

Affix PT label here

- Nuevo Paciente
 Paciente de regreso (última cita hace más de 3 años)
 Referido de otra clínica

Información del Paciente

| | | | | |
|---------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------|
| Apellido: | Primer Nombre: | Inicial de Segundo nombre: | Nombre Preferido: | |
| Dirección: | | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Número de Seguro Social: | Fecha de Nacimiento | Numero de Celular: | Numero de Casa: | |
| Correo Electrónico: | | | Idioma Preferido: | |
| Empleador: | Dirección de Empleador | | Teléfono del Trabajo: | |
| Medico Primario/Interno: | Nombre de Clínica | | Teléfono del Doctor Primario: | |
| Farmacia Preferida | Dirección de Farmacia | | Teléfono de la Farmacia | |
| Farmacia Secundaria: | Dirección de Farmacia: | | Teléfono de la Farmacia: | |
| Contacto en caso de Emergencia: | Relación a usted: | | Teléfono de contacto: | |

Estado Civil:

- Soltera Casada Divorciada
 Viuda Compañero de vida
 Otro: _____

Recorda la Sita:

- Telefono
 Text

¿OK Para mandar notas a PCP?

- Si
 No

Raza:

- Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Negra o Afro Americano
 Nativa Hawaiana u otra Isla Pacífica
 Blanca/Caucásica
 Niega a especificar

Etnicidad:

- Hispano/Latino
 No Hispano/Latino
 Niega a especificar

¿Como se enteró de OGA?

- Cuidado de Emergencia Facebook
 Familia/Amistad Internet
 OGA Web Referido de Paciente
 Doctor/Directorio de Seguro
 Referido por oficina de Doctor
 Páginas amarillas/Libro de teléfono
 Otro: _____

¿Referencia si quien es el doctor?

- _____

Garante de menores (bajo 18 años) – Persona responsable es el padre/guardián que trae al paciente en cada cita.

| Apellido: | Primer Nombre: | Inicial del Segundo nombre: | Fecha de Nacimiento: | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------|
| Dirección: | | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Relación al Paciente: | | Número del Seguro Social | Numero de Teléfono: | |
| Empleador: | Dirección de Empleador: | | Teléfono del Trabajo: | |
| Seguro Médico Primario | | Seguro Médico Secundario | | |
| Compañía de Seguro: | Número Telefónico: | Compañía de Seguro | Número Telefónico: | |
| Dirección de reclamaciones: | | Dirección de reclamaciones: | | |
| Numero de Póliza | Numero de Grupo | Numero de Póliza | Numero de Grupo | |
| Titular de la Póliza/Relación: | Fecha de Nacimiento del titular: | Titular de la Póliza/Relación: | Fecha de Nacimiento del titular: | |



Affix PT label here

- Nuevo Paciente, Paciente de regreso (última cita hace más de 3 años), Referido de otra clínica

Motivo para su visita hoy:

Directivas Avanzadas

- Fecha de revisión: Ninguna, No resucitar, Testamento Vital, Poder duradero de abogado, Poder de atención medica

Medicamentos Sin Medicamentos

Enumere todos los medicamentos que toma con receta o sin receta médica (vitaminas, suplementos, herbales) incluya la dosis.

Table with 2 columns: Medicamento / Dosis, Medicamento/ Dosis. Rows 1-8.

(incluya paginas adicionales si es necesario)

Alergias No tiene alergias conocidas

Table with 2 columns: Alergia /Reacción, Alergia/Reacción. Rows 1-8.

Informe Medica Pasada

Por favor indique si usted ha padecido de alguna de las siguientes condiciones. Por favor incluya la fecha.

- Adicción al alcohol, Alergias, Anemia, Ansiedad, Artritis, Asma, Desorden autoinmune, Desorden Sangrante, Coagulos de sangre, Cancer, Bronquitis Crónica, Enfermedad de circulación, Enfermedad pulmonaria Obstructiva Crónica, Enfermedad de Crohn, Depresión, Depresión posparto, Diabetes, Tipo:, Enfisema, Reflujo Esofágico, Piedras en la vesícula, Perdida de la audicion, Enfermedad del Corazón, Tipo:, Hepatitis, Alta Presión, Colesterol Alta, Síndrome del intestino irritable, Enfermedad del Riñón, Tipo:, Migrañas, Obesidad, Osteoporosis, Infección de orina recurrente, Artritis Reumática, Convulsiones/Epilepsia, Apnea del sueño, Ulcera Estomacal, Infarto/Ataque cerebral, Tuberculosis, Enfermedad de la Tiroides, Tipo:, Otra enfermedad:, Otra enfermedad:

