos forzados a darle de baja como paciente.

Creemos que la comunicación con nuestras pacientes es primordial. Usted, la paciente es la persona más importante en esta oficina, así que por favor háganos saber si tiene alguna pregunta, queja, sugerencia, o comentario. Queremos que su experiencia en nuestro consultorio sea plena y totalmente agradable.

Muchas gracias por habernos elegido y recuerde que estamos para servirle. ¡Bienvenida!

Atentamente,

La Administración

Acordado este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Firma de la paciente o tutor legal

**Jorge A. Saldivar M.D., P.A.**

Account #: \_\_\_\_\_

Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Si es menor de edad, nombre del padre, madre o tutor legal	Relación con la paciente	Estado civil (casada/soltera/etc.)
Dirección	Teléfono de su casa	
Ciudad, Estado y Código Postal	Teléfono de su trabajo	
Nombre de empleo	Departamento	Ocupación
Nombre de su medico de cabecera, (Family Doctor or P.C.P.): _____		
Referida por : [ <input type="checkbox"/> ] Dr. _____	[ <input type="checkbox"/> ] Otra persona _____	
Nombre del Doctor que la mando con nosotros	Nombre de la persona que la recomendó	
Correo electrónico: _____		

### Información sobre su Seguro medico

Se debe entender que todos los requerimientos de su seguro medico son la responsabilidad de la paciente. En la mayoría de los casos, mandaremos cobrar a aseguranzas como cortesía a nuestros pacientes, sin embargo, la responsabilidad de que la cuenta se pague sigue siendo de la paciente.

Nombre de la Compañía de Seguros Principal o Primaria	Nombre de la Compañía de Seguros Secundaria		
Teléfono	Teléfono		
Numero de póliza	# de grupo	Numero de póliza	# de grupo
Nombre del asegurado*	\$ Co-payment	Nombre del asegurado*	\$ Co-payment

\*Favor de llenar si el asegurado o dueño de la póliza es el esposo / padre u otra persona que no sea la paciente.

Nombre	Fecha de Nacimiento	# Seguro Social	Sexo
Relación con la paciente	Dirección	Ciudad, Estado y código postal	
Empleo	Teléfono del trabajo	extensión	

### Necesitamos el nombre de 2 referencias a quienes llamar en caso de emergencia.

Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación con la paciente: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación con la paciente: _____

### Certificación y autorización

["Por medio de mi firma certifico que autorizo a el Dr. Saldivar y sus asociados a someter cobros a mi seguro de acuerdo con los servicios médicos que se me otorguen. Así mismo les autorizo a someter la información de mi expediente medico que sea necesaria a mi compañía de seguros, para obtener mis beneficios y a los otros médicos involucrados en mi cuidado de salud. Autorizo a mi compañía de seguros a que mande pago directo de mis beneficios a esta oficina. Esta autorización deberá ser valida por un periodo de 24 meses a partir de la fecha de hoy. Certifico que la información que he dado es verdadera y que no tengo otra aseguranza que cubre mis gastos médicos fuera de las que he mencionado anteriormente. Entiendo que si hubiera algún cambio en cualquiera de los datos aquí presentados, deberé notificar a esta oficina de inmediato."]

"By signing below, I certify that I am requesting medical services from Jorge A. Saldivar, M.D., P. A.. I understand that all charges are my responsibility and authorize Jorge A. Saldivar, M.D. and its agents to submit claims to my insurance carrier(s) with all the necessary information in order to obtain benefits on services rendered to me. I authorize my insurance company to issue direct payment to Jorge A. Saldivar, M.D., P.A. for these services. I also authorize this office to release my medical information to all physicians and medical facilities and providers involved in my care for the next 24-month period. I also certify that I do not have other healthcare insurance coverage other than the coverage provided by the insurance carriers named above. I understand that if there are any changes in my insurance coverage, I must notify this office immediately."

Patient's/ Legal guardian's Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date / fecha: \_\_\_\_\_

(Permítanos sacar copia de su tarjeta de aseguranza y de su identificación personal). Gracias!

