



Formulario de admisión médica

<p>Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ DOB: _____ Procedimiento a realizar: _____</p>	<p>¿Tienes conductor hoy? Y/N Nombre: _____ Número de teléfono: _____</p>
<p>¿Cuándo fue la última vez que comiste alimentos sólidos? _____ ¿Cuándo fue la última vez que tuviste líquidos transparentes? _____ Alergia a Látex? _____ Alergia a Yodo? _____ ¿Estás tomando Anticoagulantes? Y/N ¿Qué anticoagulante? _____ ¿Por cuántos días dejaste de tomar esto? _____ ¿Estás tomando antibióticos? _____ estas Diabético? Y/N <small>En caso afirmativo:</small> ¿Cuál fue su azúcar en la sangre ¿Hoy? _____</p>	<p>Altura: _____ Peso: _____ Medicamentos actuales: Por favor, entregue la lista o la lista de actualizaciones proporcionada para usted. Alergias Por favor, entregue la lista o la lista de actualizaciones proporcionada para usted. Nivel de dolor hoy (Si aquí para un procedimiento de dolor) Del 0 al 10: _____</p>

Preguntas sobre el riesgo de caída: (Círculo Sí o No)

1. ¿Alguna caída en los últimos 6 meses independientemente de la razón? SÍ NO
2. Cualquier debilidad de la pierna, marcha deteriorada, uso de dispositivos de asistencia? SÍ NO
3. ¿Alguna desorientación, confusión, demencia? SÍ NO
4. Más allá de las lentes correctivas, ¿hay alguna discapacidad visual? SÍ NO



Formulario de admisión del paciente

Fecha: _____

Nombre (primero): _____ M.I.: _____ Último: _____

Dirección: Femenina masculina: _____ Ciudad: _____ Estado : _____ Zip: _____

Teléfono de inicio: _____ Teléfono celular: _____

Número de Seguro Social: _____ Número de liscense de controladores: _____

Método de contacto preferido: _____ Correo electrónico: _____

¿Podemos ponernos en contacto con usted por correo electrónico?: _____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado?: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Zip: _____

Proveedor de atención primaria: _____

Farmacia preferida: _____

Información del seguro

Por favor, proporcione tarjetas de seguro.



Estimado paciente,

Bienvenido al Centro de Cirugía crater lake. Esperamos proporcionarle el cuidado y el servicio que usted espera y merece. Lograr su mejor salud posible requiere una "asociación" entre usted y su médico. Como nuestro "socio en salud", le pedimos que participe en su atención de las siguientes maneras:

Mantendré todas las citas de seguimiento

Entiendo que mi médico querrá saber cómo progresa mi condición después de salir de la oficina. Volver a mi médico a tiempo le da la oportunidad de revisar mi condición y mi respuesta al tratamiento. Durante una consulta de seguimiento, mi médico podría ordenar pruebas, derivarme a un especialista, recetar medicamentos y posiblemente tener otros tratamientos que ofrecer.

Si debo cancelar o reprogramar, lo haré 24 horas antes de mi cita programada

Si debo cancelar o reprogramar mi cita con Crater Lake Surgery Center, lo haré 24 horas antes de mi procedimiento programado para evitar una tarifa de cancelación.

Gracias por su asociación. Como nuestro paciente, usted tiene derecho a ser informado sobre su atención médica. Le invitamos, en cualquier momento, a hacer preguntas, buscar explicaciones, reportar síntomas o discutir preocupaciones. Si necesita más información sobre su salud o condición, por favor pregunte.

Iniciales

Declaración de Responsabilidad Financiera-

Yo, los firmantes, entiendo que soy responsable de todos los cargos médicos y quirúrgicos incurridos por mí mismo o dependientes. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo que sea procesado en mi nombre por la oficina del Centro de Cirugía crater lake. Entiendo que mi contrato de seguro médico es entre mi compañía de seguros y yo y el fracaso de la compañía de seguros para pagar mi reclamo no absuelve mi responsabilidad financiera al Centro de Cirugía Crater Lake. Entiendo que se me pueden facturar por separado por honorarios profesionales, y honorarios de Anestesiología. Todos los honorarios o honorarios de la corte y el abogado asociados con el cobro de mi cuenta son mi responsabilidad financiera.

Iniciales

Firma (Paciente para guardián): _____ Fecha: ____/____/____



Por la presente reconozco que se me dio la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Cirugía crater lake (HIPAA) , y que tengo derecho a pedir una copia en papel para llevar conmigo. Además, reconozco que una copia del aviso actual se publicará en el área de recepción, y que puedo solicitar una copia modificada de, Aviso de Prácticas de Privacidad en cada visita.

Nombre del paciente (impreso): _____ DOB: _____

Debido a las leyes hipaa, no podemos compartir su información médica sin su consentimiento. A continuación autorizo al personal y al personal médico del Centro de Cirugía crater lake a compartir mi información médica con las personas que se enumeran a continuación:

Nombre y número de teléfono

Relación con el paciente

Nombre y número de teléfono

Relación con el paciente

Iniciales

Al inicialización de esta caja, por la presente autorizo a Crater Lake Surgery Center a comunicarse conmigo con respecto a mi salud personal por correo electrónico.

Iniciales

Bajo ciertas circunstancias, Crater Lake Surgery Center puede necesitar obtener registros externos como laboratorios, informes radiológicos y medicamentos que sus tories de otras instalaciones en o rde r to p rovide care. B y si gni ng a continuación, autorizo las idades superadas e facil para liberar e tales recor ds.

Firma (paciente, padre o tutor): _____ Fecha: ____/____/____