



Caldwell
IMMEDIATE CARE

2523 S 10th Ave.
Suite 103
Caldwell, ID 83605

Telefono: (208) 459-7788
Fax: (208) 455-3277
www.cicimmediatecare.com

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección permanente:		
Cuidad:	Estado:	Código Postal:
NSS#:	Número de teléfono/celular:	
Correo Electronico:		
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de hawaii u otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico		
Etnia: Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Status Matrimonial: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Médico de atención primaria:	Farmacia/Locación:	

INFORMACION DE SEGURO MEDICO * (por favor de proporcionar copias) *

Marque aquí si no tiene seguro medico

Nombre de aseguranza:	Nombre de subscriptor:
Fecha de nacimiento del subscriptor:	Número de teléfono de subscriptor:
Numero de póliza (ID):	Número de grupo:

INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Dirección permanente:		
Cuidad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono/celular:	Fecha de Nacimiento:	Relación:

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Dirección permanente:		
Cuidad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	Número de celular:	Relación:

¿Alguna vez ha sido visto aquí antes? Si No



Caldwell
IMMEDIATE CARE

2523 S 10th Ave.
Suite 103
Caldwell, ID 83605

Telefono: (208) 459-7788
Fax: (208) 455-3277
www.cicimmediatecare.com

RESUMEN DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

El Acuerdo de Atención Médica de la Organización (OHCA, por sus familiares y de atención médica de Caldwell, por sus, por sus familiares) proporcionará una copia de su "Aviso de prácticas de privacidad". La OHCA usará y divulgará información médica sobre usted con el propósito de tratamiento y/o alternativas, pago e individuos involucrados en su atención y para operaciones de atención médica.

Los empleados de Caldwell Immediate Care y los proveedores de atención médica le mostrarán el respeto, mantendrán su dignidad y lo harán sentir lo más cómodo posible mientras recibe atención de nosotros. Una buena atención médica es una asociación. Usted puede ayudar proporcionando información precisa y oportuna a su proveedor de atención médica del corazón haciéndole preguntas y siguiendo su plan de tratamiento individualizado.

La información sobre usted y su atención se mantendrá confidencial (privada) Sus registros médicos son privados y solo usted y otras personas o agencias autorizadas pueden verlos. Usted tiene derecho a ver y obtener copias de sus registros médicos. (Se pueden aplicar tarifas). Para obtener sus registros, deberá darnos una solicitud por escrito, puede tomarnos unos días para que hagamos que sus registros médicos estén disponibles.

Nos reservamos el derecho de cambiar el "Aviso de Prácticas de Privacidad". También nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o cambiado sea afectivo para la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información recibida en el futuro. Publicaremos una copia del aviso más reciente de prácticas de privacidad, lea el aviso completo de prácticas de privacidad que se le ha dado, explica nuestras prácticas de privacidad con más detalle.

Por la presente reconozco que he recibido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" completo

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante legal: _____ Relación con el paciente: _____

Indique el nombre de los familiares/amigos que usted autoriza a recibir/discutir su atención médica

Nombre:	Relación:



2523 S 10th Ave.
Suite 103
Caldwell, ID 83605

Telefono: (208) 459-7788
Fax: (208) 455-3277
www.cicimmediatecare.com

Información General para pacientes asegurados/sin seguro

- Pedimos el pago en el momento del servicio a menos que otros planes estén preestablecidos.
- Estamos obligados a cobrar el copago de su plan de seguro en el momento del servicio.

Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente por los honorarios pagados al médico y no sustituye el pago. Algunas empresas pagan subsidios fijos por determinados procedimientos y otras pagan un porcentaje de la carga. Es su responsabilidad pagar cualquier cantidad deducible, coaseguro o cualquier otro saldo no pagado por su seguro.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar la responsabilidad por el pago y para obtener el reembolso de cualquier reclamación. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, para incluir los beneficios médicos mayores a los que tengo derecho, incluyendo Medicare, seguro privado y otros reembolsos de la agencia a Caldwell Immediate Care. Esta asignación permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada como válida como un original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por dicho Seguro, por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago.

