



Akerman Med

Dr. Allan Akerman/Dr. Stephanie Lao
1310 W. Stewart Drive Suite 307, Orange, CA 92868
1220 Hemlock Way Suite 200, Santa Ana, CA 92707

FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha de Hoy:		Doctor General:			
INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido del Paciente:		Nombre:		Inicial:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra.
					Estado Civil (<i>seleccionar en circulo</i>) Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a
Raza:	Etnicidad:		Fecha de Nacimiento / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro: _____
Dirección:		# de Apt:	No. de Seguro Social:		# de Teléfono casa: ()
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	# de Teléfono celular: ()
Ocupación:		Empleador:		# de Teléfono del trabajo: ()	
Eligió esta clínica porque/ Referido a esta clínica por (favor de marcar una casilla)					
<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Cercanía casa/trabajo <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro					
Correo Electrónico:					
Farmacia:		Dirección:		No. de teléfono:	
INFORMACION DE SEGURO MEDICO					
(Por favor de su tarjeta de seguro médico)					
Persona responsable de la factura:	Fecha de Nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):		# Teléfono: ()	
Empleador:		# de teléfono del empleador: ()			
Favor indicar cual es su seguro medico primario <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> Blue Shield <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> Health Net <input type="checkbox"/> TriCare <input type="checkbox"/> Oscar <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medi-cal/Cal Optima <input type="checkbox"/> Otro:					
Nombre del subscriptor:		No. de seguro Social:		No. De póliza:	No. De grupo:
Relación del paciente al subscriptor: <input type="checkbox"/> Si Mismo <input type="checkbox"/> Conyugué <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro					Co-pago: \$
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de amigo o pariente local :		Relación con paciente:		# teléfono celular ()	
Esta información es verdadera. Autorizo a mi compañía de seguro médico a pagar directamente a CLINICA PRENATAL SAN JOSE, INC. por los servicios recibidos.					
Firma del paciente/representante				Fecha	



Akerman MED

Dr. Allan Akerman/ Dr. Stephanie Lao
1310 W Stewart Dr. Ste. 307 Orange CA 92868
1220 Hemlock Way Ste. 200 Santa Ana CA 92707
22 Odyssey Suite 200, Irvine, CA 92618

HISTORIAL MEDICO

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

¿Es usted alérgica a algún medicamento? _____

¿Toma medicamentos a diario, cuales son? _____

¿Cuántos embarazos ha tenido (incluya abortos)? _____ ¿Cuántas veces ha dado luz? _____

Razón por su visita: _____

El primer día de su último periodo: ___/___/___ ¿Fue a tiempo y regular? _____

¿Está usando algún tipo de anticonceptivo? _____

¿Cuando fue su último Papanicolaou? ___/___/___ Donde fue hecho: _____

¿Todos sus Papanicolaou han sido normales? _____ ¿Cuando fue su última mamografía? ___/___/___

¿Tiene historial de infecciones femeninas? _____

¿Ha tenido alguna infección transmitida sexualmente _____

¿Ha tenido usted problemas médicos/enfermedades? _____

¿Ha tenido usted alguna cirugía? _____ Por favor explique: _____

¿Fuma?: _____ ¿Toma bebidas alcohólicas?: _____ ¿Usa drogas?: _____

¿Hay historia de cáncer, diabetes, alta presión, problemas del corazón, o otras enfermedades en su familia? ¿Cuáles?

¿Ha tenido problemas respiratorios, fiebre, tos, resfriados en los últimos días? _____

¿Tiene o ha tenido problemas digestivos? _____

¿Ha tenido cambios en su orina recientemente? _____

¿Ha tenido algún dolor (pélvico, abdominal, espalda)? _____

Comentarios: _____

Firma _____

Fecha _____



Akerman MED

Dr. Allan Akerman/ Dr. Stephanie Lao
1310 W Stewart Dr Ste. 307 Orange CA 92868
1220 Hemlock Way Ste. 200 Santa Ana CA 92707

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

METODO AUTORIZADO DE COMUNICACION (ESCOJE TODOS QUE APLICAN)

