

BEACH CITIES ENTS HISTORIA MÉDICA

Por favor de llenar este formulario lo más completo posible. Es importante que usted llene la información correctamente y que su doctor este informado de su historia de medico.

Del paciente: Apellido _____ Primer nombre _____ MI _____

Sexo: Masculino Femenino Hispano o No? Fecha de Nacimiento: _____

Raza: *Por favor circule su elección:*

Caucásico	Hispano / latino americano	Declinado
Asiático	Hawaiano / Islas del Pacífico	
Afroamericano	Raza native Americana or de Alaska	

Escriba su correo electrónico para un medio alternativo para contactarlo: _____

Idioma preferido: _____ Nombre del Médico Primario o referencia: _____

¿Alguna vez has sido paciente de Beach Cities ENTS antes de esta fecha? Si No Cuando? _____

Razón de la visita de hoy: _____

¿TIENE ALGO DE LO SIGUIENTE? *Círculo Sí o No.*

Fatiga	Sí	No	Roncar	Sí	No
Pérdida Auditiva	Sí	No	Tos	Sí	No
Congestión nasal	Sí	No	Dolor Facial	Sí	No

¿Es usted alérgico a algún medicamento? ____ Sí ____ No.

Si marcó, indique a continuación:

Nombre del medicamento	Tipo de reacción

Preferencia de Farmacia (incluir la dirección): _____

¿Usted autoriza obtener los nombres de sus medicamentos en la farmacia? Sí No

MEDICAMENTOS. Por favor, envíenos una lista escrita de sus medicamentos o escriba CUALQUIERA Y TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE a continuación, incluidos los medicamentos de venta libre.

HX MEDICA: Marque la caja que le pertenesca.

- | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal inflamatoria (SII) | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular (A fib) | <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda |
| <input type="checkbox"/> Próstata agrandada | <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> EPOC (enfisema) | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca (ICC) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Demencia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Eczema |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones | <input type="checkbox"/> Reflujo (ERGE) | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> VIH + | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta) | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Ataques cardíacos | <input type="checkbox"/> Artritis degenerativa | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (Tb) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ulceras | | | |

Indique cualquier otro problema médico o diagnóstico que tenga:

Alguna vez has fumado? Sí No

¿En que año comenzó a fumar y en que año paró? _____

Bebe Ud. alcohol? Sí No

¿Cuánto bebe? _____

Con qué frecuencia? _____

¿Ha consumido cocaína? Sí No

¿Cuántos años consumió? _____

CIRUGÍAS PASADAS: Marque la caja que le pertenesca.

- | | | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Reducción de senos | <input type="checkbox"/> Endarterectomía carotídea | <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> CABG - Bypass coronario | <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico |
| <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Banda gástrica | <input type="checkbox"/> Cirugía de la válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Hernia (abdominal) |
| <input type="checkbox"/> Fractura de cadera | <input type="checkbox"/> Cirugía de cadera | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la rodilla | <input type="checkbox"/> Cirugía de la columna vertebral | <input type="checkbox"/> Lasik | <input type="checkbox"/> Mastectomía (mama CA) |
| <input type="checkbox"/> Miringotomía y tubo | <input type="checkbox"/> Septoplastia nasal | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria / stents |
| <input type="checkbox"/> Otras cirugías | <input type="checkbox"/> Biopsia de próstata | <input type="checkbox"/> Artroscopia de hombro | <input type="checkbox"/> Cirugía de hombro |
| <input type="checkbox"/> Tiroidectomía | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> Prostatectomía | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía | | | |

Indique cualquier otra cirugía que haya tenido (incluya fechas):

Ha tenido estudios para el problema de hoy? Si respondió sí, indique los nombres de , fecha y donde el examen estuvo hecho.

¿Ha necesitado medicamentos o le han dado medicamentos para el problema de hoy?

AUTORIZACIÓN PARA EL USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización para el Uso / Divulgación de Información: Yo voluntariamente autorizar y ordenar al proveedor de servicios de salud viene a continuación a divulgar mi información de salud durante la vigencia de esta autorización al destinatario que he identificado abajo.

