

ALLERGY AND ASTHMA RELIEF EXPERTS

INFORMACION DEL PACIENTE

(NOMBRE COMPLETO)

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Genero: _____ DOB: _____

Marital Status: Please circle one: Solter@ Casad@ Divorcia@ Otro Viud@

*Si el paciente es menor de edad Nombre de Madre: _____ Nombre del Padre: _____

Dirreccion de Hogar: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Telefono: () _____ - _____ Cell phone: () _____ - _____ Email: _____

AVISO: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN INCLUIDAS PARA CUMPLIR CON LAS NUEVAS NORMAS FEDERALES: DEBEMOS PREGUNTAR A TODOS LOS PACIENTES LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Etnia: _____ Raza: _____ Languaje: _____

Tiene seguro medico?: Si // No En caso afirmativo, complete la información a continuación.

Nombre del asegurado: _____ Nombre de la compañía de seguros: _____

Subscriber ID# _____ Grupo # _____ ¿Tienes un deducible? _____

Asegurado Empleado por: _____

Nombre de la farmacia preferida _____ Telefono: _____

Dirección de la farmacia preferida: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA PRÁCTICA?

PCP / Referido doctor: _____ Telefono# _____

Dirreccion: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Referrido por Amig@: _____

Remitido por Ins. Co: _____ Internet: _____ Otro: _____

Contacto de Emergencia: _____ Telefono#: () _____ - _____

Relacion con el Paciente: _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS AL DR. JACOB OFFENBERGER, MD/EXPERTOS EN ALIVIO EN ALERGIA Y ASMA POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA PARA PROCESAR MIS RECLAMOS. EL PACIENTE ES RESPONSABLE DE TODOS LOS HONORARIOS INDEPENDIENTEMENTE DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO. TENGA EN CUENTA QUE SI TIENE UN DEDUCIBLE, SE LE COBRARÁ DESPUÉS DE PROCESAR EL SEGURO. POR FAVOR SIÉNTASE LIBRE DE DISCUTIR CUALQUIER PREGUNTA ACERCA DE SU SEGURO CON NUESTRO GERENTE DE OFICINA ANTES DE SU VISITA.

SE REQUIERE AVISO DE 24 HORAS PARA CANCELAR TODAS LAS CITAS PROGRAMADAS Y ESTA OFICINA SE RESERVA EL DERECHO DE COBRAR \$25 SI NO SE CUMPLE CON ESTE REQUISITO.

Entiendo y estoy de acuerdo con la declaración anterior:

Firma del Paciente/Guardian: _____

ALLERGY AND ASTHMA RELIEF EXPERTS

ADULT, PEDIATRIC ALLERGY & IMMUNOLOGY

FECHA: _____

NOMBRE: _____ DOB: _____

RAZON DE LA VISITA: _____

MÉDICOS ANTERIORES CONSULTADOS POR ESTE PROBLEMA: _____

SALUD GENERAL (POR FAVOR CIRCULAR): POBRE / JUSTA / BUENA / MUY BUENA / EXCELENTE

USO DE TABACO (POR FAVOR CIRCULAR): FUMO// FUMADOR PREVIO // NUNCA

TIENE UN ANTECEDENTE DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES: (POR FAVOR MARQUE CON UN CÍRCULO)

| | |
|--|----------|
| FIEBRES INEXPLICABLES | SI // NO |
| CAMBIO DE PESO | SI // NO |
| DOLOR DE CABEZA (MIGRAÑAS/TENSIÓN) | SI // NO |
| ENFERMEDAD DE TIROIDES | SI // NO |
| DIABETES | SI // NO |
| CAMBIO DE VISIÓN | SI // NO |
| ENFERMEDAD DEL CORAZÓN / ATAQUE AL CORAZÓN | SI // NO |
| MARCAPASOS O RITMO CARDIACO ANORMAL | SI // NO |
| PRESION ALTA | SI // NO |
| ENFERMEDAD PULMONAR (APARTE DE ASTMA) | SI // NO |
| PROBLEMAS GASTROINTESTINALES | SI // NO |
| HEPATITIS | SI // NO |
| PROBLEMA URINARIO | SI // NO |
| DOLOR O DEBILIDAD DE EXTREMIDADES | SI // NO |
| PERDIDA DE MEMORIA | SI // NO |
| FACILIDAD DE MORATONES / SANGRADO | SI // NO |
| SORIASIS | SI // NO |
| ESTÁS EMBARAZADA | SI // NO |