## HISTORIAL E INFORMACIÓN MEDICA

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Razón de su visita:** \_\_\_\_\_

### Embarazos:

Número total de embarazos	Número de partos	Número de abortos involuntarios	Número de abortos voluntarios

### Menstruación:

¿A que edad tubo su primera menstruación?: \_\_\_\_\_ Fecha de el primer día de su última regla (L.M.P.): \_\_\_\_\_

Numero de días entre su menstruación: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos días dura su regla por lo regular? \_\_\_\_\_

El flujo de su regla es: [ ] Mucho [ ] Poco [ ] Normal ¿Cuántas toallas sanitarias necesita durante su día más pesado? \_\_\_\_\_

¿Sufre dolor durante su regla? (Marque uno por favor) [ ] Ningún dolor [ ] Dolor leve [ ] Dolor moderado [ ] Dolor severo.

Si sufre síntomas pre-menstruales como inflamación o cambios de actividad, por favor descríbalos: \_\_\_\_\_

### Papanicolao:

Fecha de su último Papanicolao: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido algún Papanicolao anormal? [ ] No [ ] Si, (elabore): \_\_\_\_\_

### Anticonceptivos:

¿Ha usado anticonceptivos alguna vez? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es sí, favor de circular todos los que ha usado.

- |                                   |                                   |                   |                        |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------|
| 1. Pastillas anticonceptivas      | 2. Dispositivo Intrauterino (IUD) | 3. Condones       | 4. Norplant            |
| 5. Inyección Depo Provera         | 6. Diafragma                      | 7. Espermaticidas | 8. Ligadura de trompas |
| 9. Planificación Familiar natural | 10. Tapa cervical                 | 11. Vasectomía    | 12. Otro _____         |

¿Qué método usa actualmente? \_\_\_\_\_ por cuánto tiempo lo ha usado? \_\_\_\_\_

¿Esta actualmente tratando de embarazarse? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha estado tratando? \_\_\_\_\_

¿Quiere cambiar de método anticonceptivo? [ ] NO [ ] Si, ¿Cuál y por que? \_\_\_\_\_

### Hábitos sociales:

¿Fuma tabaco? [ ] No [ ] Si, ¿Cuántas cajetillas diarias? \_\_\_\_\_ ¿Por cuántos años ha estado fumando? \_\_\_\_\_

¿Toma alcohol? [ ] No [ ] Si, ¿Cuántos tragos a la semana? \_\_\_\_\_

¿Usa drogas? [ ] No [ ] Si, ¿Cuáles y en qué cantidad? \_\_\_\_\_

¿Ha usado drogas antes? [ ] No [ ] Si, ¿Cuáles y en qué cantidad las usaba? \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo dejo de usarlas? \_\_\_\_\_

### Estado de salud actual. Sufre usted de alguno de estos síntomas?

[ ] Orina frecuentemente o siente ardor al orinar \_\_\_\_\_

[ ] Tiene deshecho vaginal, descríbalo \_\_\_\_\_

[ ] Pierde orina al toser o al estornudar \_\_\_\_\_

[ ] Dolores en el pecho \_\_\_\_\_

[ ] Dificultad al respirar \_\_\_\_\_

[ ] Sangrado después de tener relaciones \_\_\_\_\_

[ ] Subido o bajado de peso exageradamente en los últimos meses. \_\_\_\_\_

[ ] Dolores de cabeza frecuentes \_\_\_\_\_

[ ] Mareos \_\_\_\_\_

[ ] Dolores estomacales o intestinales \_\_\_\_\_

[ ] Fiebre \_\_\_\_\_

[ ] Gripe, alergias o problemas respiratorios \_\_\_\_\_

[ ] Problemas en el trabajo. Explique \_\_\_\_\_

[ ] Problemas familiares \_\_\_\_\_

[ ] Depresión, ¿Por cuánto tiempo ha sufrido de depresión? \_\_\_\_\_

[ ] Pensamientos suicidas \_\_\_\_\_

**Medicamentos y dosis actuales:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Anote alergias que haya tenido a medicamento, escriba cual medicamento y que reacción tubo**

Ninguna alergia a medicamento  Alergias: \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones y cirugías. (fecha y razón de la hospitalización):**

