



Jorge J. Arango M.D., PLLC
5959 Gateway Blvd. West Suite 104
El Paso, Texas 79925
Ph: (915) 351-5023
Fax: (915) 351-5024

Información del Paciente

Fecha: _____ Seguro Social #: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado Civil: [] Menor [] Soltero/a [] Casado/a [] Viudo/a [] Divorciado/a

Dirección postal actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Celular #: _____ Teléfono de casa #: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono #: _____

Farmacia de preferencia: _____ Ubicación: _____

Médico que lo/la refirió _____

Médico Primario: _____

Información de Seguro

Seguro Primario: _____

Relación al asegurado/a primario: AUTO HIJO/HIJA PAREJA OTRO

Nombre del asegurado/a primario: _____

Fecha de nacimiento de asegurado primario: _____

Seguro secundario: _____

Relación al asegurado/a primario: AUTO HIJO/HIJA PAREJA OTRO

Nombre del asegurado/a primario: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro terciaria (si se aplica): _____

Asignación y Descargo

Yo el firmante, certifico (o mi dependiente), que tengo cobertura de seguro con _____ y asigno directamente al Dr. Jorge J. Arango todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de lo contrario, pagadero a mí por los servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Por el presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguro.

X _____ Firma
del paciente/responsable Fecha



Jorge J. Arango M.D., PLLC
5959 Gateway Blvd. West Suite 104
El Paso, Texas 79925
Ph: (915) 351-5023
Fax: (915) 351-5024

Autorización de uso y divulgación de información médica protegida

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Yo autorizo a Jorge J. Arango M.D., el derecho de divulgar información de registros médicos y/o información protegida del paciente mencionado anteriormente a:

Seguros (incluyendo el seguro de discapacidad), el Departamento de Salud, Farmacias, Hospitales, Medico de referencia, y médicos consultorios solamente para el tratamiento de su salud.

Tipo de información pedida:

Resumen/notas de progreso pertinentes
Ordenes Médicas
Copias de su expediente médico
Notas de consulta
Inspección de su expediente médico

Notas operativas
Laboratorios
Registro de medicamentos
Todo su expediente médico
Otro

Reconozco, y por este medio, doy mi consentimiento que la información divulgada pueda contener información sobre abuso de alcohol y drogas, pruebas psiquiátricas, pruebas de VIH, resultados de VIH, e información sobre la SIDA.

Fecha de caducidad: Esta autorización se vence en un año

Yo entiendo que esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción se ha tomado en dependencia de, o si esta autorización se obtuvo como una condición de cobertura de seguro. Para revocar esta autorización, debo presentar un aviso por escrito al Dr. Jorge J. Arango.

La información utilizada para divulgar en virtud de la autorización puede estar sujeta a la re divulgación por el destinatario y ya no está protegido. Los honorarios/cargos cumplirán con todas las leyes y regulaciones aplicables a la divulgación de información.

He leído esta información, y autorizo la divulgación de la información de salud protegida.

X _____
Firma del paciente

Fecha



Jorge J. Arango M.D., PLLC
5959 Gateway Blvd. West Suite 104
El Paso, Texas 79925
Ph: (915) 351-5023
Fax: (915) 351-5024

Declaración de Confidencialidad y Reconocimiento del aviso de Prácticas de Privacidad

Es póliza de la oficina del Dr. Jorge J. Arango y empleados, de no dar ninguna información confidencial y/o no autorizada por teléfono, máquina de contestar, numero de trabajo, celular, y/o correo electrónico. En ocasiones de regresa la llamada no dejaremos mensaje al residente. No se dejara información a personas no autorizadas quien pueda contestar el teléfono.

Si usted quiere recibir información a través de los métodos enlistados en la parte posterior, favor de completar lo siguiente.

Celular/Contestadora [] SI [] NO Teléfono #: _____

Correo Electrónico: [] SI [] NO Correo Electrónico: _____

Si usted quiere autorizar a alguna persona de recibir información, favor de completar lo siguiente:

Lista de personas autorizadas:

Por la presente, reconozco que se me ha dado la oportunidad de leer y revisar el Aviso de prácticas de privacidad, ubicado en el sitio web del proveedor. Entiendo que una copia de este aviso estará disponible para mí, para mi uso personal, **si solicitada.**

Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento

PARA SER COMPLETADO POR UN EMPLEADO

Se ha hecho un esfuerzo de buena fe para obtener un reconocimiento del aviso de prácticas de privacidad puesto a disposición del paciente. No se ha obtenido un reconocimiento porque:

- El/La paciente negó a firmar el reconocimiento a pesar de tener la oportunidad de leer y revisar el aviso
- Otro: El paciente negó firmar el reconocimiento porque:

X _____
Firma del empleado

X _____
Firma del Paciente/Responsable

Fecha

Pólizas de la Oficina

Seguros Médicos:

- Este familiarizado con los requisitos de su plan de seguro antes de ver a su doctor.
- Asegúrese de saber si su plan de seguro requiere que obtenga una referencia y autorización de su doctor primario antes de ver su especialista.
- Tome en cuenta los requisitos de su plan de seguro para el pago del Dr. Jorge J. Arango al hospital incluyendo sus copagos y los deducibles.

