



Nuevo Paciente

Apellido del Paciente _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____
SS # _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo: F M
Direccion _____ Apt.# _____ Ciudad _____
Estado _____ Codigo Postal _____ Condado _____ # Telefonico de la Casa _____
del Trabajo _____ # de Celular _____ Correo Electronico _____
Empleador _____ Direccion de Empleo _____
Nombre de su Dr. Primario _____ # Telefonico de su Dr. Primario _____
Fax de su Dr. Primario _____ Direccion de su Dr. Primario _____
Idioma _____ Raza _____ Etnicidad _____
Contacto de emergencia _____ # Telefonico _____

SEGURO MEDICO PRIMARIO

Nombre del Seguro _____ # de Póliza del Paciente _____
Nombre del Grupo (Sí applicable) _____ # del Grupo _____
Nombre del Titular de la Póliza _____
SS de Titular de Póliza _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza _____

SEGURO MEDICO SEGUNDARIO

Nombre del Seguro _____ # de Póliza del Paciente _____
Nombre del Grupo (Sí applicable) _____ # del Grupo _____
Nombre del Titular de la Póliza _____
SS de Titular de Póliza _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza _____

OTOTRO PLAN DE SEGURO

Esta visita esta cubierta por el seguro de compensación del trabajador? _____
Seguro por accidente automobilista? _____

HISTORIAL DE CIRUGÍAS: ¿Has tenido alguna de las siguientes cirugías?

Ninguna

ENT CIRUGÍAS: Sí es sí, indique que clase:

Oído _____
Nariz _____
Garganta _____

Abdominal
Cabeza o Facial
de Corazón
del Cuello
Espalda Media/Baja
Estómago

Hepatica
 Pierna o Brazo
 Pulmonar
 Renal
 Neurocirugía

ALERGIAS GENERAL: Ninguna

¿Tiene alguna alergia? Sí No En caso afirmativo, escribe cual: _____
¿Tiene alguna alergia de la comida? Sí No En caso afirmativo, escribe cual: _____
¿Has tenido una prueba de alergia? Sí No
¿Has tomado las vacunas antialérgicas? Sí No
¿Sí es sí, segues tomándolas? Sí No ¿Cuánto alivio de las vacunas antialérgicas?
 mínimo parcial significativo

REVISION DE SISTEMAS: Marque donde aplique

Problemas de la Sangre o

Nódulo Linfaticos

Sí No
 Sangra Facil
 Forma Moretones Facilmente

Problemas del Cerebro o

Sistema Nervioso

Sí No
 Debilidad de los Ojos
 Dolor de la Cabeza
 Adormecimiento
 Convulsiones

Problemas de los oidos

Sí No
 Mareo
 Drenaje
 Dolor de Oido
 Expuesto a Ruido Alto
 Perdida de Audicion
 Infeccion
 Picazon
 Zumbido/Ruido en el Oido

Problemas de los ojos

Sí No
 Visión Doble
 Picazón en los Ojos
 Enrojecimiento

Problemas general de salud

Sí No
 Fatiga
 Fiebre
 Sudor Nocturo
 Perdida de Peso
 Aumento de Peso

Problemas de las Glandulas y Hormonas

Sí No
 Intolerancia al Calor
 Intolerancia al Frio
 Crecimiento Cuello Bocio

Problemas del Corazon o Circulacion

Sí No
 Perdida del Sentido
 Dolor de Pecho
 Soplo al Corazón
 Palpitaciones Irregulares
 Hinchazón de los Tobillos

Problemas Respiratorio o Pulmonar

Sí No
 Tos
 Corto de Respiración
 Respirar con Dificultad/ Resollar

Problemas de la Boca Y Garganta

Sí No
 Dificultad para Tragar
 Voz Ronca
 Apnea del Sueño
 Ronca al Dormir
 Dolor de Garganta
 Granos/Ulceras en la Boca

Músculoesqueletal:

Sí No
 Dolor de Pierna

Problemas de Nariz o De Sinusitis

Sí No
 Congestión
 Dolor Facial
 Respira por la Boca
 Sangramiento de Nariz
 Goteo Nasal Posterior
 Goteo Nasal
 Estornudos

