



Información del Paciente

Fecha (mm/dd/aaaa): _____

Apellido: _____ Primero: _____ SS#: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: TEXAS Cod. Postal: _____

Tel. Hogar #: _____ Tel. Trabajo #: _____

Tel. Cel #: _____ Ocupación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Empleado: _____

Estado Civil: _____ Nombre de Esposo: _____

Fecha de Nacimiento del Esposo: _____ Esposo SS#: _____

Empleador del Esposo: _____ Tel. Trabajo #: _____

Contacto de Emergencia (diferente que el Esposo): _____

Tel. Contacto en Emergencia #: _____

Médico Principal: _____

Farmacia preferida Y Tel. #: _____



Nombre del Seguro: _____

Número de Seguro: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____

Seguro Adicional: _____

Número de Seguro: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____



PAGO POR SERVICIO DE OFICINA ES DEBIDO EN EL DÍA DE LA VISITA. EL PAGO PUEDE HACERSE POR CHEQUE, EFECTIVO O VISA / MASTERCARD. UNA COPIA DETALLADA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS ESTÁ DISPONIBLE PARA USTED PARA LOS FINES DE SEGUROS.

PACIENTE/MÉDICO ACUERDO: Yo autorizo a Carolina Praderio, MD, PLLC a liberar toda la información necesario en el curso de mi examen o tratamiento para mi compañía(s) de seguro u otro médico. Reconozco que el seguro médico que poseo no cubra completamente tasa(s) de los servicios médicos prestados a mí. Por este medio asigno el pago directamente al médico para obtener todos los servicios médicos a mis dependientes o yo. Yo entiendo que soy responsable por los cargos no cubiertos por ninguna compañía de seguros.

Firma de Paciente: _____ Fecha (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / ____

Firma de Individuo Responsable: _____

Individuo Responsable: _____ Relación: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Tel.: _____



INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

FAVOR DE COMPLETAR ESTA FORMA Y TRAERLA A LA OFICINA EN EL DIA DE SU CITA.

Nombre Completo: _____ DOB: (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____

Razón por la Visita: _____

Medicamentos y Suplementos:

Alergias:

¿Toma bebidas Alcohólicas?: SI NO ¿Fuma Ud. Cigarrillos?: SI NO
¿Usa Ud. Drogas Ilícitas?: SI NO ¿Toma Ud. Cafeína? SI NO
¿De cuál frecuencia?: _____

Historia Ginecóloga de Salud:

de Embarazos: _____ # de Partos: _____

Última Menstruación (mm/dd/aaaa): _____ / _____ / _____

Última Prueba de Papanicolaou (mm/dd/aaaa): _____ / _____ / _____

Última Colonoscopia (mm/dd/aaaa): _____ / _____ / _____

Última MMG (mm/dd/aaaa): _____ / _____ / _____

Última prueba de la densidad del hueso (DEXA)(mm/dd/aaaa): _____ / _____ / _____

Cirugías:

Historia Familiar:

Enfermedad Cardíaca: SI NO Respiratorio: SI NO Anemia: SI NO

Problemas Tiroides: SI NO Diabetes: SI NO Hipertensión: SI NO

Cáncer: SI NO Otro: _____



RECONOCIMIENTO DE RECIBO PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD NOTIFICACIÓN

Acepto que he recibido y tenido la oportunidad de leer las prácticas de privacidad de la oficina de Carolina Praderio, MD. En leer dicha información, entiendo mis derechos como paciente. También comprendo que los usos y las divulgaciones pueden ser permitidos sin la autorización previa en el caso de una emergencia.