Entienda que servicios no pagados por su plan, debido a la falta de cumplí con los requisitos solicitados por su seguro, serán su responsabilidad de pagar acuerdo con su póliza de seguro.

**** Los copagos, deducibles y coseguros deben cobrarse antes de que se presten los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover, American Express y Care Credit. Todos los servicios médicos prestados se cobran directamente al paciente o responsable. Si nuestro médico tiene contrato con su compañía de seguros, aceptaremos su tarifa negociada por los cargos facturados. Sin embargo, usted será responsable de cualquier saldo que se considere responsabilidad del paciente/no pagadero/no cubierto por su seguro y facturado en consecuencia. Se espera el pago completo al recibir el estado de cuenta o se deben hacer arreglos de pago en nuestra oficina de facturación. Tendremos que reprogramar su cita si los saldos vencidos no se pagan en su totalidad antes del momento de su cita. Los montos vencidos deben pagarse antes de que se le brinda servicio que no sean emergencia. *Si es beneficiario de Medicare, se facturará a Medicare por usted. Será responsable de los deducibles, todos los servicios no cubiertos, etc., de acuerdo con las pautas de Medicare.**

Póliza de Referencia y Autorización

❖ Entiendo que es mi responsabilidad como paciente obtener una referencia y autorización de mi doctor primario si mi plan de seguro lo requiere. Si no obtengo una referencia y autorización, los cargos se cobran directamente a mí y mi cita será reprogramada hasta que obtenga estos documentos.

Póliza de formas externas

❖ Formas externas llenadas por la oficina tendrán un **cobro de \$30.00** Por ejemplo: formas requeridas por su seguro, formas de discapacidad y cualquier otra forma médica. **Puede tardar se hasta 2 semanas para llenar las formas. El pago de las formas Se requiere el momento en que las deja.**

Póliza de tarjeta de seguro e identificación

❖ Si no trae su tarjeta de seguro médico validad y una identificación estatal, federal o pasaporte valida, su cita será reprogramada. Es responsabilidad del paciente proporcionar a Jorge J. Arango M.D. PLLC. con toda su información de seguro vigente. Ocultar información de seguros relevante para el proceso de reclamos de seguros a las agencias correctas puede constituir un acto fraudulento y puede ser sancionado por la ley

Póliza de Cirugía

❖ **Se requiere un depósito de \$100 para programar su cirugía.** Estos \$100 se aplicaran a la responsabilidad del paciente o se reembolsaran el día de su cita de seguimiento. Si la cirugía no se cancela dentro de los 7 días de la fecha programada el depósito de \$100 NO SERA REEMBOLSABLE

He leído estas pólizas, y aseguro que estoy de acuerdo, y que entendió sus términos

X _____
Firma del paciente/Responsable

Fecha

Historial Social

¿Fuma? SI NO
 ¿Exfumador? SI NO → Años fumando: _____
 ¿Toma alcohol? SI NO → ¿Cada cuándo? _____
 ¿Usa alguna droga? SI NO → ¿Tipo?: _____
 ¿Toma cafeína? SI NO → ¿Cada cuándo? _____
 ¿Hace ejercicio? SI NO → ¿Cada cuándo? _____
 ¿Maneja? SI NO → Seleccione cuando maneja: Día _____ Noche _____
 Ocupación: _____

Historial Médico Familiar

Seleccione **SI**, si alguno de los miembros de su familia inmediata tiene o ha tenido los siguientes problemas médicos.

	SI	NO
Historial de cáncer		
Diabetes		
Enfermedades de corazón		
Hipertensión (Alta presión)		
Hipercolesterolemia (Colesterol alto)		
Osteoporosis		
Derrame Cerebral		
Problemas de tiroides		

Medidas de Calidad

Favor de completar si es mayor de 65 años

¿Se ha puesto la vacuna de neumonía? (en los últimos 5 años) SI NO

¿En caso que usted no puede tomar sus propias decisiones médicas tiene a alguien que las haga por usted? SI NO
 Si su respuesta es sí,

Nombre: _____ Teléfono #: _____

Tiene testamento vital? SI NO

EN CASO DE EMERGENCIA O SI SE LE AGENDA UNA CIRUGIA

¿Qué afirmación representa mejor sus deseos sobre las recomendaciones de cuidados anticipados? (**Marque uno**)

- No intubar: no deseo tener tubo de respiración, aunque sea necesario para salvarme la vida
- No resucitar: si mi corazón se detuviera, no deseo que me hagan compresiones torácicas o un DEA para reiniciar mi corazón, incluso si es necesario para salvarme la vida
- Deseo que se realice una reanimación cardiopulmonar completa.