Problemas de Piel

Sí No
 Alergia al Contacto
 Picazón a la Piel
 Erupión

Problema Estomacal

Sí No
 Dolor Abdominal
 Estreñimiento
 Diarrea
 Ardor de Estómago
 Nausia
 Vomito

Firma del Responsable de la Cuenta _____ Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

MOTIVO PRINCIPAL DE SU VISITA? _____

NOMBRE DE SU FARMACIA (Direccion y/o # Telefono) _____

Entiendo que mi historia de medicación puede obtenerse utilizando intercambio electrónico de información y que esta información de salud protegida puede proporcionar información valiosa para la salud. Por la presente autorizo P.C. de KezMed Medical, para acceder a mi historial de medicación sin limitación o exclusión anterior como es requerido o razonablemente conveniente para revelar, procesar, recuperar, transmitir y ver los efectos de la transmisión de una receta electrónica, expedida por un proveedor autorizado por ley para prescribir, según sea necesario para mi cuidado y tratamiento.

MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO (Recetada o No): Ninguna

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
1. _____	_____	4. _____	_____	7. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____	8. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____	9. _____	_____

ALERGIA A MEDICAMENTOS: Ninguna

FUMA Y HISTORIA SOCIAL

¿Expuesto al humo del Tabaco? Sí No Anterior Cantidad diaria? _____ fecha que dejo de fumar? _____
 ¿Expuesto al humo de segunda mano? Sí No

¿Consume alcohol? Sí No Tipo: _____ ¿Cantidad diaria? _____
 ¿Consume Cafeína? Sí No Tipo: _____ ¿Cantidad diaria? _____

HISTORIAL DE LA FAMILIA: Ninguna

ADD/ADHD <input type="checkbox"/>	Depresión <input type="checkbox"/>	Migrañas <input type="checkbox"/>
Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Retrazo del Desarrollo <input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Arteria Coronaria <input type="checkbox"/>
Alergias <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Obesidad <input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/>	Eczema <input type="checkbox"/>	Osteoarthritis <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/>	Deficiencia de Audición <input type="checkbox"/>	Osteoporosis <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Sangre <input type="checkbox"/>	Hipertensión <input type="checkbox"/>	Trastorno Convulsivo <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Arteria Coronaria <input type="checkbox"/>	Síndrome del Intestino Irritable <input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Tiroides <input type="checkbox"/>
Cancer Tipo: _____ <input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal <input type="checkbox"/>	Enfermedad Vascular Periférica <input type="checkbox"/>
Ataque Cerebral <input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental <input type="checkbox"/>	Otro: _____ <input type="checkbox"/>

HISTORIAL MEDICO: ¿HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNO DE LO SIGUIENTE? Ninguna

Trastorno de Adaptacion-Ansiedad <input type="checkbox"/>	Reflujo Gastrico <input type="checkbox"/>	Engrandecimiento de la Prosteta <input type="checkbox"/>
Anemia <input type="checkbox"/>	Glaucoma <input type="checkbox"/>	Inflamacion de las Amigdalas <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/>	Deficiencia de Audición <input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/>
Bronquitis <input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/>	Problema de los Senos Nasales <input type="checkbox"/>
Cancer Tipo: _____ <input type="checkbox"/>	Hernia <input type="checkbox"/>	Apnea al Sueño <input type="checkbox"/>
Cataratas <input type="checkbox"/>	Alta Presion (Hypertension) <input type="checkbox"/>	Problemas de la Tiroide (Baja) <input type="checkbox"/>
Infeccion de los Oidos (Otitis Media) <input type="checkbox"/>	Calculos en los Riñones <input type="checkbox"/>	Problemas de la Tiroide (Alta) <input type="checkbox"/>
EPOC (Enfermedad Pulmonar) <input type="checkbox"/>	Depresión <input type="checkbox"/>	Tinnitus <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Arteria Coronaria <input type="checkbox"/>	Migrañas <input type="checkbox"/>	Trastorno de Adaptacion-Ansiedad <input type="checkbox"/>
Diabetes Tipo: _____ <input type="checkbox"/>	Mononucleosis <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>
Alto Colesterol <input type="checkbox"/>	Alergia Nasal <input type="checkbox"/>	Vertigo <input type="checkbox"/>
Emfisema <input type="checkbox"/>	Polipos Nasal <input type="checkbox"/>	Other: _____ <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Firma del Responsable de la Cuenta _____ **Fecha:** _____

