

# Ear, Nose and Throat Associates of San Diego

## Información del Paciente:

Fecha: \_\_\_\_\_ Identificación#: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ ¿Se puede dejar mensaje en su contestadora o correo de voz?  Sí  No  
Teléfono Primario (donde desea ser contactado): \_\_\_\_\_ Otro Número: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_  
Empleo: \_\_\_\_\_ Estudiante de Tiempo Completo:  Sí  No

## En caso de emergencia, por favor contactar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre de  
Pacientes Menores de Edad: padre/guardian: \_\_\_\_\_  
¿Quién lo refirió?  Doctor  Familia  Amigo  Libro de teléfono  Aseguración  Otro \_\_\_\_\_  
Doctor que Refirió al Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Seguro Información:

Por favor, presente su tarjeta(s) de seguro a la recepcionista. Por favor, dé la información completa.

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Relación del Paciente al Asegurado:  Mismo  Espos/a  Hijo/a  Otro  
Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_  
Seguro  
Empleo: \_\_\_\_\_ Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
Relación del Paciente al Asegurado:  Mismo  Espos/a  Hijo/a  Otro  
Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Seguro  
Empleo: \_\_\_\_\_ Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## AVISO SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS Y PAGOS:

Si le mandamos cobro a su aseguración, debemos tener toda la información completa y cualquier autorización a la hora de su cita. Si no puede facilitar la información, no podremos mandar el cobro a la aseguración y se requiere pago completo.

Los pagos de cobros no podrán ser determinados hasta que las reclamaciones sean integradas a la aseguración. El pago será basado en su plan médico individual. Deducibles y co-pagos son su responsabilidad. Procedimientos que no están cubiertos por su plan médico por falta de necesidad médica también serán su responsabilidad. El co-pago debe ser pagado a la hora de su cita. Cualquier balanza deberá ser liquidado en 30 días.

Para todos los demás pacientes, el pago se requiere al momento de la visita. Si usted lo desea, nosotros le proporcionaremos la documentación necesario para solicitar un reembolso.

He leído la información anterior y entiendo que soy responsable por el pagos de los servicios que reciba.

Firma de Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Acepto Haber Recibido Información de las Prácticas de Privacidad.

Entiendo que una copia de las Prácticas de Privacidad actuales estará disponible en el área de recepción y que se me ofrecerá una copia nueva si algo ha cambiado entre mis visitas al consultorio. Admito que se me ha ofrecido una copia de las actuales Prácticas de Privacidad.

Firma de Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# ENT Associates of San Diego

Ear, Nose and Throat Associates of San Diego  
A Medical Corporation

Otolaryngology for Adults and Children  
Head and Neck Surgery

JOHN TAYLOR, M.D.\*  
PATRICK G. McCALLION, M.D., F.A.C.S.\*  
JEREMIAH J. MOLES, M.D.\*  
MICHAEL J. RENSINK, M.D.  
ROWLEY S. BUSINO, M.D.\*\*  
PAUL SCHALCH LEPE, M.D., F.A.C.S.  
GEOFFREY B. PITZER, M.D.  
BRENT R. DRISKILL, M.D.  
SEAN C. SKELTON, D.O.

\*A Medical Corporation  
\*\*Services provided through Jeremiah J. Moles, M.D., Inc.

5565 Grossmont Center Drive • Suites 3-101/154 • La Mesa, CA 91942-3021  
765 Medical Center Court • Suite 210 • Chula Vista, CA 91911

(619) 464-3353 • Fax (619) 464-6720  
(619) 482-0565 • Fax (619) 482-2775

## Restricción de Contactos para Información Médica del Paciente

La regla de privacidad HIPAA le otorga el derecho de solicitar una restricción en los usos y revelaciones de su información médica.

Deseo ser contactado(a) de la siguiente manera (**marque todo lo que aplique**).

- Teléfono de Casa** (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
  - Dejar información detallada
  - Dejar mensaje con número de teléfono para devolver llamada
- Celular** (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
  - Dejar información detallada
  - Dejar mensaje con número de teléfono para devolver llamada
- Teléfono de Trabajo** (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
  - Dejar información detallada
  - Dejar mensaje con número de teléfono para devolver llamada

Yo autorizo la divulgación de mi información médica a las personas indicadas. Entiendo que esta autorización esta en efecto hasta que sea revocada.

Yo renuncio a la divulgación de mi información médica a cualquier otra persona. Entiendo que esta autorización esta en efecto hasta que sea revocada.