Firma: _____

Historial Medico

Seleccione los problemas médicos pasados o actuales si le corresponde

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Reflujo acido/ ERG |
| <input type="checkbox"/> Hipercoagulacion | <input type="checkbox"/> Otosclerosis |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (Alta Presión) | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | |

Enfermedades de Nariz, Oído, y Garganta

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tabique nasal desviado | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Problemas del oído | <input type="checkbox"/> Usa machina de CPAP? |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la nariz | [] SI [] NO |
| <input type="checkbox"/> Sangrado nasal | <input type="checkbox"/> Vértigo |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Parálisis de cuerdas vocales |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus (subido en el oído) | <input type="checkbox"/> Pólipos de la cuerdas vocales |

Síntomas (Por favor marque cualquier síntoma ACTUAL)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Dolor de ojos |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Tinnitus (zumbido en el oído) | <input type="checkbox"/> Pérdida de visión |
| <input type="checkbox"/> Boca Seca | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Acidez |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Masa en el cuello | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Afonía | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Aumento de sangrados |
| <input type="checkbox"/> Picazón en los oídos | <input type="checkbox"/> Aumento de infecciones | <input type="checkbox"/> Ampollas |
| <input type="checkbox"/> Mal olfato | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Erupción |
| <input type="checkbox"/> Perdida de audición | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Ronco/a | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Confusión |
| <input type="checkbox"/> Perdida de olfato | <input type="checkbox"/> Achaques | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> obstrucción nasal | <input type="checkbox"/> Cabello seco | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Dolor cuando traga | <input type="checkbox"/> Piel seca | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el oído | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Goteo post-nasal | <input type="checkbox"/> Lagrimas excesivas | <input type="checkbox"/> Aumento de saliva |
| <input type="checkbox"/> Drenaje nasal | | |

POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO SI SU RAZON PARA LA VISITA ES POR PROBLEMAS DE SINUSITIS O ALERGIAS; DE LO CONTARIO POR FAVOR OMITIR

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

El siguiente cuestionario está destinado a definir sus síntomas y proporcionar información valiosa sobre su salud para su médico. Por favor responda las preguntas, clasificando de la mejor manera posible los problemas que ha experimentado en las últimas semanas.

- Considere qué tan severo es el problema cuando lo experimenta y con qué frecuencia sucede. Por favor califique cada artículo a continuación, sobre qué tan "Malo(a)" usted esta; haciendo un círculo en el número que corresponda a cómo usted se siente.	No hay problema	Problema muy leve	Problema leve o ligero	Problema moderado	Problema severo	Problema tan malo como se puede tener
¿Necesidad de sonarse la nariz?	0	1	2	3	4	5
¿Estornuda?	0	1	2	3	4	5
¿Nariz que moquea?	0	1	2	3	4	5
¿Tos?	0	1	2	3	4	5
¿Goteo nasal?	0	1	2	3	4	5
¿Goteo / Secreción nasal gruesa?	0	1	2	3	4	5
¿Oído se siente lleno?	0	1	2	3	4	5
¿Mareo?	0	1	2	3	4	5
¿Dolor de oído?	0	1	2	3	4	5
¿Dolor / Presión Facial?	0	1	2	3	4	5
¿Comezón en la nariz?	0	1	2	3	4	5
¿Comezón en los Ojos?	0	1	2	3	4	5
¿Desgarro?	0	1	2	3	4	5
¿Dificultad para dormir?	0	1	2	3	4	5
¿Despierta en la noche?	0	1	2	3	4	5
¿Falta de sueño?	0	1	2	3	4	5
¿Despierta cansado(a)?	0	1	2	3	4	5
¿Fatiga?	0	1	2	3	4	5
¿Productividad reducida?	0	1	2	3	4	5
¿Concentración reducida?	0	1	2	3	4	5
¿Frustrado(a) / Inquieto(a) / Irritable?	0	1	2	3	4	5
¿Triste?	0	1	2	3	4	5
¿Avergonzado(a)?	0	1	2	3	4	5

¿Le gustaría que le hagan una prueba de alergia? SI _____ NO _____

Firma: _____