

FAIRFAX ENT & FACIAL PLASTIC SURGERY

Dr. Laurence R. O'Halloran, MD, Dr. Timothy J. Egan, MD,
Dr. Heinz H.E. Scheidemandel, MD, Dr. Antonio J. Cachay, MD & Dr. Sarah Blank
Otolaryngology-Head and Neck Surgery • Facial Plastic Surgery

Bienvenido/a a nuestra oficina. Por favor complete estos formularios de la manera más completa y precise posible.

Fecha de Hoy: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del Paciente _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Nombre del Padre (si el Paciente es menor) _____

Edad del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino _____ Número de Seguro Social _____

Estado Civil _____ Soltero/a _____ Casado/a _____ Divorciado/a _____ Separado/a _____ Viudo/a _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tèlèfono Principal _____ Tèlèfono Secundario _____ Otro Tèlèfono _____

Dirección de correo electrónico _____

Su Ocupación _____ Su Empleador _____

Nombre de su Esposo/a _____ Empleador de su Esposo/a _____

¿A quièn le podemos agradecer por haberle referido a nuestra práctica? _____

NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relaciónp _____

Tèlèfono Principal _____ Tèlèfono Secundario _____ Otro Tèlèfono _____

Pariente más cercano (que no viva con Ud.) _____

Tèlèfono Principal _____ Tèlèfono Secundario _____ Otro Tèlèfono _____

¿QUIEN ES SU MEDICO? (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Nombre del Mèdico	Espedialidad	Dirección

Firma: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

SEGURO PRINCIPAL

Nombre de Su Seguro Principal		Número de Teléfono	
Dirección del Reclamo	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Titular de la Póliza	Relación al Paciente	Fecha de Nacimiento del Titular	
Identificación del Seguro	Número de Grupo		

SEGURO SECUNDARIO

Nombre de Su Seguro Secundario		Número de Teléfono	
Dirección del Reclamo	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Titular de la Póliza	Relación al Paciente	Fecha de Nacimiento del Titular	
Identificación del Seguro	Número de Grupo		

MI FARMACIA

Nombre de Farmacia	Ubicación	Número de Teléfono
--------------------	-----------	--------------------

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Por favor lea nuestra declaración de póliza financiera y acuerdo y firme abajo.

Registros Médicos

Autorizo el uso de este formulario para todas mis presentaciones a los seguros. Autorizo la liberación de mi información médica a todas mis compañías de seguro, si así lo solicitan.

Pago y Cobro

Entiendo que el pago debe ser realizado al momento del servicio. Entiendo que soy personalmente responsable de cualquiera y todos los costos no cubiertos por mi seguro. Entiendo que si entregan mi factura a colección, yo voy a ser responsable por 33 1/3% de los costos de abogados, costos de la corte, costos de búsqueda, mas el 18% de interés anual del saldo que no ha sido pagado.

Pagos de Seguro

Entiendo que yo soy responsable por mi factura. Autorizo a mi médico que actúe como mi agente para ayudarme a obtener el pago de mis compañías de seguro. Autorizo el pago directamente a mi médico. Entiendo que es mi responsabilidad avisar y actualizar a la oficina si cambia mi dirección, teléfono, o la información de mi seguro.

Negación de Pago por el Seguro por no ser "Medicamento Necesario"

Please read our Financial Policy Statement and Agreement and sign below.

Estoy de acuerdo en aceptar responsabilidad del pago en su totalidad por los cargos de los servicios solicitados por mi, si es que son negados por mi seguro, porque mi compañía de seguro considera que el service no es "Medicamento Necesario".

Política de Cancelación y Honorarios

Entiendo que se requiere 24 horas de anticipación para cancelar todas las citas. Si no dió suficiente anticipación, entonces un cargo de "no presentarse" será cargado a mi cuenta y esto no va a ser cubierto por mi seguro. Los cargos por no presentarse serán de \$50 para visitas clinicas y \$150 para procedimientos, pruebas de alergias y citas audiológicas.

Firma : _____ **Fecha:** _____

Nombre:

HISTORIA MEDICA

¿Cuál es el motivo de su visita?

¿Hace cuanto tiempo que ha tenido el problema?

¿Qué tan grave es el problema?

Tratamientos Previos...

WHAT MEDICAL PROBLEMS DO YOU HAVE?

NO	SI	PROBLEMA	FECHA/DETALLE
		Enfermedad Grave	
		Lesión Grave	
		Hospitalización	
		Reflujo	
		Anemia	
		Asma	
		Sangramiento/Problemas de Moretones	
		Coágulos de Sangre	
		Cancer	
		Diabetes	
		Problemas de Corazón	
		Alta Presión Sanguínea	
		Problemas Renales	
		Problemas de Hígado	
		Problemas de Pulmón	
		Problemas de Tirooides	
		SOLO NIÑOS	
		Nació Prematuro	
		Defectos Cogènitos	
		Discapacidades de Lectura/Aprendizaje	
		SOLO MUJERES	
		¿Está embarazada?	

