

## Bienvenida

### INFORMACION DEL PACIENTE

**Nombre de Paciente** (Primero, Segundo, Apellido):

«FirstName», «MiddleInitial», «LastName»

**Fecha de Nacimiento:** «DOB»      **Hombre / Mujer**

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa/Cellular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Farmacia nombre y telefono: \_\_\_\_\_

**Raza:**  Negro/Afro Americano  Blanco/caucásico  Hispano

Otra raza  Niegan a Informe

**Origen étnico:**  Hispano O Latino  NO Hispano O Latino

Niegan a Informe

**Idioma:**  Ingles  Español  Indio  Ruso

**Contacto de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Responsable:** (Soporte de seguro primario)

**Nombre** (Primero, Segundo, Apellido):

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa/Cellular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_

**Nombre de primaria Seguros y información de contacto:**

ID/suscriptor #: \_\_\_\_\_

Group #: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

Teléfono del Doctor Primario: \_\_\_\_\_

**Nombre seguro secundario y la información de contacto:**

ID o suscriptor #: \_\_\_\_\_

Group # \_\_\_\_\_

Número de teléfono para los proveedores: \_\_\_\_\_

**Atención primaria/pediatra Información:**

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Un miembro de su familia ha estado aquí antes? **Sí No**

**En caso afirmativo**, nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

**¿Cómo se refiere Wells alergia asociados?**

Dr. \_\_\_\_\_  Amigo

Páginas amarillas Periódico (nombre): \_\_\_\_\_

Correo:  Ad  Postal  Folleto  Boletín

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**HAS VISITADO NUESTRA SITIO WEB EN**

[www.wellsallergy.com](http://www.wellsallergy.com) ? **Sí No**

**Asignación de beneficios:** por la presente autorizo pagos a cualquier médico de pozos alergia asociados que ha tratado mis dependientes o me de los servicios médicos prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los servicios no cubiertos por mi compañía de seguro también entiendo que, si no doy un mínimo de 48 horas de aviso de cancelación de citas de cualquier procedimiento, serán facturados a una tarifa de cancelación de \$50 que no está cubierta por mi seguro y debe ser pagada antes de cualquier visita o procedimientos.

**\*Hacemos todo lo posible en contacto con su compañía de seguros y verificar beneficios. Sin embargo, verificación de beneficios de seguro no es una garantía de pago hasta que los reclamos son presentados y la compañía de seguros comentarios todos los registros. Si su compañía de seguros niega pago o servicios no están cubiertos, usted ser financieramente responsable por servicios. Por favor, ser conscientes de que, si participan en una HMO y necesita una referencia para esta visita, o cualquier otro servicio, ES SU RESPONSABILIDAD ASEGURESE DE QUE TENEMOS LA REFERENCIA EN NUESTRA OFICINA ANTES DE LA VISITA. La oficina no puede ser responsable de obtener remisiones.**

**Firma:** \_\_\_\_\_

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

## HISTORIA CLINICA (Círcula "Sí" o "No")

Drogas Alergia **Sí** **No** Alimentos Alergia **Sí** **No** Alergia Insectos **Sí** **No** Alergias Contacto **Sí** **No**

Por favor lista si es SI: \_\_\_\_\_

¿Al día con las vacunas? **Sí** **No** ¿Recibieron vacuna contra la gripe esta temporada? **Sí** **No**

¿Eres VIH positivo? **Sí** **No** En qué fecha recibo la vacuna contra la gripe (mes/año): \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS de alergia/asma que le ayuda (por favor, lista):** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS de alergia/asma que no le ayudado (por favor, lista):** \_\_\_\_\_

Lista de cualquier cirugía: \_\_\_\_\_

## HISTORIA SOCIAL

¿Ocupación: \_\_\_\_\_ Escuela? **Sí** **No** ¿Cuidado de niños? **Sí** **No**

¿Alcohol causa/empeoran los síntomas de alergia? **Sí** **No**

¿Exposición al tabaco secundaria? **Sí** **No** ¿El uso del tabaco personal? **Sí** **No**

