PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE

Last / Apellido Paterno	First / Primer Nombre	Middle / Segundo Nombre	
Soc. Sec. No. / Número de Seguro Social	Birth Date / Fecha de Nacimiento	☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino	Apt. Number / Número de Apartamento
Address / Dirección	City / Cuidad	State/Zip / Estado y Codigo postal	
Phone / Teléfono ( )	Marital Status / Estado civil ☐ Married ☐ Widowed ☐ Divorced ☐ Separated ☐ Single	Employer Name / Nombre de Epliador	
Employer Address / La direccion de Epliador	City / Cuidad	State/Zip / Estado y Codigo postal	Work Phone / Teléfono de trabajo ( )

GUARANTOR INFORMATION (head of household to receive billing statements, if any) / GARANTE DE INFORMACION (cabeza de familia a recibir estados de cuenta, si lo hubiere)

Last / Apellido Paterno	First / Primer Nombre	Middle / Segundo Nombre	
Soc. Sec. No. / Número de Seguro Social	Birth Date / Fecha de Nacimiento	☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino	Apt. Number / Número de Apartamento
Address / Dirección	City / Cuidad	State/Zip / Estado y Codigo postal	
Phone / Teléfono ( )	Marital Status / Estado civil ☐ Married ☐ Widowed ☐ Divorced ☐ Separated ☐ Single	Employer Name / Nombre de Epliador	
Employer Address / Dirección del empleador	City / Cuidad	State/Zip / Estado y Codigo postal	Work Phone / Teléfono de trabajo ( )

Patient's Relationship to Guarantor: / Relación con el paciente Garante: ☐ Self / Solo ☐ Spouse / Esposa ☐ Son / Hijo ☐ Daughter / Hija ☐ Other / Otro

INSURANCE INFO. (Provide copy of insurance card) / Información del Seguro (Proporcione copia de la tarjeta de seguro)

PRIMARY INSURANCE INFORMATION / PRIMARIA DE INFORMACION DE SEGUROS

Subscriber (Policyholder):	Last / Apellido Paterno	First / Primer Nombre	Middle / Segundo Nombre
Insurance Company Name / Nombre de la empresa de seguros	Subscriber Employer Name / Nombre del empleador suscriptor		
Policy Effective Date / Fecha de vigencia política	Subscriber ID Number / Número de Identificación del Suscriptor	Group Number / Número de grupo	Birth Date / Fecha de nacimiento
Insured (Patient) ID Number / Asegurado (paciente) Número de Identificación	Insured (Patient) PCP / Asegurado (paciente) PCP	Patient's Relationship to Subscriber: / Relación del paciente al suscriptor ☐ Self ☐ Spouse ☐ Son ☐ Daughter ☐ Other	

SECONDARY INSURANCE INFORMATION / INFORMACION SECUNDARIA DE SEGUROS

Subscriber (Policyholder):	Last / Apellido Paterno	First / Primer Nombre	Middle / Segundo Nombre
Insurance Company Name / Nombre de la empresa de seguros	Subscriber Employer Name / Nombre del empleador suscriptor		
Policy Effective Date / Fecha de vigencia política	Subscriber ID Number / Número de Identificación del Suscriptor	Group Number / Número de grupo	Birth Date / Fecha de nacimiento
Insured (Patient) ID Number / Asegurado (paciente) Número de Identificación	Insured (Patient) PCP / Asegurado (paciente) PCP	Patient's Relationship to Subscriber: / Relación del paciente al suscriptor ☐ Self ☐ Spouse ☐ Son ☐ Daughter ☐ Other	

EMERGENCY CONTACT / OTHER INFORMATION / CONTACTO DE EMERGENCIA / OTRAS INFORMACIONES

Name / Nombre	Relationship / Relación	
Address / Dirección	City / Cuidad	State/Zip / Estado y Codigo postal
Home Phone / Teléfono de la casa ( )	Work Phone / Teléfono de trabajo ( )	

Other than to yourself, to whom may we release test results: / Distinto a usted, a quien le podemos liberar los resultados de la prueba:

Name / Nombre _____ Relationship / Relacion _____

I hereby authorize payment directly to Panda Medical Associates, LLC for surgical and/or medical benefits, if any, otherwise paid to me for unpaid services rendered and the release of any information necessary to process claims for said services and authorization to release records pertaining to my treatment to my insurance company or other third parties responsible for payment of my medical charges, including review activities related to my physician's participation with my health plan, via voice, electronic, mail or fax transmission. I also agree to pay all charges and/or co-payments at the time of service. In the event of default, I promise to pay all legal fees, collection costs, and/or interest as may be required to effect collection of this note. This will also serve as an authorization for release of emergency department, urgent care and/or medical records which may be necessary in my medical care.