Si es necesario que la Dra. Carolina Praderio o su personal notificarme de la información de salud personal, Deseo ser contactado de la siguiente manera. (Marque todas las que correspondan):

- Tel. Hogar _____
- Autorizo que deje mensaje con información detallada
- Yo autorizo que usted deje un número de rellamada
- Autorizo que usted envíe FAX con información detallada al siguiente número: _____
- Comunicación Escrita
- Autorizo a enviar correo a mi casa
- Autorizo a enviar correo a mi trabajo

- Tel. del Trabajo _____
- Autorizo que deje mensaje con información detallada
- Yo autorizo que usted deje un número de rellamada
- Tel. Celular _____
- Autorizo que deje mensaje con información detallada
- Yo autorizo que usted deje un número de rellamada

E-mail: _____

Información personal o financiera puede ser liberados con estas personas



*****Nota:** En caso que la información del paciente sea comprometida, tal vez sea necesario para la Dra. Carolina Praderio o su personal comunicarse con una paciente a través de correo certificado, sin el consentimiento del paciente.

Firma del Paciente

_____/_____/_____
Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre Escrito

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)



ATENCION A PACIENTES

Notificación Acerca De Su Cobertura De Seguro Por Servicios Prestados

Estimado Paciente:

En la actualidad, usted está siendo visto en nuestra oficina para su atención médica. Entienda por favor que como un proveedor preferido, contratamos a una gran cantidad de compañías de seguros y siempre intentamos cumplir con sus requisitos para las pruebas de laboratorio, mamografías, radiografías, hospitalizaciones y derivaciones médicas externas.

Sin embargo, con muchas pólizas de seguro distintos disponibles y siempre cambiantes acuerdos contractuales entre las empresas y sus asegurados, se hace imposible determinar donde se acepta su póliza de seguro como un proveedor preferido.

POR LO TANTO, ES IMPORTANTE QUE USTED, EL PACIENTE, ENTIENDE SU PÓLIZA DE SEGURO PROPIO Y ESTAR FAMILIARIZADO CON INSTALACIONES SU SEGURO REQUIERE.

Recuerde que el seguro es comprado por usted en forma individual o por su empleador en su nombre. Tenga en cuenta el acuerdo contractual entre usted y su compañía de seguros. Por lo tanto, para evitar cualquier malentendido sobre la cobertura en cualquier lugar, por favor refiérase a su póliza de seguros o llame a su compañía de seguros si se requiere cualquier servicio fuera de nuestra oficina.

Gracias por elegirnos como su proveedor de salud médica.

Atentamente,
Carolina Praderio, MD, PLLC

Firma de Paciente:

Fecha (mm/dd/aaaa):



AUTORIZACIÓN PARA EL USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Autorización para el Uso / Divulgación de Información: Yo voluntariamente consiento y autorizo a mi proveedor de cuidados de la salud _____ (escribe su nombre) para usar o divulgar mi información de salud durante la vigencia de esta autorización para el destinatario (s) que he identificado abajo.

Beneficiario: Autorizo a mi información médica que se libere con estos destinatario (s):

Name: Carolina Praderio, MD
 Address: 5920 Saratoga Blvd Corpus Christi, TX 78414
 Phone: (361) 906-1277
 Fax: (361) 884-1912

Información que debe revelarse: Autorizo la divulgación de la siguiente información sobre la salud: (marque la casilla correspondiente a continuación)

- Toda mi información médica que el proveedor tiene en su posesión, incluyendo:
- Laboratorios/Patología
 - Imágenes Radiológicas
 - Cirugía/ Notas Operativas
 - Visitas a la oficina

Entiendo que la información que se libere o divulgada puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y el abuso de alcohol y drogas. Autorizo la entrega o la divulgación de este tipo de información.

- Término:** Entiendo que esta autorización se mantendrá en efecto:
- Desde la fecha de esta autorización hasta que el _____ día de _____, 20_____.
 - Hasta que el proveedor cumple con esta solicitud
 - Hasta que ocurra el siguiente evento:_____

 Firma

_____/_____/_____
 Fecha (mm/dd/aaaa)

 Firma de Testigo

 Nombre Escrito

_____/_____/_____
 Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Si un individuo no puede firmar esta Autorización, por favor complete la siguiente información::

 Nombre de Representante

 Relación

_____/_____/_____
 Fecha (mm/dd/aaaa)

 Testigo