Información general sobre el pago y el procedimiento

1. Si después de sesenta (60) días, el seguro no ha respondido a la reclamación, se espera que la facturación sea pagada en su totalidad por la parte responsable. Requerimos un pago dentro de los 30 días posteriores al servicio.
2. Los pacientes con seguro de salud deben recordar que los atendidos se prestan y se cargan al paciente. Cualquier disputa sobre un reclamo de seguro es un asunto entre el paciente y la compañía de seguros. En caso de que surja una disputa, haremos todo lo posible para ayudar a resolver la reclamación.

Autorización y Acuerdo de Tratamiento

- CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Entiendo que el tratamiento médico será realizado por médicos independientes, sus asistentes y empleados de Caldwell Immediate Care Center entre las horas de trabajo de 8:00 am y 7:00 pm. Caldwell Immediate Care Center no es responsable de la atención entre las 7:00 pm y las 8:00 am. Por la presente doy mi autorización y consentimiento para el tratamiento y los procedimientos, y certifico que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados de dicho tratamiento y procedimientos.

Consentimiento para la prescripción electrónica

- ePrescribing es una forma para que los proveedores envíen electrónicamente una receta precisa, libre de errores y comprensible de Caldwell Immediate Care a la farmacia de su elección. ePrescribe incluye:
 - Formulario y transacciones de beneficios: proporciona a los proveedores información sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.
 - Notificación de recarga: permite a los proveedores recibir solicitudes de recarga electrónicas de la farmacia.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento a Caldwell Immediate Care para inscribirme en el programa ePrescribe.

Firma:

Fecha:



2523 S 10th Ave Ste 103
Caldwell, ID 83605

Telefono: 208) 459-7788
Fax: 208) 455-3277

HISTORIA DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
----------------------	----------------------

Alergias: _____

¿Tiene o ha recibido tratamiento para alguna de las siguientes acciones:

Artritis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Infarto	<i>Año:</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
EPOC/Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Colesterol alto		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Coágulos de sangre		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Trastorno hemorrágico		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Reflujo ácido		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Úlceras		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Latidos cardíacos irregulares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Salud Mental		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Otras condiciones médicas: _____

Historia quirúrgica (enumere todas las cirugías previas y fechas aproximadas):

HISTORIA SOCIAL/CULTURAL

¿Usas alcohol?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El paciente se negó a responder
-----------------------------	-----------------------------	--

¿Usas drogas recreativas?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El paciente se negó a responder
-----------------------------	-----------------------------	--

¿Usas productos de tabaco y estás interesado en dejar de fumar?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> El paciente se negó a responder
-----------------------------	-----------------------------	--

MEDICAMENTOS, VITAMINAS Y SUPLEMENTOS HERBALES

Medicamento	Fuerza	Número de píldoras y frecuencia
<i>Ejemplo: Tylenol</i>	<i>500mg</i>	<i>1- dos veces al día</i>

HISTORIA FAMILIAR

Alcoholismo:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Asma:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Artritis:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Salud mental:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Cáncer:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
EPOC/Enfisema:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Demencia:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Diabetes:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Trombosis venosa profunda:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Enfermedad cardíaca:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Colesterol alto:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Nefropatía:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Migrañas:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Osteoporosis:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Presión arterial alta:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Derrame cerebral:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos
Enfermedad tiroidea:	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos

REVISIÓN DEL SISTEMA:

¿Está teniendo actualmente alguna de las siguientes opciones?

Cardiovascular			Gastrointestinal		
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dolor de estómago	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cabeza/Ojos			Orejas/Nariz/Garganta		
Cambios visuales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Náuseas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Vómito	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Visión doble	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Musculoesquelético		
Respiratorio			Neurológico		
Tos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sangrado fácil	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sibilancia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Bultos en la cara/cuello	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tos con sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hemorragias nasales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ronquido	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Musculoesquelético		
Piel			Neurológico		
Hematoma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hinchazón de manos/pies	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Erupciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas de espalda/cuello	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lesiones cutáneas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Neurológico		
Anormalidades	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sangre/Linfa			Entumecimiento/hormigueo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Moretones/Coagulación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Mareos/inestabilidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			Mareos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			Sangrado Fácil	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Motivo de la visita: _____