**Si SI, para el uso Personal de tabaco:** \_\_\_\_\_ paquetes por día ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ (anos) ¿Pensando en dejar de fumar? **Sí** **No**

**Si SI, a pensar sobre dejar de fumar, responder lo siguiente:**

¿Alguna vez intentó, o sentía la necesidad, reducir su tabaquismo? **Sí** **No**

¿Alguna vez haz molestado cuando dicen que dejar de fumar? **Sí** **No**

¿Alguna vez siente culpable acerca de fumar? **Sí** **No**

¿Nunca fume dentro de media hora de despertar (abre los ojos)? **Sí** **No**

**Animales domésticos (círculo de lo que se aplica):** Ningunos Gatos Perros Otros: \_\_\_\_\_

¿Su mascota se quede? Interior fuera Los dos ¿Tu mascota duerme en tu habitación? **Sí** **No**

¿Aumento de los síntomas de la alergia alrededor de los animales? **Sí** **No**

**Para Niño/a (menores de 8 años de edad):** ¿A Término? **Sí** **No** Prematuro: nacido en \_\_\_\_\_ semanas Peso al nacer: \_\_\_\_\_ libras

Falta de prosperar u otros problemas médicos antes de 8 años de edad: \_\_\_\_\_

**Para las Mujeres:** ¿Última menstruación: \_\_\_\_\_ Cres que estás embarazada? **Sí** **No** ¿Actualmente embarazada? **Sí** **No**

## HISTORIA AMBIENTAL

Utiliza protectores de alergia polvo ácaros en: Almohadas colchón Los dos ninguno

**Residencia:** ¿edad de su casa? \_\_\_\_\_ ¿Tienes evidencia de daños por agua en su hogar? **Sí** **No**

**(Círculo de lo que se aplica)**

Calentamiento/Refrigeración: Unidades de ventana de aire Central/Calor Calentadores de estufa Chimenea Ventilador de techo

¿Pavimentos Dormitorio: Alfombra? **Sí** **No** ¿Si NO, utilizan tapetes? **Sí** **No**

Muebles del Dormitorio: Colchones Cama de agua Almohadas de pluma Juguetes de peluche

Dormitorios Cortinas: **Sí** **No**

**Historia de la familia (No círculo "Sí" o "No", si "sí" por favor lista de relativo)**

Alergias (polen/alimentos) **Sí** **No** Pariente: \_\_\_\_\_ Angioedema **Sí** **No** Pariente: \_\_\_\_\_

Asma **Sí** **No** Pariente: \_\_\_\_\_ Enfisema/EPOC **Sí** **No** Pariente: \_\_\_\_\_

Eczema, erupción **Sí** **No** Pariente: \_\_\_\_\_ Alergias de la droga **Sí** **No** Pariente: \_\_\_\_\_

Urticaria (colmenas) **Sí** **No** Pariente: \_\_\_\_\_ Hipertensión **Sí** **No** Pariente: \_\_\_\_\_

Problemas de los senos **Sí** **No** Pariente: \_\_\_\_\_ Diabetes **Sí** **No** Pariente: \_\_\_\_\_

Otras enfermedades que es la familia: \_\_\_\_\_

## REVISION DE LOS SISTEMAS (Círculo si el PACIENTE ha tenido síntomas en los últimos 3 MESES)

General: Fiebre Escalofríos Noche suda Aumento de peso Peso pérdida

Pulmones: Tos Pillido Dolor de pecho Falta de respirar

Oído, Ojos, Nariz, Garganta: Drenaje Mal aliento Dientes dolor Ronquera

Corazón: Ritmo Irregular Dolor/presión Palpitaciones Soplo

Intestinos: Acidez Gástrica sangrado

Piel: Hongos en las uñas Lunares Verrugas Rosacea

Extremidades: Coyunturas inflamadas Fracturas Artritis Coyunturas dolorosas

Urinario: Drenaje Infección vaginal Aumento orinar Dificultad para orinar Dolor/ardor