**Nombre**

**Relación**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente o Representante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de Paciente en Letra de Molde**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**



**CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES:**

¿Ha tenido cirugía de oídos, nariz o garganta?  Sí  No

Si marcó sí, anote cuales y cuando fueron. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una cirugía mayor?  Sí  No

Si marcó sí, anote cuales y cuando fueron. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido algun problema con anestesia (local o general)?  Sí  No

Si marcó sí, anote que clase de problemas. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado (a) por un problema médico?  Sí  No

Si marcó sí, anote la fecha y la razon para la admisión. \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

Problemas con Anestesia  padre  madre  hermano  hermana

Oídos:

Sordera después de los 20 años  padre  madre  hermano  hermana

Sordera antes de los 50 años  padre  madre  hermano  hermana

Nariz y Senos Nasales:

Alergias Nasales  padre  madre  hermano  hermana

Corazón y Vasos Sanguíneos:

Enfermos del Corazón  padre  madre  hermano  hermana

Presión Alta  padre  madre  hermano  hermana

**Aparato Respiratorio:**

Asma  padre  madre  hermano  hermana

Enfermedades Respiratorias

padre  madre  hermano  hermana

**Sistema Nervioso:**

Embolia  padre  madre  hermano  hermana

**Problemas Sanguíneos o Linfáticos:**

Problemas de Sangrado  padre  madre  hermano  hermana

Otros \_\_\_\_\_  padre  madre  hermano  hermana

**HISTORIA SOCIAL:**

¿Cual es o era su ocupación? \_\_\_\_\_

Marque aquí si es jubilado.

¿Ha usado algun tipo de tabaco?  Sí  No

¿Está expuesto a humo por tabaco?  Sí  No

¿Si marcó sí, lo ha dejado?  Sí  No

¿Toma alcohol?  Sí  No

Por favor complete lo siguiente:

Si marcó sí, conteste lo siguiente:

Tipo de Tabaco	Empezó	Lo Dejó
# de Cigarros por día: _____		
Other: (list type) _____		

Tipo de Alcohol	¿Cuanto?	Frecuencia

¿Usa drogas de forma recreativa?  Sí  No

Si marcó sí, anótelas: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE SISTEMAS: Marque sí o no y cheque cualquier SÍNTOMA que haya tenido recientemente:**

**Problemas Generales de Salud**  Sí  No

fiebre,  problemas para dormir,  perdida de peso no intencional

**Problemas Musculares:**  Sí  No

dolor de cuello

**Problemas de los Ojos:**  Sí  No

visión doble,  comezón en los ojos

**Problemas de la Piel o los Senos:**  Sí  No

masas o tumores en los senos,  dolor de piel

**Oídos:**  Sí  No

mareos,  pus,  sordera,  dolor,  zumbido de oídos

**Problemas del Sistema Nervioso:**  Sí  No

dolor de cabeza,  adormecimiento o falta de sensación,  dolor severo de cara,  convulsiones,  debilidad

**Problemas de Nariz y Senos Nasales:**  Sí  No

congestión nasal,  inflamación,  drenado post-nasal

**Problemas Mentales:**  Sí  No

nerviosismo,  triste más de lo normal (depresión),  pensamientos suicidas

**Problemas de Boca y Garganta:**  Sí  No

ronquera o cambios en la voz,  ronca,  dolor de garganta,  úlceras

**Problemas Hormonales:**  Sí  No

aumento de apetito,  fatiga (excesiva),  tiene calor cuando otros no lo tienen,  tiene frío,  le ha crecido el cuello,  cambios de peso (nointencionales)

**Corazón y Problemas Circulatorios**  Sí  No

mareos o desmayos,  coloración azul de labios y/o uñas,  dolor de pecho,  calambres en piernas,  palpitaciones,  hinchazón (incluyendo talones)

**Problemas Sanguíneos o Linfáticos:**  Sí  No

sangrado excesivo después de una herida o una cirugía,  moretones,  masa (bolas) en el cuello

**Problemas de la Sistema Respiratorio**  Sí  No

tos frecuente sin flema,  tos frecuente con flema,  falta de aire,  ronca el pecho

**Problemas con Alergias:**  Sí  No

intolerancia a alimentos,  ronchas,  severa reacción a piquetes de insectos,  estornuda frecuentemente

**Problemas Digestivos:**  Sí  No

dolor abdominal,  diarrea,  acidez o indigestión,  náusea,  vomito

Nombre \_\_\_\_\_

Estamos obligados que preguntemos a nuestros pacientes las siguientes preguntas.  
Le agradecemos su cooperación.

### PARA PACIENTES DE 6 MESES DE EDAD O MAS

¿Ha recibido la inyección contra la gripe en los últimos 12 meses?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿en que mes y año? \_\_\_\_\_

### PARA PACIENTES DE 50 A 75 AÑOS DE EDAD

**Detección de Cáncer Colorrectal:**

¿Ha tenido una colonoscopia en los últimos 9 años?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿en que año? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido analisis de sangre oculta en material fecal en los últimos 12 meses?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿en que mes y año? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una sigmoidoscopia flexible en los últimos 4 años?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿en que año? \_\_\_\_\_

¿Tiene una historia de cáncer de colon?  Sí  No

### PARA PACIENTES DE 65 AÑOS DE EDAD O MAS

¿Ha tenido alguna vez la vacuna contra la neumonía?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿en que año? \_\_\_\_\_

### PARA PACIENTES FEMENINAS SOLAMENTE

(De 40 años a 69 años de edad) ¿Ha tenido una mamografía en los últimos 2 años?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿en que año? \_\_\_\_\_

(De 40 años a 69 años de edad) ¿Ha tenido una masectomía?  Sí  No

(De 21 años a 64 años de edad) ¿Ha tenido una prueba de Papanicolaou en los últimos 2 años?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿en que año? \_\_\_\_\_