<input type="checkbox"/> Numero de Casa	<input type="checkbox"/> Numero de Celular	<input type="checkbox"/> Numero de Trabajo	<input type="checkbox"/> Correspondencia Escrita
Numero ()	Numero ()	Numero ()	<input type="checkbox"/> Correspondencia
<input type="checkbox"/> Dejar numero de contacto solamente; no dejar mensaje	<input type="checkbox"/> Dejar numero de contacto solamente; no dejar mensaje	<input type="checkbox"/> Dejar numero de contacto solamente; no dejar mensaje	<input type="checkbox"/> Fax ()
<input type="checkbox"/> Permiso de dejar mensaje detallado con persona	<input type="checkbox"/> Permiso de dejar mensaje detallado con persona	<input type="checkbox"/> Permiso de dejar mensaje detallado con operador	<input type="checkbox"/> Correo Electronico personal:
<input type="checkbox"/> Permiso de dejar mensaje detallado en correo de voz	<input type="checkbox"/> Permiso de dejar mensaje detallado en correo de voz	<input type="checkbox"/> Permiso de dejar mensaje detallado en correo de voz	<input type="checkbox"/> Correo Electronico de trabajo:

Otra persona que autorice para recibir información *(escriba nombre, no. De teléfono, y relación)*:

Firma: _____ Fecha: _____



Akerman MED

Dr. Allan Akerman/ Dr. Stephanie Lao
1310 W Stewart Dr Ste. 307 Orange CA 92868
1220 Hemlock Way Ste. 200 Santa Ana CA 92707

Deberes Financieros

A Nuestros Pacientes:

Gracias por seleccionar nuestra oficina para su cuidado médico. Estamos para servirle y ofrecerle los mejores servicios médicos. Su entendimiento de nuestras normas financieras es esencial en nuestra relación profesional. Para prevenir cualquier malentendido con respecto a la responsabilidad por el pago de nuestros servicios médicos la información siguiente está disponible.

El paciente es responsable por el pago de servicios médicos dados por un medico de nuestra oficina en el momento de servicio. Aceptamos efectivo, cheque, o tarjeta de crédito. Los copagos se colectan al momento de servicio, nuestra oficina no manda una factura por ellos. Si ciertos beneficios no son cubiertos por su plan de aseguranza, usted será responsable de pagar esos servicios. Si el balance se convierte en su responsabilidad, la cantidad tendrá que ser pagada dentro de 30 días si no será asignado a una agencia exterior de colección. Pacientes fuera de área tendrán que pagar la cantidad enteramente al momento de servicio. Es la responsabilidad del paciente saber los servicios que son o no son cubiertos por su plan de aseguranza.

SEGURO HMO/PPO

Si usted tiene cobertura por un seguro con el que estamos contratados se requiere una copia de su tarjeta de aseguranza y pago de su deducible y/o el copago en el momento de servicio. Si no nos información acerca de su aseguranza puede que requiéranos que pague el monto completo al momento de servicio. Por favor esté preparada para pagar su copago completo al momento de su visita.

Medicare

Nuestros médicos participan en el plan de Medicare. Las visitas de la oficina a un medico son cubiertas bajo la parte B del programa de Medicare. Medicare paga 80% después de que usted pague su deducible anual cada ano. Si usted tiene seguro suplementario, requerimos una copia de su tarjeta de seguro.

He leído toda la información arriba y concuerdo que a pesar de mi estatus de seguro soy últimamente responsable del balance en mi cuenta por el servicio profesional rendido. En caso que mi aseguranza es mandada a cobrar, autorizo el pago de los beneficios médicos ser pagados directamente a Clinica Prenatal San Jose, Inc. por los servicios rendidos. Una fotocopia de este acuerdo será considerada como efectiva y valido como la original.

Servicios no cubiertos por el seguro medico son la responsabilidad del paciente.

Si un cheque es regresado del banco por falta de fondos (es decir, la cuenta esta cerrada, el pago parado, etc.) habrá un cobro bancario de \$35 aplicado a mi cuenta además de la cantidad del cheque regresado. Seré requerida pagar en efectivo al momento de servicio para futuras visitas.

En caso de cualquier demanda o acción es traído para colectar a su cuenta o cualquier porción del mismo concuerdo, asumo de pagar una suma razonable para el honorario de abogado además de costos y desembolso proporciono por estatua.

Firma _____

Fecha _____



Akerman Med

Dr. Allan Akerman/Dr. Stephanie Lao
1310 W. Stewart Drive Suite 307, Orange, CA 92868
1220 Hemlock Way Suite 200, Santa Ana, CA 92707

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe como podría utilizarse y divulgarse la información de salud sobre usted y como puede acceder a dicha información. Por favor, léalo detenidamente.