Nombre del Proveedor: _____
Dirección del Proveedor: _____

Número de fax: _____

RECEPTOR DE ENTREGA DE LOS REGISTROS:

BEACH CITIES ENTS, los Dres. Levine, Sesi, Rafei and Schaye, Kemi Ajibola PA-C
20911 Earl Street, Suite 340, Torrance, CA 90503
Fax: 310-944-9295

Propósito: Entiendo que el propósito específico de esta autorización es

Información a revelar: Esta autorización permite que el profesional de la salud antes mencionado a divulgar los registros médicos siguientes:

_____ Toda mi información de salud que el proveedor tiene en su poder, incluyendo información relativa a cualquier historial médico, condición física o mental o cualquier otro tratamiento recibido por mí, incluyendo, sin limitación, los rayos X, el VIH / SIDA, pruebas genéticas, notas de psicoterapia y otra información de salud mental, drogas, alcohol u otras informaciones sustancia controlada, información de facturación, correspondencia y registros de mis otros proveedores de atención médica que el proveedor de atención médica antes mencionado puede tener.

_____ Toda mi información de salud descrita anteriormente, excepto por lo siguiente:

_____ Sólo los siguientes registros o tipos de información de salud: (Insertar fechas de tratamiento, tipo de tratamiento u otra designación.)

Plazo: Esta autorización se mantendrá vigente durante un (1) año a partir de la fecha de firma de esta autorización.

La divulgación: Entiendo que una vez que el profesional del cuidado de la salud divulga mi información de salud a los beneficiarios identificados anteriormente, el profesional del cuidado de la salud no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información de salud a un tercero. El tercero no puede ser obligado a acatar esta Autorización o las leyes federales y estatales que rigen el uso y divulgación de mi información de salud.
el uso y la divulgación de mi información de salud.

HEAR BETTER SMELL BETTER BREATHE BETTER SPEAK BETTER SLEEP BETTER LIVE BETTER

20911 Earl Street, Suite 340 Torrance, CA 90503 Tel (310) 540-2111 Fax (310) 944-9295 www.BeachCitiesENTS.com

BEACH CITIES ENT'S
EAR NOSE THROAT SURGEONS

La negativa a firmar / derecho de revocar: Entiendo que puedo negarme a firmar o revocar (en cualquier momento) la presente Autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento por mi salud cuidar proveedor.

Revocación: Entiendo que la autorización se mantendrá vigente hasta el término de esta autorización expira o proporciono una notificación escrita de revocación al profesional del cuidado de la salud en la dirección normal de oficina de mi proveedor de atención médica. La revocación será efectiva inmediatamente después de recibir del profesional del cuidado de la salud de mi notificación por escrito, a excepción de que la revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier medida adoptada por el profesional del cuidado de la salud en la dependencia de esta autorización antes de recibir mi notificación escrita de revocación.

Preguntas: ¿puedo comunicarme con mi médico para obtener respuestas a mis preguntas sobre la privacidad de mi información de salud en el número de teléfono normal de oficina de mi proveedor de atención médica. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización de mi proveedor de atención médica.

Fotocopia: Una fotocopia, fax o copia electrónica de esta autorización se considerará tan efectiva y tan válida como el original.

Firma _____ Fecha _____ Firma del testigo _____

Nombre: (Por favor escriba) _____

Si individual no puede firmar esta Autorización, por favor complete la siguiente información.

Firma del Personal Legal Relación Fecha Firma del testigo

Nombre Representante: (letra de molde) _____

HIPAA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACUSE DE RECIBO

Yo reconozco que me ofrecieron o recibí un policía del Aviso de Prácticas de Privacidad Beach Cities ENT'S. Además reconozco que una copia del aviso actual se publica en su página web y que una copia de cualquier Aviso modificado de Prácticas de Privacidad estará disponible en cada cita.