Nombre:

¿QUE CIRUGIAS/OPERACIONES HA TENIDO?

NO	SI	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	FECHA	CIRUJANO/UBICACION
		Amigdalectomía		
		Adenoidectomía		
		Cirugía de Oído		
		Cirugía de la Nariz		
		Cirugía en el Cuello/Garganta		
		Problemas de Anestesia		
		OTRO <i>por favor liste...</i>		

POR FAVOR LISTE TODOS SUS MEDICAMENTOS

NADA (incluyendo medicamentos sin receta)

	NOMBRE / DOSIS
Antiácidos/Medicina para Acidez estomacal	
Antibioticos	
Aspirina	
Pastillas anticonceptivas	
Pastillas para la presión Arterial	
Bloqueadores Beta	
Diluyente de sangre	
Pastillas para la diabetes	
Pastillas para el dolor	
Tranquilizantes	
Vitamina E	
Píldoras de agua	

¿ES ALERGICO/ A A ALGUN MEDICAMENTO?

Si **NO**

NOMBRE DE DROGA	Reaccion (e.g. Urticaria, Sibilancia, Anafilaxia...)

Nombre: _____

HISTORIA SOCIAL/HABITOS/FACTORES DE RIESGO

NO	SI	PREGUNTA	DETALLES
		Tabaco:	
		Cigarrillos	Número de paquetes por día:
		Cigarros/Pipa/Tabaco de Mascar	Cantidad:
		En el pasado, ¿ha fumado?	Fecha que comenzó: Fecha que dejó:
		Bebidas Alcohólicas:	Nunca Rara Vez Socialmente Diario Alcohólico
		Cerveza / Wine / Licor	
		Drogas:	
		Cocaina / Marijuana / _____	
		Familia:	
Niños			Numero: Edades:
Ocupación:			

HISTORIA FAMILIAR

NO	SI	PROBLEMA	RELACION	AÑO	PARA APUNTES DEL DOCTOR
		Alergias			
		Asma			
		Astritis			
		Problemas de sangrado			
		Cancer			
		Diabetes			
		Problemas de corazón			
		Enfermedad Mental			
		Migrañas			
		Infarto			
		Enfermedad de Tiroides/ Bocio			
		Tuberculosis			
		Infección de oído			
		Otosclerosis			
		Glaucoma			
		Pérdida de audición			
		Otro: por favor liste:			

¿TIENE PROBLEMAS DE ESCUCHAR?

NO	YES	
		¿Tiene problemas oyendo en ambientes ruidosos?
		¿Alguna vez alguien se quejó de su audición?
		¿Usa o tiene audífonos?
		¿Alguna vez le han dicho que se beneficiaría teniendo audífonos?

Nombre:

¿TIENE ALGUN DE LOS SÍNTOMAS?

NO	SI		NO	SI	
		CONSTITUCIONALES			GASTROINTESTINAL
		Subida o pérdida de peso			Náuseas o vómitos
		Cansancio			Acidez de estómago
		Fiebre o escalofríos			Cambios intestinales
		VOZ Y GARGANTA			Dolor de Abdomen
		Cambio en voz			CARDIOVASCULAR
		Dificultad en tragar			Dolor en el pecho
		Dolor de garganta			Hinchazón en las piernas
		OIDOS			URINARIO / REPRODUCTIVO
		Pérdida de audición			¿Piensas que puedas estar embarazada ahora?
		Zumbido o ruido de oído			Dificultad en orinar
		Dolor de oído			MUSCOLO/ESQUELETICO
		Mareo o desequilibrio			Dolor de cuello
		BOCA Y CUELLO			Rigidez en las articulaciones
		Bultos en el cuello			PSIQUIATRICO / EMOCIONAL
		Dolor de cabeza			Anciedad
		Sangrado nasal			Depresión
		OJOS			NEUROLOGICO
		Visión borrosa			Entumecimiento
		Doble vision			Debilidad y parálisis
		RESPIRATORIO			Hormigueo
		Toz			Dificultad para caminar
		Respiro sibilante			PIEL
		Falta de aliento			Picazón / Erupción
		Tociendo sangre			Lesión no curada
		ENDOCRINO / METABOLICO			HEMATOLOGICO
		Intolerancia al calor o al frío			Sangramiento o moretones
		Cambio de cabella			Agrandamiento de ganglios linfáticos

Reviewed by Patient:

Firma: _____ . Fecha: _____ .

MEDICO: Yo he revisado los: PMH, SH, FH and ROS