Hematología: Moretones fácil Hematomas espontáneos Coágulos de sangre Anemia

Endocrinas: Problemas de tiroides Sed excesiva Calor intolerancia Intolerancia al frío

Neurológico: Convulsiones Desmayos Dolor de cabeza Dificultad de aprendizaje

Preocupaciones de desarrollo

Psicológicos: Estrés Ansiedad Depresión Pérdida del sueño

**POLÍTICAS DE  
Federal Tax ID: 26-4706072**



**Bienvenidos y gracias por elegir pozos alergia asociados para su atención médica.**

Estamos comprometidos a proporcionarle cuidados médicos de calidad, nuestros honorarios profesionales se han determinado a través de una cuidadosa consideración, y creemos que estas tarifas son razonables y reflejan cargos de otros médicos de la zona. Estamos encantados de discutir con usted cualquier pregunta que tenga acerca de su factura. Proveen cuidado de calidad es nuestra principal preocupación.

**En cuanto a seguros**

**Indemnizaciones y pólizas de seguro privado:** Wells Allergy Associates presentarán reclamaciones directamente con su compañía de seguros para servicios donde se han verificado los beneficios cubiertos. Verificación de seguro no garantiza que su seguro pagará por servicios. Pago de co-seguro, copagos, deducibles ni cargos por servicios no cubiertos, en su caso, se requiere al tiempo de servicio.

**Contratados planes de atención administrada (HMO, PPO, POS, EPO, etc.):** Cada vez que haga una cita con el médico de alergia en Wells Allergy Associates, es su responsabilidad asegurarse de que el médico es actualmente bajo contrato con su plan y se cuente con las referencias necesarias cuando sea necesario. Se requiere la verificación de sus beneficios y la cobertura del plan. A menudo esta verificación nos obliga a compartir el motivo de su visita con un plan de atención administrada. Pago de co-seguro, copagos, deducibles ni cargos por servicios no cubiertos, en su caso, se requiere al tiempo de servicio.

Permitimos a 45 días a partir de la fecha que una demanda fue presentada por nuestra oficina para la compañía de seguros a pagar. Si la compañía de seguros no ha pagado durante este tiempo, usted es responsable de todo el saldo sin previo aviso. No seremos involucrados en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a servicios no cubiertos, deducibles, co-seguro, pagos, coordinación de beneficios, preexistentes condiciones o cargos "razonables y habituales" que para suministrar información cuando sea necesario. Usted es responsable por el pago puntual de su cuenta.

**Medicare:** Wells Allergy Associates es un proveedor no participante de Medicare. No somos un proveedor contratado de servicios para todos los planes Medicare de.

**Medicaid:** Wells Allergy Associates es un proveedor contratado de algunos planes de seguro de Medicaid.

**Forma de pago:** Para su conveniencia, Wells Allergy Associates estarán encantados de aceptar dinero en efectivo, Visa, MasterCard, Discover o American Express para el pago de sus servicios médicos. Wells Allergy Associates no acepta los cheques para el pago de servicios.

**Menores:** El/Los padre(s) o guardián(s) de un menor de edad son responsables de proporcionar información sobre el seguro actual para el menor o pago completo por los servicios prestados. Menores deben tener autorización para tratamiento médico firmado por un padre o tutor y es responsable de la actual información sobre seguro para auto o pago completo por los servicios prestados.

**Para ayudarnos en la actualización de su cuenta financiera Wells alergia asociados, (1) información actual paciente seguro y (2) autorizar la liberación de la información necesaria para la presentación de seguros y pre certificación al firmar la declaración abajo.**

**He leído y entendido los términos y condiciones y lo comprobaré por dar mi firma.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Asignación de Seguro y Autorización para Divulgar Información**

Solicito pago de seguro Medicare, Medicaid u otro autorizado empresa beneficios se hagan en mi nombre a Wells Allergy Associates para todos los servicios amueblado me por esa parte que acepta las asignaciones, médico. Aplicarán las normas relativas a la asignación de los beneficios de Medicare.