Signed: / Firmado: _____ Date: / Fecha _____

(Patient or Responsible Party) (Paciente o Persona Responsable)

PANDA MEDICAL ASSOCIATES

ACUERDO FINANCIERO

El pago se debe hacer al tiempo de tus servicios medicaos a no ser que otros arreglos se hayan hecho con la Administradora de la Practica.

Siempre hemos archivado y continuaremos archivando las reclamaciones para nuestros pacientes, pero el paciente debe compartir la misma responsabilidad de obtener y darle al doctor o la compañía de seguro médico la información necesaria para que el reclamo se procese y se pague dentro de un tiempo razonable.

Mientras nos damos cuenta que los pacientes no siempre son dados toda la información requeridas por su compañía de seguro medico o agente, sigue siendo **LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE** llamar y obtener esta información antes de recibir tratamiento y antes de archivar los reclamos para el tratamiento. No podemos enfatizar suficientemente lo importante que eso es, para usted, el paciente, en recibir los beneficios apropiados, los cuales usted esta intitulado/a a tener bajo su contrato o plan de seguro médico.

Estamos entonces, pidiendo tu cooperación para que así los podamos servir mejor y darles el cuidado medico apropiado que usted merece sin tener que gastar una cantidad de tiempo exorbitante lidiando con los pros y las contras de tu compañía de seguro médico. Usted debe tener y saber toda la información requerida por sus planes de seguro médico individuales para así evadir cualquier confusión de tu parte sobre lo que se esta suministrando para usted.

Todas las deudas de los pacientes deben ser pagadas a la hora de que los servicios son rendidos. En este caso donde le estamos cobrando a tu compañía de seguro médico, podemos mandarte un estado/cobro por la porción restante que le pertenece al paciente, lo cual se debe pagar al recibirlo. **SI USTED NO SABE PORQUE SE LE ESTA COBRANDO ESTA CANTIDAD, PORFAVOR CONTACTE A SU COMPANIA DE SEGURO MEDICO PRIMERO PARA OBTENER ESA INFORMACION** y si sigue teniendo preguntas, por favor siéntese libre de contactar a nuestra oficina de cobros, Tramonto Billing al 623-256-6712.

Debido a que estamos contratados de manera distinta debajo de cada compañía de seguro medico, el personal de Panda Medical Associates hace lo mejor con los recursos disponibles, para asegurarse que si usted requiere un Referido o una Autorización Previa de su compañía de seguro medico, que te notifiquemos. **SIN EMBARGO, como el paciente, es TU RESPONSABILIDAD suministrar un Referido o Autorización Previa actualizado a nuestra oficina al tiempo de servicio para prevenir el cobro de los servicios.** Tu Doctor de Cuidado Primario te puede asistir en conseguir el Referido y la Autorización Previa correcta para nosotros.

Nosotros reservamos el derecho de darte de alta de la practica después de tres (3) citas de "No Presentar" o si el proveedor siente que debido a muchas citas canceladas o rehechas estes mostrando "incumplimiento de cuidado".

Si tu cobertura de AHCCCS a terminado y un proveedor te ve, usted recibirá una factura por la deuda pendiente. Panda Medical Associates no será responsable por recobrar tus cargos a tu plan de AHCCCS (si es que lo reintegras) a no ser que nos llames y nos solicites hacerlo. Usted será responsable por cualquier cargo incurrido debido a la presentación inoportuna de dichos cargos.

Métodos de pago disponibles: •EFECTIVO • DEBITO •VISA/MC •AMERICAN EXPRESS

He leído y entiendo la información anterior que se me proporciono.

_____ _____

Firma del paciente Fecha

CONTACTO / INFORMACION Y PRENSA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente _____ **Fecha** _____

Edad _____ **Fecha de nacimiento** _____

Sí _____ **No** _____ Usted no puede / no puede discutir o liberar mis resultados médicos o cualquier problema medico (ejemplo: resultados, rayos X, medicamentos, consultas, etc.) con

_____.

Sí _____ **No** _____ Usted puede / no puede dejar un mensaje de voz con respecto a (resultados de laboratorio, rayos X los resultados, la medicación, consulta, el nombramiento de confirmación, etc.)

Número de teléfono para contactar con los resultados
_____ AM _____ PM _____

Estabien llamar a su trabajar? **Sí** _____ **No** _____
Estabien dejar mensaje de voz en el trabajo? **Sí** _____ **No** _____

Teléfono de trabajo Extensión _____ _____

Privacidad del paciente: *Nuestra práctica se ha comprometido a garantizar la privacidad de su información de salud. En consecuencia, hemos publicado nuestra práctica de la Notificación de prácticas de privacidad en la zona de recepción. Usted no está obligado a leer este aviso. Sin embargo, nos gustaría su reconocimiento de que se le ha notificado que la práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad.*

He leído y entendido todo lo anterior.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Testigo
Firma _____ Título _____ Fecha _____

Consentimiento para el uso o divulgación de información para fines del médico requerido por la Oficina

Por la presente autorización Panda Medical Associates a utilizar mi información de salud, y / o revelar mi información de salud a un tercero pagador, o de cualquiera de las partes involucradas en el cuidado de mi salud.