Como podemos usar y divulgar su información:

Para tratamiento – Su información médica puede ser utilizada por médicos, enfermeras, o empleados de la oficina. También podríamos compartir su información con otros proveedores que no forman parte de nuestra oficina para fines de atención o tratamiento. Por ejemplo, podríamos compartir su información de salud si se le remite a otro proveedor fuera de nuestra oficina.

Para fines de pago – Utilizamos y compartimos su información de salud para facturar o recibir pago de los planes médicos u otras entidades. Por ejemplo, damos información a su plan médico de modo que nos paguen por sus servicios.

Para operaciones de atención médica – Utilizamos y compartimos su información de salud a fin de gestionar su tratamiento y sus servicios, realizar nuestras operaciones administrativas y docentes para mejorar la atención que recibe y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Según lo requiere la ley – Divulgaremos su información de salud cuando lo exijan las leyes federales o estatales. Por ejemplo, podríamos compartir su información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren ver que estamos cumpliendo con las leyes de privacidad federales.

Salud y seguridad públicas – Podríamos divulgar su información de salud para ciertas situaciones requeridas por ley. Por ejemplo, reportar ciertas infecciones/ enfermedades.

Recordatorios de citas – Su información de salud puede ser utilizada por empleados para enviarle recordatorios de sus citas.

Sus derechos respecto de su información de salud

- Derecho a pedir restricciones
- Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales
- Derecho a ver y a una copia
- Derecho a solicitar una corrección
- Derecho a saber cómo hemos compartido su información de salud
- Derecho a una copia impresa de este aviso

Cambios a las Prácticas de privacidad – Podríamos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento, y los cambios se aplicarán a toda la información de salud que tengamos de usted. El aviso actualizado estará disponible mediante solicitud.

Pedir inspeccionar Información de salud – Usted generalmente puede inspeccionar o pedir una copia de su información de salud que mantenemos. Como es permitido por regulaciones federales, pedimos que la solicitud sea por escrito. Usted puede obtener la forma para acceso a su expediente en la oficina. Su solicitud será revisada y generalmente aprobada al menos que haiga una razón legal o médica para negar la solicitud.

Quejas – si tiene preguntas o inquietudes sobre este aviso comuníquese con la oficina, al igual si piensa que se han incumplido sus derechos. También puede presentar una queja con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No se tomaran represalias contra usted por presentar una queja.

Recibido y aceptado: _____ Fecha: _____



Akerman MED

Dr. Allan Akerman/ Dr. Stephanie Lao
1310 W Stewart Dr Ste. 307 Orange CA 92868
1220 Hemlock Way Ste. 200 Santa Ana CA 92707

Estimado paciente:

Cada paciente que tenemos oportunidad de cuidar tiene derecho a recibir y recibirá el mejor cuidado que podemos ofrecer.

Sin embargo, entre seminarios médicos, reuniones y vacaciones periódicas, es humanamente imposible para cualquier médico que estén disponibles 24 horas al día, 365 días al año. Cuando llame tal vez no estemos disponibles. Esto no significa que no recibirá la atención médica que necesite.

Cuando no estamos disponibles, otro médico igualmente calificado proporcionará atención médica para usted. Estos acuerdos nos ayudan a asegurarnos de que usted va ser atendido por un médico que es capaz de funcionar a lo máximo de su eficiencia.

El médico de guardia está capacitado para proporcionarle atención durante el parto, problemas ginecológicos y visitas a la sala de emergencias.

En caso de emergencia o nuestra oficina está cerrada, por favor llame al número de teléfono de la oficina y la operadora la pondrá en contacto con el médico de guardia. Si se trata de una emergencia y su llamada no es devuelta inmediatamente, proceda directamente al hospital o llame al 911. En los casos de no emergencia, el médico de guardia le llamará en un tiempo razonable.

Al llamar al médico para un problema, por favor tenga listo el número de teléfono de farmacia en caso de que un medicamento deba ser recetado.

Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar en el momento de su visita.

Atentamente,

Allan Akerman, M.D.

CERTIFICO HABER RECIBIDO ESTA CARTA.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____



Akerman MED

Dr. Allan Akerman/ Dr. Stephanie Lao
1310 W. Stewart Drive Suite 307, Orange, CA 92868
1220 Hemlock Way Suite 200, Santa Ana, CA 92707

Plan de Sociedad

Apreciada Paciente,

Bienvenida a nuestra práctica. Todos los pacientes tienen derecho a recibir y recibirán el mejor cuidado que podemos proveer. Para lograr su mejor salud posible es necesario establecer un “acuerdo” entre Usted y su Doctor. Como nuestro “socio en salud”, le solicitamos nos ayude de la siguiente manera:

Pedir citas con mi doctor para exámenes físicos de rutina y otros exámenes recomendados.