Firma del paciente: _____

AUTORIZACIÓN DE SEGUROS Y CESIÓN

Solicito que el pago de las prestaciones de seguros autorizados se hagan en mi nombre a la playa Ciudades ENT'S por cualquier servicio que los médicos prestan. Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mí para liberar a la Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se haga el pago y autoriza la divulgación de la información médica para pagar la reclamación. Entiendo que soy financieramente responsable por el saldo no cubierto por mi seguro. Si dejo de hacer el pago y el saldo de mi cuenta se coloca para la recolección, voy a ser responsable de los gastos de recaudación razonables, incluyendo los honorarios del abogado. Si presento un cheque que es devuelto por mi banco, entiendo que se me cobrará una tasa administrativa de los costes adicionales incurridos por la playa Ciudades ENT'S.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

HEAR BETTER SMELL BETTER BREATHE BETTER SPEAK BETTER SLEEP BETTER LIVE BETTER

20911 Earl Street, Suite 340 Torrance, CA 90503 Tel (310) 540-2111 Fax (310) 944-9295 www.BeachCitiesENT'S.com

BEACH CITIES ENTS

Adult and Pediatric Ear, Nose, Throat & Sinus

OFFICE FINANCIAL AND PAYMENT POLICY (Updated 07/01/2022)

If you have medical insurance, we will do our best to help you receive your maximum allowable benefits. In order to achieve this goal, we need your assistance and understanding of our payment policy. You will be asked to update your demographic and insurance information periodically, including providing our office with copies of your insurance card(s). If you provide us with different insurance from the date of your visit and we are not contracted with your correct updated insurance, the patient is responsible for services rendered. We are required to obtain your signature for permission to release information to your insurance carrier annually.

NO SHOW POLICY: We ask for a 2-business days notice if you must cancel or reschedule an appointment to allow more availability for patients who desire to be seen. There will be a \$50 charge for appointments made which you do not show or do not cancel with 2-business day notice. If you schedule surgery and need to cancel or reschedule, we ask for 2 weeks notice prior to the surgery date in order to allow other patients access to the limited operating room time. If this adequate notice is not given, a \$250 deposit will be required to reschedule surgery and will be lost if surgery is cancelled a second time.

Please initial here: _____

As a courtesy, we will gladly submit fees for your covered medical services to your insurance company. However, we expect payment of all services within 60 days. It may become necessary for you to pay your account in full if your insurance company fails to pay for services in an appropriate time period. It is your responsibility to understand your coverage and benefits, including pre-certifications, referral and authorization requirements. We will, however, assist you to ensure all plan requirements are met.

Payment for services, including co-payment, co-insurance and deductible amounts, is due at the time services are rendered. We do not bill secondary insurance for co-pays. We expect copay payments for primary and secondary insurances at the time of visit. Any non-covered services are your responsibility. Our failure to collect these amounts may be a violation of our contract with your insurance company and may result in civil and criminal penalties and/or expulsion from your insurance plan.

Returned checks, balances older than 60 days and failure to pay account balances as promised will be subject to an external collection service and a collection fee of \$100. To cover the cost for returned checks, you will be charged an administrative fee of \$100 and the cost of certified mailing in addition to the amount of your check. If we receive a bounced check from the bank, we will no longer be able to accept checks from you but will require cash or credit card payment. Also, there is a \$25 charge for any forms that require completion by our office.

We must emphasize that as medical care providers, our relationship is with you, not your insurance company. While the filing of insurance claims is a courtesy that we extend to our patients, all charges are your responsibility from the date the services are rendered. If there is a dispute with your insurance company, you will receive a letter from our billing service asking for your help by your contacting your insurance company to assist with processing and payment of the services provided to you. We realize that temporary financial problems may affect timely payment of your account. If such problems do arise, we encourage you to promptly contact Karmen or Silvia at our billing service, Med Pro Management, Inc. at 818-549-1713 for assistance in the management of your account. Thank you. Your signature below constitutes acknowledgement and acceptance of this policy.

Signature: _____

Date: _____

Aviso a los pacientes

“La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales docentes. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>”.

Solo con fines informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web de Pagos Abiertos de los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley Federal Sunshine de Pagos a Médicos exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales docentes.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

HEAR BETTER SMELL BETTER BREATHE BETTER SPEAK BETTER SLEEP BETTER LIVE BETTER

El Segundo Office 2110 E. El Segundo Boulevard, Suite 110 El Segundo, CA 90245
Torrance Office 20911 Earl Street, Suite 340 Torrance, CA 90503
Tel (310) 540-2111 Fax (310) 944-9295 info@beachcitiesents.com BeachCitiesENTS.com