Entiendo que hay un aviso de prácticas de privacidad publicadas en la práctica área de recepción, a mi disposición para leer.

Este consentimiento permanecerá en vigor y efecto, siempre que soy un paciente a esta práctica.

Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de dicha notificación por escrito a mi médico (s) en esta práctica.

Entiendo que la información utilizada o revelada en virtud de la presente autorización podrá ser objeto de redisclosure por el beneficiario y no podrán ser protegidos por la ley federal o estatal.

También entiendo que tengo el derecho a:

- No inspeccionar o copiar la información de salud protegida a ser utilizado o divulgación de lo permitido bajo la ley federal (o la ley estatal a la medida en que la ley del estado proporciona un mayor acceso de derechos).
- No me niego a firmar este consentimiento.

_____

Firma del paciente, tutor o representante personal

_____

Fecha

_____

Nombre del paciente, tutor o representante personal

_____

Descripción de la autoridad del representante personal

PANDA MEDICAL ASSOCIATES, LLC

CHIOMA IWEHA, M.D.

EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTA DE PRIVACIDAD MEDICA

Yo _____ reconozco que he recibido
(El nombre de Paciente)

Una copia de **PANDA MEDICAL ASSOCIATES, LLC 'Nota de la Privacidad Medica'**. Esta Nota describe cómo **PANDA MEDICAL ASSOCIATES, LLC** puede usar y poder revelar mi información protegida de la salud, ciertas restricciones en el uso y la revelación de mi información de salud, y de los derechos que puedo tener considerando mi información medica protegida.

_____ _____

(Firma de Paciente, o de Representante Personal) (fecha)

_____

(La relación al Paciente)

Panda Medical Associates, LLC

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ La fecha de hoy _____

Dirección _____ Teléfono _____

Profesíón _____ Profesíón Anterior _____

Liste otros médicos que lo estén tratando _____

_____ ¿Quién lo refirió a esta oficina? _____

Por favor enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Medicina	Dosis	Frecuencia	¿Para cuál enfermedad?

¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? ☐ Sí ☐ No Si es así, lista cual(es): _____

_____

Enumerar todas las operaciones pasadas y enfermedades graves:

Operación o Enfermedad	Mes y Año	Estado y la Ciudad	Resultado

¿Alguna vez le han aconsejado tener cualquier intervención quirúrgica que no se ha hecho? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique:

_____

_____

¿Tiene un testamento en vida (Declaración de voluntades anticipadas)? ☐ Sí ☐No Si no, le gustaría información sobre Voluntades Anticipadas?
☐ Sí ☐ No

¿Fuma cigarrillos? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto? _____ ¿Cuándo dejó? _____
¿Cuánto fumaba antes de dejar? _____

¿Bebe alcohol? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto? _____ ¿Cuándo dejó? _____
¿Cuánto bebía antes de dejar? _____

¿Alguna vez ha utilizado alguna droga callejera o drogas ilícitas? _____

¿Qué tan activo es usted físicamente? _____

HISTORIAL FAMILIAR:

	Edad	Estado de Salud	Edad de Muerte	Causa de Muerte
Padre:				
Madre:				
Hermano/Hermana: (indicar cuáles)				

¿Algún pariente de sangre alguna vez ha padecido de?:

Cáncer	☐ Sí ☐ No	Pariente:	_____
Tuberculosis	☐ Sí ☐ No	Pariente:	_____
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Pariente:	_____
Probelmas Cardiacos	☐ Sí ☐ No	Pariente:	_____
Alta presión	☐ Sí ☐ No	Pariente:	_____
Embolia	☐ Sí ☐ No	Pariente:	_____
Epilepsia	☐ Sí ☐ No	Pariente:	_____

ALGUNA VEZ HA TENIDO:

Ataque al corazón	☐ Sí	☐ No	Gonorrea or Sífilis	☐ Sí	☐ No
Soplo de corazón	☐ Sí	☐ No	Nefritis	☐ Sí	☐ No
Válvulas cardiacas con escape	☐ Sí	☐ No	Ictericia- Hepatitis	☐ Sí	☐ No
Agrandamiento del corazón	☐ Sí	☐ No	Enfermedades de la vesícula	☐ Sí	☐ No
Alta Presión	☐ Sí	☐ No	Anemia	☐ Sí	☐ No
Fiebre reumática	☐ Sí	☐ No	Enfermedades infantiles	☐ Sí	☐ No
Tuberculosis	☐ Sí	☐ No	Escarlatina	☐ Sí	☐ No
Fiebre del Valle	☐ Sí	☐ No	Transfusión de sangre	☐ Sí	☐ No
Diabetes	☐ Sí	☐ No	Embolia cerebral	☐ Sí	☐ No
Asthma	☐ Sí	☐ No	Cualquier otros no mencionados:		
Cáncer	☐ Sí	☐ No	_____		
Coágulos en la sangre	☐ Sí	☐ No	_____		

