

Chest Physician Consultants
Asaad Jandali MD, FCCP
Wassim Shwaiki MD
Bassem Srour MD, FCCP
Daniel Martin, MD

8840 Calumet Ave, Suite 206
Munster, IN 46321
Phone: (219) 836-7723
Fax: (219) 836-7726

Por Favor Imprimir

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____
Telefono De Casa: _____ Celular: _____ Telefono De Negocio: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Seguro Social# _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
Raza: _____ Etnia: _____
Correo Electrónico: _____
Comunicación Preferida: (**marque uno**): Correo Electrónico: _____ Llamar: _____
Farmacia Preferida: (nombre y número de teléfono) _____
Contacto De Emergencia: _____
Relación con el paciente: _____ Telefono: _____

**** Nombre del médico o persona que lo refirió a nuestra clínica****

Referido: _____
Empleador: _____ Posición: _____
Domicilio: _____ Telefono: _____

**** Entregue tarjetas a la recepción****

Seguro Primario: _____ Telefono: _____
Nombre de asegurado: _____ Fecha De Nacimiento: _____
Número de póliza/Identificación: _____ Número de grupo: _____
Relación con el asegurado: _____

Seguro Secundario: _____ Telefono: _____
Nombre de asegurado: _____ Fecha De Nacimiento: _____
Número de póliza/Identificación: _____ Número de grupo: _____
Relación con el asegurado: _____

*****Tarifa de no presentación:** Cancelar con 24 horas de anticipación o se le cobrará una tarifa de \$ 25 por no presentarse.

***** Llamadas fuera de horario:** Después del horario de atención, las llamadas telefónicas a los médicos se cobrarán \$ 15. Que no cubre la aseguranza.

Firma Del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____

Fecha: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Razón de la visita: _____

Lista De Alergias				Cirugías Anterior	
Tefir	Y	N	Látex	Y	N
Yodo	Y	N	Mariscos	Y	N
Alergias a medicamentos: _____				<i>Tipo</i>	<i>Fecha</i>
_____				_____	_____
_____				_____	_____
_____				_____	_____
_____				_____	_____

Medicamentos (Actualmente Tomando)

Nombre	Ámbitos	importe	Nombre	Ámbitos	Importe
1.			2.		
3.			4.		
5.			6.		
7.			8.		
9.			10.		
11.			12.		
13.			14.		
15.			16.		
17.			18.		
19.			20.		

Historial Médico

	Paciente (Tu)	Y	N	Diagnosticado Cuando (Año)	Miembro de la familia
Cáncer:	Y	N		_____	_____
Diabetes:	Y	N		_____	_____
Enfisema:	Y	N		_____	_____
Infarto:	Y	N		_____	_____
Insuficiencia cardíaca:	Y	N		_____	_____
Hipertensión:	Y	N		_____	_____
Cálculos renales:	Y	N		_____	_____
Otro: _____					
Embarazo:	Y	N			
Parto vaginal	_____	c-sección	_____	Número de niños	_____

Historia Social

Usted Fuma?	Y	N	Cuanto? _____
Bebes alcohol?	Y	N	Cuanto? _____

Términos Y Acuerdos

Consentimiento Para Tratar: Solicito y doy mi consentimiento a mi médico para proporcionar y realizar dicha atención médica / quirúrgica, pruebas, procedimientos, medicamentos y otros servicios y suministros que se consideran necesarios o beneficiosos para mi salud y bienestar. Reconozco que no se me han hecho representaciones, garantías o garantías en cuanto a los resultados o curas o en las que he confiado.

Iniciales: _____

Iniciales: _____

Divulgación De Información Médica Y Autorización Para Pagar Los Beneficios Del Seguro:

Autorizo a mi médico a divulgar información de mi registro médico a mi(s) compañía(s) de seguros o agencia gubernamental para el procesamiento de reclamos de beneficios médicos. Solicito que mi(s) compañía(s) de seguros honren mi asignación de beneficios de seguro aplicables a los servicios y paguen todos los beneficios de seguro asignados directamente a mi médico, en mi nombre.

Iniciales: _____

Iniciales: _____

Certificación De Medicare: Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a mi médico que me trata a divulgar información de mi registro médico a la SSA y /o al Programa Medicare o sus intermediarios o transportistas, o a las Organizaciones de Revisión de Estándares Profesionales para el procesamiento de reclamos de beneficios médicos. Solicito que el pago de los beneficios de autorización se haga directamente a mi médico que me trata, en mi nombre.

Iniciales: _____

Iniciales: _____

Acuerdo financiero: Entiendo que todas las cuentas son responsabilidad total del paciente y / o la parte / garante responsable del paciente. Mi médico ayudará a los pacientes a obtener beneficios de seguro cuando esos beneficios se asignen a mi médico. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que los pagos del seguro se procesen y paguen rápidamente a mi médico. En caso de incumplimiento del pago, prometo pagar cualquier interés legal sobre el saldo adeudado, junto con cualquier costo de cobro y honorarios razonables de abogados incurridos para efectuar el cobro de esta cuenta o futuras cuentas pendientes.

