

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	<input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino		Apt. Number / Número de Apartamento	
Address / Dirección		City / Ciudad		State/Zip / Estado y Codigo postal	
Phone / Teléfono ()	Marital Status / Estado civil <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single		Employer Name / Nombre de Eplador		
Employer Address / La direccion de Eplador		City / Ciudad		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
(cabezo 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	<input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino		Apt. Number / Número de Apartamento	
Address / Dirección		City / Ciudad		State/Zip / Estado y Codigo postal	
Phone / Teléfono ()	Marital Status / Estado civil <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single		Employer Name / Nombre de Eplador		
Employer Address / Dirección del empleador		City / Ciudad		State/Zip / Estado y Codigo postal	Work Phone / Teléfono de trabajo ()
Patient's Relationship to Guarantor: <input type="checkbox"/> Self Solo <input type="checkbox"/> Spouse Esposa <input type="checkbox"/> Son Hijo <input type="checkbox"/> Daughter Hija <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Son <input type="checkbox"/> Daughter <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Son <input type="checkbox"/> Daughter <input type="checkbox"/> Other		

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

Name / Nombre		Relationship / Relación			
Address / Dirección		City / Ciudad		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 / Relación			

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

CONVENIO FINANCIERO

El pago es debido en el momento de su médico a menos que otros servicios se han hecho arreglos con el administrador o la práctica del Departamento de Facturación.

Siempre hemos presentado, y seguirá la presentación de reclamaciones de nuestros pacientes, pero los pacientes deben compartir la responsabilidad de obtener y dar el médico o la compañía de seguros la información necesaria para obtener su solicitud procesada y pagada en un plazo razonable.

Si bien nos damos cuenta de que los pacientes que no siempre se dan toda la información requerida por su agente o compañía de seguros, que sigue siendo **el paciente tiene la responsabilidad** de llamar y obtener esta información antes de recibir tratamiento y antes de presentar las solicitudes de tratamiento. No podemos recalcar lo suficiente lo importante que es esto, para usted, el paciente, para recibir los beneficios que el correcto tienen derecho en virtud de su plan de seguro o contrato.

Por lo tanto, estamos solicitando su cooperación para que podamos servir mejor a usted y le dan la debida atención médica que merecen sin tener que gastar una cantidad exorbitante de tiempo tratar con los pros y los contras de su compañía de seguros. **Usted debe tener y conocer toda la información requerida por sus planes de seguro para evitar cualquier confusión en su nombre de lo que se está prestando para usted.** _____ initials

Todas las partes del paciente se deben a los servicios prestados. En el caso de que su facturación que estamos seguros, le podemos enviar una declaración para el resto de pacientes que parte se debe a la recepción. _____ initials

Debido a que cada contrato de manera diferente en compañía de seguros, el personal de Panda Medical Associates hace sus mejores esfuerzos para asegurarse de que si necesita una remisión o la autorización previa de su compañía de seguros que le avise. **Sin embargo, como el paciente, es su responsabilidad de proporcionar una corriente (para comprobar la fecha de vencimiento) o autorización previa remisión a nuestra oficina en el momento de servicio para evitar de ser facturados por los servicios. Su médico personal le puede ayudar a conseguir la correcta remisión y autorización previa para nosotros.** _____ initials

Nos reservamos tiempo para cada paciente. Habrá una cuota de \$ 50.00 añadido a su cuenta si usted no cancela su cita dentro de 24 horas. _____ initials

En caso de procedimiento de recogida o de otras acciones legales sean necesarias para cobrar una cuenta vencida, el paciente o persona responsable del paciente, entiende que el PMA tiene el derecho de revelar a una agencia de cobros fuera de toda referencia personal y de cuenta necesarios para cobrar el pago por servicios prestados. El paciente, o la parte responsable del paciente, entiende que son responsables de todos los costes de recogida, incluyendo pero no limitado a, los intereses devengados al 18% TAE, todos los gastos judiciales y honorarios de abogados, las tasas de recogida y evaluada por una agencia de colección exterior. _____ initials

AHCCCS PACIENTES

Nos reservamos el derecho a la aprobación de la gestión que de la práctica después de tres (3) "No Show" citas. _____ initials

Si su cobertura de AHCCCS se **termina** y usted es visto por un proveedor, usted recibirá una factura por el saldo adeudado. Panda Medical Associates no se hace responsable de rebilling sus cargos a su plan de AHCCCS (si restablecer su cobertura) a menos que usted nos llame y pida que lo hagamos. Usted será responsable de los gastos debido a la presentación extemporánea de dichos cargos. _____ initials

REGISTROS MEDICOS

No cobramos por los registros médicos que se van a copiar y por **correo / fax / llevará a otro médico**, pero lo hacemos cargo de \$ 30 para su historial médico que se va a copiar para usted por: (la vida o seguro médico, cobertura de la discapacidad, personales, etc), que es debido antes de comenzar el proceso de copia. _____ initials

Formas de pago: débito o en efectivo VISA / MC American Express

Paciente o Guardián

Fecha

Gracias por hacernos cargo de sus necesidades médicas.