¿TIENE AHORA O HA TENIDO EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS?:

Dolor en el pecho	☐ Sí	☐ No	Cambio en la textura del cabello	☐ Sí	☐ No
Dolor en los brazos o cuello	☐ Sí	☐ No	Cambio en el peso	☐ Sí	☐ No
Despierta debido a dolor en el pecho	☐ Sí	☐ No	Náusea o vómito	☐ Sí	☐ No
¿Con cuántas almohadas duerme?_____			Sangre en el vómito o "con aspecto de café molido"	☐ Sí	☐ No
Despierta debido a la falta de aliento	☐ Sí	☐ No	Heces negras	☐ Sí	☐ No
Palpitaciones o frecuencia cardiaca muy rápida	☐ Sí	☐ No	Sangre en las heces	☐ Sí	☐ No
Latidos del corazón salteados	☐ Sí	☐ No	Heces color arcilla	☐ Sí	☐ No
Alta presión sanguínea	☐ Sí	☐ No	Calambres abdominales	☐ Sí	☐ No
Calambres en las piernas al caminar	☐ Sí	☐ No	Colitis	☐ Sí	☐ No
Calambres en las piernas cuando está acostado	☐ Sí	☐ No	Dolor al orinar	☐ Sí	☐ No
Venas varicosas	☐ Sí	☐ No	¿Con qué frecuencia se levanta por la noche a orinar?		
Hinchazón en los tobillos	☐ Sí	☐ No	Número de veces_____		
Acidez estomacal	☐ Sí	☐ No	Dificultad para comenzar a orinar	☐ Sí	☐ No
Sangrado nasal recurrente	☐ Sí	☐ No	Sangre en la orina	☐ Sí	☐ No
Desmayos	☐ Sí	☐ No	Pierde orina al toser o estornudar	☐ Sí	☐ No
Mareo al ponerse de pie	☐ Sí	☐ No	Secreción del pene	☐ Sí	☐ No
Visión doble	☐ Sí	☐ No	Hinchazón de las articulaciones	☐ Sí	☐ No
Dolores de cabeza severos	☐ Sí	☐ No	¿Ha tenido alguna radiografía del estómago		
Tos con flema	☐ Sí	☐ No	o del colon en los últimos 10 años?	☐ Sí	☐ No
Tos con sangre	☐ Sí	☐ No	¿Ha tenido alguna radiografía de la vesícula		
Ronquera persistente	☐ Sí	☐ No	biliar en los últimos 10 años?	☐ Sí	☐ No
Erupciones cutáneas recurrentes	☐ Sí	☐ No	Decoloración de los dedos cuando se exponen		
Entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies	☐ Sí	☐ No	al frío	☐ Sí	☐ No

SÓLO PARA MUJERES:

Fecha del último Papanicolaou: _____

Edad al inicio de la menstruación: _____

Fecha de inicio de la última menstruación: _____

Número de días entre menstruación: _____

Número de días de flujo? _____ Pesado? ☐ Sí ☐ No

Método de control de la natalidad: _____

Edad de inicio de las relaciones sexuales: _____

Edad en la menopausia: _____

¿Papanicolaous anormales? _____

EMBARAZOS: _____

Número total de embarazos: _____

Número de nacimientos vivos: _____

Número de prematuros: _____

Número de abortos naturales: _____ Mortinatos: _____

Número de abortos: _____

Número de hijos vivos: _____

Cualquier complicación? ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

Indique cuál de las siguientes ha tenido:

1. Biopsia de mama (seno)	☐ Sí	☐ No	Año Hecho_____
2. Implantes de seno	☐ Sí	☐ No	Año Hecho_____
3. Mamografía	☐ Sí	☐ No	Año Hecho_____
4. Cirugía de senos	☐ Sí	☐ No	Año Hecho_____
5. Colposcopía	☐ Sí	☐ No	Año Hecho_____
6. Conización Cervical	☐ Sí	☐ No	Año Hecho_____

Algún pariente de sangre ha tenido cáncer de mama? ☐ Sí ☐ No

Relación: _____

Fecha de la última mamografía: _____

¿Se realiza autoexamen de mama? ☐ Sí ☐ No

Otra información importante: _____