Iniciales: _____

Iniciales: _____

Firma Del Paciente: _____

Fecha: _____

Padre(s)/Guardián: _____

Fecha: _____

Divulgación De Registros E Información

En Chest Physician Consultants nos tomamos muy en serio nuestros derechos de privacidad y en un esfuerzo por comunicarnos con usted de manera más efectiva y mantener su información de privacidad confidencial (solo para aquellos que ha elegido para recibir su información de salud protegida); le pedimos que complete el siguiente formulario. Este formulario le permite ser la persona que decida a quién podemos divulgar su información y por qué razón.

Yo, _____, han recibido una copia impresa o revisado la copia de la oficina de las *prácticas de privacidad* de Chest Physician Consultants.

Me gustaría tener registrados los nombres y números de teléfono de los siguientes familiares / amigos a los que puede discutir o dejar información sobre mi información de salud protegida y / o asuntos financieros.

Nombre: _____ Realización: _____ Teléfono: _____

Además de lo anterior, ¿cómo podemos comunicarnos con usted con respecto a cualquier problema de salud o inquietud que pueda ser confidencial? (Por ejemplo: resultados de laboratorio, radiografías, recordatorios de citas, etc.)

¿Podemos dejar mensajes en su teléfono? Sí: _____ No: _____

¿Puede ser contactado en el trabajo? Sí: _____ No: _____

¿Podemos enviar correo a su domicilio? Sí: _____ No: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Aviso De Privacidad Del Paciente

Chest Physician Consultants

Información para el paciente

Apellido: _____ Medio: _____ Nombre: _____

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Divulgación de su información de atención médica

Tratamiento

Podemos divulgar su información de atención médica a otros profesionales de la salud dentro de nuestra práctica con el propósito de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Pago

Podemos divulgar su información de atención médica a sus proveedores de atención de seguros con el propósito de pago u operaciones de atención médica.

Compensación de Trabajadores

Podemos divulgar su información de salud según sea necesario para cumplir con las leyes estatales de *Compensación De Trabajadores*.

Emergencias

Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, u otra persona responsable de su atención sobre su condición médica o en caso de una emergencia de su muerte.

Salud pública

Según lo exija la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades de salud pública para fines relacionados con la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades, informar sobre abuso o negligencia infantil, informar sobre violencia doméstica, informar a la administración de la FDA problemas con productos y reacciones a medicamentos, e informar enfermedades y trastornos infecciosos.

Procedimientos Judiciales Y Administrativos

Podemos divulgar su información de salud en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial.

Aplicación De La Ley

Podemos divulgar su información de salud a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley con el propósito de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumplir con una orden judicial o citación, u otros fines de aplicación de la ley.

Personas Fallecidas

Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en los exámenes médicos forenses.

Donación De Órganos

Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en la obtención, el banco o el trasplante de órganos y tejidos.

Investigación

Podemos divulgar su información de salud a los investigadores que realizan investigaciones que han sido aprobadas por una Junta de Revisión Institucional.

Seguridad Pública

Puede ser necesario divulgar su información de salud a la persona adecuada para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona en particular o para el público en general.

Organismos Gubernamentales Especializados

Podemos divulgar su información de salud para fines militares, de seguridad nacional, de prisioneros y de beneficios gubernamentales.

Sus Derechos De Información De Salud

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. Sin embargo, tenga en cuenta que *Chest Physician Consultants* no está obligado a aceptar la restricción de su solicitud. Tiene derecho a que su información de salud sea recibida o se comunicada a través de un método alternativo o enviada a un lugar alternativo que no sea el método habitual, a su solicitud. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud.

Usted tiene el derecho de solicitar que *Chest Physician Consultants* modifique su información de salud protegida. Tenga en cuenta que, sin embargo, CPC no está obligado a aceptar esa solicitud. Si su solicitud es denegada, se le proporcionará una explicación de nuestro razonamiento y cómo puede continuar en ese asunto.

Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de su información de salud protegida hechas por CPC.

Tiene derecho a una copia de este aviso de Prácticas De Privacidad en cualquier momento si lo solicita.

Cambios A Este Aviso

Chest Physician Consultants se reserva el derecho de modificar este aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento y hará efectivas las nuevas disposiciones para toda la información que mantenga. Hasta que se realice dicha modificación, CPC está obligado por ley a cumplir con este aviso.

CPC está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle un aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este aviso o si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, contáctenos.

Quejas

Las quejas sobre sus derechos de privacidad o cómo CPC ha manejado su información de salud deben dirigirse a nosotros. Puede presentar una queja formal a:

DHHS, Oficina de Derechos Civiles
200 Independence Ave. SW
Cuarto 509 F HHH edificio
Washington DC, Maryland 20201

Este aviso es efectivo de la fecha de hoy que se enumera a continuación

He leído el aviso de privacidad y entiendo mis derechos contenidos en el aviso. A modo de firma, proporciono a CPC mi autorización y consentimiento para usar y divulgar mi información de atención médica protegida con el fin de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de privacidad.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____