Entiendo que mi doctor me explicara cuales son los exámenes apropiados de acuerdo a mi edad, genero e historia personal y familiar. Entiendo que debo llevar a cabo estos exámenes (mamografía, inmunización, citología, etc.) Estos exámenes pueden detectar enfermedades y/o condiciones que puedan poner mi vida en peligro. Si visito a mi doctor únicamente para tratar problemas inmediatos y olvido mis citas para chequeos regulares, pongo mi vida en serio riesgo para dejar pasar problemas no detectados. Pondré citas frecuentes con mi doctor para llevar a cabo mi examen físico y discutir estos exámenes.

Pedir citas para seguimiento y para reprogramar citas no atendidas.

Entiendo que mi doctor quiera seguir el proceso de mi condición después de dejar la oficina. Volver a la oficina de mi doctor a tiempo le permite revisar mi condición y/o mi respuesta a un tratamiento. Durante una cita para seguimiento, mi doctor puede pedir exámenes, referirme a otro especialista, prescribir medicamentos o hasta descubrir y tratar una condición de salud seria. Hare todo el esfuerzo para reprogramar una cita no cumplida lo antes posible.

Llamar a la oficina cuando no he oído sobre mis resultados de laboratorio u otro examen.

Entiendo que el rol de mi medico es reportar los resultados de mis laboratorios o exámenes a la brevedad posible. Sin embargo, entiendo que si no oigo de mis resultados durante el periodo de tiempo especificado, llamare a pedirlos.

Informare a mi doctor si decido no seguir sus recomendaciones o plan para mi tratamiento.

Entiendo que después de examinarme, mi doctor puede hacer recomendaciones basadas en lo que el o ella considera es lo mejor para mi salud. Esto puede incluir la prescripción de medicamentos, referirme a un especialista, pedir laboratorios o exámenes, o pedirme que regrese a la oficina en un periodo de tiempo indicado. Entiendo que no seguir el plan indicado para mi tratamiento puede tener serios efectos negativos en mi salud. Le dejare saber a mi doctor si decido no seguir sus recomendaciones para que pueda informarme sobre todos los riesgos asociados a mi decisión de atrasar, discontinuar o no llevar acabo el tratamiento.

Gracias por su acuerdo. Como nuestro paciente usted tiene el derecho de ser informada sobre su cuidado de salud. La invitamos a hacer preguntas, reportar síntomas o discutir alguna preocupación que tenga en cualquier momento. Si necesita mayor información sobre su salud o tratamiento por favor pregunte.

Firma del paciente

Fecha

Firma del doctor



Consentimiento de redes sociales

AkermanMed desea su permiso para usar imágenes tomadas de usted o su hijo/a en nuestras páginas de Facebook e Instagram.

- Sí**, otorgó permiso a **AkermanMed** para que publique fotos mías o de mi hijo/a en las redes sociales indicadas anteriormente.
- No**, otorgó permiso a **AkermanMed** para publicar fotos mías o de mi hijo/a en las redes sociales indicadas anteriormente.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____



Akerman MED

Dr. Allan Akerman/ Dr. Stephanie Lao
1310 W Stewart Dr Ste. 307 Orange CA 92868
1220 Hemlock Way Ste. 200 Santa Ana CA 92707

Cancelación de Citas/Fallar en Asistir a la Cita

Cada vez que un paciente no asiste a una cita sin proveer una justificación válida, otro paciente pierde la oportunidad de recibir cuidado médico. Por lo tanto Clínica Prenatal San Jose se reserva el derecho de cobrar una cuota de \$50.00 por no asistir a una cita o no cancelar con notificación de 24-horas antes.

Este cobro se le mandará al paciente. No es cubierto por seguro médico y tiene que ser pagado antes de su próxima cita. Varias cancelaciones o fallas en asistir a sus citas en un periodo de 12 meses pueden resultar en cancelación de servicios en nuestra oficina.

Gracias por entender y su cooperación en nuestra meta de servir las necesidades de todos nuestros pacientes.

Nombre de Paciente _____

Firma _____

Fecha _____