**Historial Medico.** Favor de marcar los problemas médicos que usted o su familia hayan sufrido

X	Enfermedad o condición	SELF	Padre	Madre	Hermano(a)	Otro familiar / Comentarios o detalles
	Alta Presión					
	Problemas del corazón (cardiacos)					
	Asma					
	Enfisema / problemas pulmonares					
	Diabetes					
	Problemas del hígado					
	Problemas del riñón					
	Problemas del estómago o intestinos					
	Fiebre reumática					
	Epilepsia					
	Problemas de sangrado					
	Anemia					
	Depresión					
	Problemas emocionales					
	Problemas en los senos					
	Problemas en los huesos					
	Cáncer (que tipo de Cáncer)					
	Embolia					
	Flebitis / Varices					
	Coágulos en las venas o en el pulmón					
	Migrañas					
	Malaria / Enfermedades Tropicales					
	Hepatitis					
	Rubéola					
	Varicela					
	EBV (Virus de Epstein Bar )					
	CMV					
	Enfermedades venéreas					
	Infección de matriz tubos u ovarios					
	Problemas con la tiroides					
	Anormalidades hereditarias					

Las siguientes preguntas son importantes para determinar su riesgo de contraer Cáncer y otras enfermedades: Numero de personas con las que ha tenido relaciones sexuales: 1-3 , 3-5 , 5-10 , 10+ . ¿A que edad tuvo su primer relación sexual? \_\_\_\_\_.

¿Ha disminuido su deseo sexual?  ¿Tiene dolor durante relaciones sexuales?  ¿Ha sido victima de abuso sexual?

**Embarazos y Partos.** (Anote todos sus embarazos incluyendo abortos)

Mes y año	# de meses embarazada	¿niño ó niña?	¿Cuánto pesó?	Problemas durante el embarazo	Horas en labor de parto	¿En donde se alivió?	Problemas durante el parto	Parto vaginal ó Cesárea

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Preferencia del paciente con respecto a la comunicación de información de salud**

### **Que en contacto con**

Yo doy permiso para **Jorge A. Saldivar, M.D., P.A.** para divulgar y discutir cualquier información relacionada con mi condición médica con los siguientes miembros de familia, otros relative(s) o cercano amigo personal:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación

No quiero dar permiso a miembros adicionales de la familia, parientes o amigos personales para tener acceso a cualquier información con respecto a mi condición médica.

### **Cómo ponerse en contacto con**

Tenga en cuenta que usted es responsable por cargos incurridos en la recepción de nuestras comunicaciones. Por ejemplo, si proporciona un número de teléfono celular como método de comunicación, entonces usted es responsable por cualquier cargo impuesto por su operador de telefonía móvil para recibir llamadas o mensajes de texto de la clínica.

Si el método de comunicación es por teléfono, por favor marque la casilla apropiada:

OK para dejar un mensaje con toda la información.

Dejar un mensaje con llamada detrás el número solo.

el teléfono de casa  celular  trabajo teléfono  otros

Por favor imprima claramente número de teléfono: \_\_\_\_\_

### **Comunicación en la clínica sólo**

Solicitar que la comunicación con respecto a mi condición médica que se produzca sólo cuando estoy en la oficina. Por favor imprima y me mano información cuando estoy en la clínica. **NO** llamar, por correo o de lo contrario comunicarse conmigo con respecto a mi condición médica.

La duración de esta autorización es de carácter indefinida a menos que, de lo contrario revoque por escrito. Entiendo que esta solicitud de información médica de persona no mencionados requerirá mi autorización expresa antes de la divulgación de cualquier información médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

# Auto evaluación

Por favor complete y devuelva este formulario a la oficina.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aparte de los servicios que le brindamos, ¿qué servicios adicionales le gustaría conocer?

**Seleccione las áreas de la cara y / o el cuerpo que le preocupan en el diagrama a continuación.**

Al compartir cómo se ve a sí misma, podemos evaluar mejor sus objetivos estéticos o preocupaciones de salud y seleccionar el tratamiento adecuado para usted.

Tamaño de poro

Acné / Cicatrices

Pérdida de volumen

Vasos sanguíneos / rosácea

Líneas finas / Arrugas

Grasa debajo de la barbilla

Manchas de sol

Círculos oscuros

Arrugas alrededor de los ojos

Ojeras

Volumen o plenitud de labios

Sudoración frecuente

Axilas

Manos

Pies

Orina frecuentemente

Sequedad vaginal/ Relaciones sexuales dolorosas

Relajamiento vaginal

Depilación

Sobrepeso

Tonificación muscular

Piel suelta

Estrías de la piel

Piel suelta por encima de la rodilla.

Celulitis