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

KezMed Medical PC
1963 Williamsbridge Road, Bronx, NY 10461
129 Wadsworth Avenue #4, New York, NY 10033
Telefono: 646 530 8447

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo y ordeno a mi aseguradora o pagador que pague directamente a Anna Kezerashvili, M.D. y KezMed Medical P.C. (en conjunto, "Proveedor") cualquiera o todos los beneficios, que de otro modo serían pagaderos a mí (o al paciente, si lo firma una parte responsable), hasta el monto de mi factura, acumulado para mí en relación con mi tratamiento por parte del Proveedor .

Solicito que el pago de Medicare, Medigap u otros beneficios autorizados de la póliza de seguro de salud por los servicios que me proporcionó el Proveedor se realice en mi nombre al Proveedor. En caso de que los pagos se realicen al Proveedor y a mí como beneficiarios conjuntos, acepto cooperar con el Proveedor para asegurar que el Proveedor reciba todos los montos adeudados al Proveedor.

Por la presente autorizo al Proveedor a buscar cualquier medio necesario para cobrar todos los cargos en mi cuenta, incluidas las llamadas de seguimiento, las apelaciones, el arbitraje y la demanda civil, si lo permite la ley. En el caso de que el Proveedor opte por presentar una apelación, demanda o petición de arbitraje contra la compañía de seguros, por la presente le cedo mis derechos, título e intereses en virtud de cualquier póliza de seguro en virtud de la cual tengo derecho a proceder a recibir beneficios, si así lo permite. ley. Esta asignación permitirá a un abogado de su elección entablar una demanda o someter a arbitraje su reclamo de facturas impagas o mal pagadas por el tratamiento prestado por el Proveedor.

<hr/> <i>Nombre de Paciente/ Tutor Legal</i>	<hr/> <i>Firma</i>	<hr/> <i>Fecha</i>
--	--------------------	--------------------

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA****[Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York]**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		

Yo o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.

2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

4. Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.

5. La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se debe enviar esta información:

9(a). Información específica a divulgar:

- Registro médico de (insertar fecha) _____ a (insertar fecha) _____
- El registro médico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.

Otro: _____

Incluye: (Indicar con iniciales)

_____ **Tratamiento de alcohol/drogas**

_____ **Información de salud mental**

_____ **Información relacionada con el VIH**

Autorización para discutir información médica

(b) Coloque aquí sus iniciales _____ Yo autorizo _____

Iniciales

Nombre del proveedor individual de atención médica

para discutir mi información médica con mi abogado o con la agencia de gobierno que se indica aquí:

_____ (Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia de gobierno)

10. Razón para divulgar la información: <input type="checkbox"/> A solicitud de una persona individual <input type="checkbox"/> Otro:	11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

Fecha: _____

* **El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona.**



Nombre de paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Formulario de Autorización Para Notificación de Cita

Por favor indicarnos como le gustaria recibir su notificación de cita:

Correo Electrónico

Yo autorizo a KezMed Medical PC a enviar recordatorios de citas electrónicamente por correo electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico.

Correo Electrónico:

Mensaje de Texto

Yo autorizo a KezMed Medical PC a enviar recordatorios de citas electrónicamente por mensaje de texto a mi teléfono móvil. Entiendo que este servicio se ofrece de forma gratuita. Sin embargo, se pueden aplicar tarifas de mensajería de texto estándar de mi operador de telefonía móvil.

MOVIL#:

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

Firma de Padres/ Tutor Legal: _____

Fecha: _____



KezMed Medical P.C.
1963 Williamsbridge Rd Bronx, NY 10461
Phone: 646-530-8447 Fax: 718-577-5462

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Kezmed Medical PC. Por lo tanto, se me ha informado sobre cómo KezMed Medical PC puede usar y divulgar mi información médica, y cómo puedo obtener acceso y control de esta información.

Al firmar a continuación, también doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica para tratarme y organizar mi atención médica, para buscar y recibir pagos por los servicios que se me brindan y para las operaciones comerciales del grupo médico, su personal, y sus socios comerciales.

Firma de la Paciente o Representante Personal

_____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante personal

_____ Fecha: _____