Informe Ginecológica Pasada

- Edad de su primer ciclo menstrual: Ultimo día de su periodo: Sexualmente Activa, Presente, Pasado, Nunca, Método Anticonceptivo: Violencia Domestica, Presente, Pasado, Nunca, Periodos regulares?: Si, No, Periodos Dolorosos?: Si, No, Periodos Pesados?: Si, No

- | | | | | | |
|--|-------------|---|---|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Quiste de Bartholin | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Herpes Genital | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Quiste de Ovarios | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Masa/Bulto del Seno | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Infeccion de Gonorrhea | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Pelvic Inflammatory | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Infeccion de Clamidia | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Dolor Pelvico | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Fibromas | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Infertilidad | ___/___/___ | | |
| Fecha de ultimo Papanicolaou | ___/___/___ | Papanicolaou Anormal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fecha de Papanicolaou anormal: | ___/___/___ |

Informe Obstétrica (enumere todos los embarazos, perdidas, y abortos en orden)

| | Año | Tipo de Parto | | M o F | Peso | Complicaciones |
|---|-----|---------------|--|-------|------|----------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |

Informe Quirúrgico de la Mujer

- | | | | | | |
|---|------------------|--|------------------|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Ligadura Bilateral de Trompas | Date ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Conización/Escisión electro quirúrgica cervical | Date ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Histerectomía | Date ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Mamoplastia de Aumento | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Dilatación y Legrado | ___/___/___ | (abdominal con Extracción de tubos y ovarios | |
| <input type="checkbox"/> Biopsia del Seno | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Dilatación y Evacuación | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Histerectomía | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Mastectomía | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Ablación Endometrial | ___/___/___ | (abdominal sin Extracción de tubos y ovarios | |
| <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | | <input type="checkbox"/> Histeroscopia | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Histerectomía | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Mamoplastia de Reducción | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Miomectomía | ___/___/___ | (vaginal con Extracción de tubos y ovarios | |
| <input type="checkbox"/> Colposcopia | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Eslinga Pélvico | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Histerectomía | ___/___/___ |
| | | | | (vaginal sin Extracción de tubos y ovarios | |

Informe Quirúrgico

- | | | | | | |
|--|-------------|--|-------------|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Colectomía | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Lumpectomia | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia con stent/cánula | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Colostomía | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Reducción Abierta | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Bypass Gástrico | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Trasplante de Órgano | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia de la rodilla | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Reparación de Hernia | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Marcapasos | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la espalda | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Trasplante de Cadera | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Resección del Intestino | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Derivación Aortocoronaria | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Fijación Interna | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del Tunel Carpiano | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Trasplante de Rodilla | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Extracción de Cataratas | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Cirugía LASIK | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Eliminación de Muelas | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Colectectomía | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Biopsia del Hígado | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Otra | ___/___/___ |

Historia Familiar

Por favor marcar la edad de inicio para cualquier miembro de la familia que haya tenido o tenga las siguientes condiciones y si fue la causa de muerte.

| <input type="checkbox"/> Soy adoptada | Madre | Padre | Hermanos/as | Abuelos/as | Hijos | Causa de Muerte |
|--|-------|-------|-------------|-------------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón antes de 50 años | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Depresión | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Retraso de desarrolló | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Deficiencia Auditiva | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Alto Colesterol | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñones | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Infarto/Ataque cerebral | | | | ___ Materno ___ Paterno | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Informe Social

Alguna vez ha fumado Tabaco Si Nunca En el pasado Tipo de Tabaco? _____
 Paquetes por día? _____ Años fumando? _____ Año que dejo? _____

Alguna vez ha vapeado? Si Nunca En el pasado Tipo de Vaporizador? _____
 Soplos/cartuchos al día? _____ Años Vapeando? _____ Año que dejo? _____

Usted bebe Alcohol? Si Nunca En el pasado Año que dejo? _____
 Tipo? _____ Frecuencia: _____ Por Dia Semana Mes Año
 Cantidad? _____ Ultima Bebida? _____

Usa drogas Ilegales? Si Nunca En el pasado Año que dejo? _____
 Tipo? _____ Frecuencia: _____ Por Dia Semana Mes Año
 Cantidad? _____ Ultimo uso? _____

Mantenimiento de Salud

Por favor indique con lo mejor de su conocimiento si se le ha realizado los siguientes elementos y la fecha:

Fecha de su ultimo:

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| Examen Anual/Preventivo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Examen de Senos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Colesterol | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Covid-19 examen positivo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Covid-19 Vacuna | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Examen Dental | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| DEXA (examen de densidad mineral Ósea) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Examen de la vista | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Gardasil / Vacuna de HPV | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Examen Ginecológico | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Vacuna contra la Influenza | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Mamografía | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Vacuna Antineumocócica | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Sigmoidoscopia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Tarjetas de heces para detectar sangre oculta | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Vacuna contra el Tétano | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ___/___/___ |
| Otra Vacuna | | | |