PARA CUALQUIER COSA RESPONDIDA "SÍ", POR FAVOR EXPLIQUE:

ENUMERE TODAS LAS CIRUGÍAS ANTERIORES (INCLUYA FECHAS):

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE:

ALLERGY and ASTHMA RELIEF EXPERTS

Jacob Offenberger, MD Cornelia DeLicono, MD Cecilia Euredjian, PA-C

A Specialty Medical Group

*providing the highest quality care of asthma, allergies, and immune deficiencies
to adult and pediatric patients throughout the valley*

10515 Balboa Blvd #390, Granada Hills, Ca 91344
Ph: 818 366-8112 Fax: 818 366-6002

27141 Hidaway Ave. #100, Santa Clarita, Ca 91351
Ph: 661 298-1491 Fax: 661 298-1492

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Allergy and Asthma Relief Experts ha adoptado la siguiente política financiera para comunicar a nuestros pacientes la expectativa de pago por los servicios prestados. Comprender sus responsabilidades financieras es una parte integral de su atención y tratamiento.

Allergy and Asthma Relief Experts presentará los cargos por tratamiento médico a las compañías de seguros y otros terceros pagadores. Sin embargo, el paciente o la parte responsable está obligado por contrato a pagar todos los cargos denegados, los cargos no cubiertos, el copago del seguro y los deducibles. Recomendamos encarecidamente a los pacientes que se comuniquen con sus compañías de seguros para comprender la cobertura de sus beneficios, deducibles, copagos y cualquier requisito previo, como referencias, autorizaciones previas, etc. de su plan. Proporcionaremos la información necesaria para la determinación de la cobertura al paciente a solicitud del paciente.

Si los pacientes no están cubiertos por un plan de seguro médico, se le pedirá al paciente que pague un depósito de \$100 por la visita inicial antes de la cita programada. El depósito se aplicará al saldo adeudado por el paciente y se reembolsará cualquier pago en exceso.

Allergy and Asthma Relief Experts trata las lesiones o enfermedades de compensación del trabajador con una remisión autorizada de su ajustador. No tratamos las reclamaciones de compensación del trabajador sobre la base de un derecho de retención.

No dar aviso de 24 horas de la cancelación de una cita o no presentarse a una cita puede resultar en un cargo de \$25.00 en su cuenta. Este cargo no está cubierto por su compañía de seguros y es su responsabilidad.

A la solicitud de registros médicos para uso personal se le cobrará una tarifa de \$25 hasta 10 páginas y 0.25 centavos por hoja a partir de entonces. Las solicitudes de registros médicos realizadas por otros proveedores de atención médica asociados con la atención médica de un paciente se proporcionarán de forma gratuita.

Entiendo que debo pagar a Allergy and Asthma Relief Experts por los servicios recibidos de acuerdo con este acuerdo. Acepto pagar todos los montos adeudados dentro de los 30 días a partir de la fecha de facturación, a menos que se haya hecho un arreglo previo con la oficina. No dude en llamar a Pamela, nuestra gerente de oficina, para hablar sobre otros planes de pago ofrecidos.

Autoricé a mi compañía de seguros de salud a realizar pagos directamente a Allergy and Asthma Relief Experts. Autorizo a Allergy and Asthma Relief Experts a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen y tratamiento a mi compañía de seguros.

Firma del paciente o responsable: _____ Fecha: _____

Escriba su nombre en letra de imprenta: _____

ALLERGY AND ASTHMA RELIEF EXPERTS

Jacob Offenberger, MD

10515 Balboa Blvd., Suite 390, Granada Hills, CA 91344
Phone 818-366-8112 • Fax 818-366-6002
27141 Hidaway Ave #100, Santa Clarita, Ca 91351
Phone 661-298-1491 • Fax 661-298-1492

**ACUSE DE RECIBO DE
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
(Usted puede negarse a firmar este reconocimiento)**

YO, _____, HE RECIBIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA OFICINA.

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA IMPRENTA

FIRMA

FECHA

SÓLO PARA USO DE OFICINA

INTENTAMOS OBTENER UN ACUSE DE RECIBO POR ESCRITO DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, PERO NO SE PUDO OBTENER EL ACUSE DE RECIBO PORQUE:

_____ EL INDIVIDUO SE NEGÓ A FIRMAR

_____ BARRERAS DE COMUNICACIÓN PROHIBIDAS PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO

_____ UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA NOS IMPIDIÓ OBTENER RECONOCIMIENTO

_____ OTROS (ESPECIFICAR)