Autorizo a cualquier sostenedor de médico u otra información sobre mí para liberar a la administración de la Seguridad Social y administración de financiamiento de salud o sus intermediarios o compañías cualquier información necesaria para este o una reclamación de Medicare, Medicaid u otro seguro empresa relacionados con. Permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original y solicitud de pago de beneficios de seguro médicos para el mencionado partido que acepta la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al médico de cualquier otra parte que puede ser responsable de pagar por mi tratamiento. (Sección 1128B de la ley del Seguro Social y 31 U.S.C. 3801-3812 proporciona las sanciones por retención de esta información).

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Declaración de Cobertura:** Por la presente testifico que **NO** tengo cobertura médica adicional que a mí que no sea el seguro primario suministrado por mi persona o tutor legal a la hora de mi cita.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Reconozco que he recibido una copia de Wells Allergy Associates [Aviso de prácticas de privacidad de información médica protegida.](#)

Nombre del paciente: «FirstName» «LastName»      Paciente fecha de nacimiento: «DOB»

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Sus Derechos como Paciente

- Personal amable, profesional y bien informado
- Eficiente evaluación de las condiciones
- Instrucción educativa adaptada a sus necesidades.
- Seguimiento de la pronta y adecuada de laboratorios y procedimientos en su visita de seguimiento
- Gestión cooperativa de las condiciones

#### Nuestras Peticiones de Nuestros Pacientes

- Por favor llegue 15 minutos antes de su programada visita a manejar documentos y pagos
- Por favor proporcionar 24 horas de anticipación si necesita programar una visita y aviso de 48 horas si necesita programar una visita de procedimiento
- Goma de mascar, alimentos ni bebidas permitidos en la clínica (otro paciente que tenga una alergia a sus alimentos)
- No hay olores fuertes (humo de cigarrillo, etc.), perfumes/colonias que puede ofender o agravar la condición del otro paciente-se le pedirá para salir y regresar después de que el olor que ha resuelto

#### **REGLAS DE LA CLÍNICA**

1. Todos los copagos/deducibles/co-asegurados/deuda/pasado debido saldos y pagos vencen **ANTES** que se consideran para su oficina visita o procedimiento
  2. Si estás más de 15 minutos tarde a su cita, la cita puede ser reprogramada
  3. Todos los recambios son manejados a través de su farmacia. No aceptar un paciente pidiendo una recarga
- **Llame a su farmacia y que llame a nuestra oficina para rellenar las solicitudes**
  - **Cualquier rellenar las solicitudes recibidas después de 17:00 se atenderán al siguiente día hábil de oficina**
  - **Puede tomar hasta 24 horas para volver a llenar una solicitud de prescripción durante la semana de trabajo**
  - **No prescripciones serán rellenadas en las fiestas de fin de semana o en la clínica**

**\*\*\*Recargas se manejan durante el horario diario \*\*\***

4. resultados de laboratorio se dan sólo con visitas de seguimiento clínica

- **No hay llamadas telefónicas solicitando por favor resultados de laboratorio**

**\*\*\*Se comunicará con usted inmediatamente si sus resultados de laboratorio son de una mortal o de naturaleza urgente \*\*\***

5. Las prescripciones de antibióticos **NO** se llamará a una farmacia a menos que el paciente se ha visto en nuestra oficina en los 2 días anteriores con una historia clínica que pueden justificar tales prescripciones (criterio médico).

6. Se le cobrará \$50 para llamadas amenazantes no vida después de horas de clínica. **Si usted siente que tiene una situación urgente o emergencia después de horas de clínica, por favor llame a su proveedor de atención primaria, marque el 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana para evaluación y tratamiento.**

He leído los Wells Allergy Associates Clínica de Política y Normas y este acuerdo estas reglas indicadas. Sé que la política y las reglas pueden cambiar en cualquier momento sin previo aviso. Cualquier nueva política y cambios de las reglas se publicarán para que me revise en la clínica.

\_\_\_\_\_  
Paciente o guardián legal Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Impresión) Paciente o guardián firma

Paciente: «FirstName» «LastName»