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)

Primer Nombre

Apellido Paterno

Fecha

Inventario de salud sexual para hombres (SHIM, por sus siglas en inglés)

Instrucciones

Cada pregunta tiene 5 respuestas posibles. Encierre en un círculo el número que mejor describa su situación. Seleccione sólo una respuesta para cada pregunta.

En los últimos seis meses:

1. ¿Cómo califica la confianza que tiene en poder mantener una erección?

1	2	3	4	5
Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Muy alta

2. Cuando tenía erecciones mediante estimulación sexual, ¿con qué frecuencia tenían sus erecciones la dureza suficiente para la penetración (entrar en su pareja)?

1	2	3	4	5
Casi nunca o nunca	Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)	Algunas veces (casi la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)	Casi siempre o siempre

3. Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia podía mantener su erección después de haber penetrado su pareja?

1	2	3	4	5
Casi nunca o nunca	Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)	Algunas veces (casi la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)	Casi siempre o siempre

4. Durante las relaciones sexuales, ¿qué tan difícil era mantener su erección hasta el final del acto sexual?

1	2	3	4	5
Extremadamente difícil	Muy difícil	Difícil	Ligeramente difícil	Nada difícil

5. Cuando trataba de tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia eran satisfactorias para usted?

1	2	3	4	5
Casi nunca o nunca	Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)	Algunas veces (casi la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)	Casi siempre o siempre

Información para médicos

Instrucciones para calcular los resultados

Suma los números que corresponden a las respuestas de las preguntas 1 a 5. Si la puntuación es 21 o menos, se debe tratar como disfunción eréctil (DE). La puntuación obtenida en el SHIM caracteriza la gravedad de la disfunción eréctil de la manera siguiente:

22-25 No hay DE

17-21 DE media

12-16 DE media a moderada

8-11 DE moderada

5-7 DE grave

Puntaje: _____

Panda Medical Associates, LLC

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

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

Dirección _____ Teléfono _____

Profesión _____ Profesión 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: _____

Problemas Cardíacos 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
- Soplo de corazón Sí No
- Válvulas cardíacas con escape Sí No
- Agrandamiento del corazón Sí No
- Alta Presión Sí No
- Fiebre reumática. Sí No
- Tuberculosis. Sí No
- Fiebre del Valle. Sí No
- Diabetes Sí No
- Asthma Sí No
- Cáncer Sí No
- Coágulos en la sangre. Sí No

- Gonorrea or Sífilis Sí No
- Nefritis Sí No
- Ictericia- Hepatitis Sí No
- Enfermedades de la vesícula Sí No
- Anemia Sí No
- Enfermedades infantiles. Sí No
- Escarlatina Sí No
- Transfusión de sangre Sí No
- Embolia cerebral Sí No
- Cualquier otros no mencionados: _____

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

- Dolor en el pecho Sí No
- Dolor en los brazos o cuello Sí No
- Despierta debido a dolor en el pecho Sí No
- ¿Con cuántas almohadas duerme? _____
- Despierta debido a la falta de aliento Sí No
- Palpitaciones o frecuencia cardíaca muy rápida Sí No
- Latidos del corazón salteados Sí No
- Alta presión sanguínea Sí No
- Calambres en las piernas al caminar. Sí No
- Calambres en las piernas cuando está acostado Sí No
- Venas varicosas Sí No
- Hinchazón en los tobillos. Sí No
- Acidez estomacal Sí No
- Sangrado nasal recurrente. Sí No
- Desmayos Sí No
- Mareo al ponerse de pie. Sí No
- Visión doble. Sí No
- Dolores de cabeza severos. Sí No
- Tos con flema Sí No
- Tos con sangre Sí No
- Ronquera persistente Sí No
- Erupciones cutáneas recurrentes. Sí No
- Entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies. Sí No

- Cambio en la textura del cabello Sí No
- Cambio en el peso Sí No
- Náusea o vómito Sí No
- Sangre en el vómito o "con aspecto de café molido" Sí No
- Heces negras Sí No
- Sangre en las heces Sí No
- Heces color arcilla. Sí No
- Calambres abdominales Sí No
- Colitis Sí No
- Dolor al orinar Sí No
- ¿Con qué frecuencia se levanta por la noche a orinar?
Número de veces _____
- Dificultad para comenzar a orinar Sí No
- Sangre en la orina Sí No
- Pierde orina al toser o estornudar. Sí No
- Secreción del pene Sí No
- Hinchazón de las articulaciones Sí No
- ¿Ha tenido alguna radiografía del estómago
o del colon en los últimos 10 años? Sí No
- ¿Ha tenido alguna radiografía de la vesícula
biliar en los últimos 10 años? Sí No
- Decoloración de los dedos cuando se exponen
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. Colposcopia 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: _____