Yo certifico que la información consignada es complete, correcta y exacta a lo mejor de mi habilidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Office use only:

Provider reviewed Initials: _____ Date: _____
 Data keyed in NextGen Initials: _____ Date: _____

Patient Name: _____ M.R.# _____ PF050



Aviso y Reconocimiento Del Paciente Llegadas tardes, Cancelación, Pérdida de Cita y Copago

1. Nosotros requerimos un aviso de 24-horas para cancelar cualquier cita y/o cambios a su cita.
2. Los proveedores de OGA harán todo lo posible de acomodar cualquier llegado tardía y le pedirá que notifique a la oficina tan pronto que sepa que no puede acudir a su cita a la hora debida. Por respeto a su cita designada, otros pacientes y el tiempo de los proveedores no siempre Podemos acomodar su llegada tardía. Si usted esta más de 10 minutos tarde para su cita, Podemos pedirle que re programe su cita.
3. Se considerará que no está presente a su cita si no se contacta a nuestras oficinas para cancelar o reprogramar con al menos 24 horas de notificación O si no nos avisa de su llegada tardía.
4. Si no se presenta a su cita, el equipo de enfermería intentara ponerse en contacto con usted 1 vez basado en su método preferido de comunicación, lo cual se proporciona en el momento de su registro.
5. Si no se presenta a su cita por 2 veces seguidas, usted recibirá una carta notificándole. Si usted no nos informa que desea seguir siendo paciente active de OGA y no se presenta a la 3ra vez consecutiva, entonces desafortunadamente necesitaremos que busque atención fuera de OGA.
6. OGA le cobrara una tarifa de **\$20.00** o la cantidad típica de su copago, lo que sea menor, después de su primera cita perdida para cada paciente.
7. Para asegurar de que reciba una comunicación oportuna, nuestra principal forma de comunicación será a través de nuestro portal del paciente, si usted tiene un correo electrónico activo y valido. Usted podrá acceder a todos los resultados de laboratorio revisados, mandar mensajes y ver sus citas. Por favor de proporcionar al equipo de registración su correo electrónico para configurar su portal de paciente.
8. También le comunicaremos citas por medio de mensaje de texto, llamada o correo electrónico. Por favor de proporcionar su información corriente al equipo de registro y su primera preferencia de comunicación para sus citas y otra información clave. Usted vera mensajes entrantes del número 208-888-0909, por favor añadir a sus contactos "permitidos". Recordatorios de texto vienen del siguiente número 622622.
9. Se espera que pague cualquier copago y responsabilidad estimada del paciente al tiempo de servicio.
10. Un examen preventivo de rutina (de bienestar/anual) se define como una evaluación y manejo medico preventivo integral periódico. Los exámenes rutinarios preventivos no están destinados a evaluar, diagnosticar ni tratar problemas de salud existentes.

He leído y entiendo las políticas llegadas tardías y cancelaciones y si no me presento a las citas, Copagos y el portátil de pacientes. Yo entiendo que, si no proporciono un aviso previo sobre mi cancelación, llegada tardía o no presento a mi cita, se me cobrara una tarifa de **\$20.00** o la cantidad típica de mi copago, lo que sea menor, por cada cita que falle después de la primera ocurrencia. Yo entiendo que mi cobro de copago y estimado del paciente es debido en el tiempo del servicio.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____



Exámenes Preventivos de Rutina (Físico Anuales)

Muchos pacientes tienen un plan de Seguro que les cubre el costo completo de su visita anual de atención médica preventiva, conocida de otra manera como examen físico anual. El propósito de este examen es para poder identificar posibles problemas de salud en las primeras etapas, cuando pueden ser más fáciles y menos costosos de tratar.

Un examen preventivo de rutina se define técnicamente como una evaluación y periodo médico preventiva integral periódica que incluye lo siguiente:

- Antecedentes médicos, sociales y antecedentes familiares
- Examen físico completo y revisión de los sistemas corporales
- Revisión de medicamentos y vacunas
- Consejería/orientación anticipatoria/intervenciones de reducción de factores de riesgo
- Revisión de la prueba de detección apropiada para la edad/sexo
- Revisión o cambios a los métodos anticonceptivos

El examen preventivo de rutina no está destinado a evaluar, diagnosticar o tratar los existentes problemas médicos.

Este examen se centra en la prevención en lugar de centrarse en el problema. Eso significa que está diseñado para evitar que problemas menores se vuelvan graves

Si tiene un problema existente que necesita ser tratado, como sangrado anormal, hormonas, síntomas de menopausia, cambios de humor, cambios de libido, flujo vaginal, dolor pélvico, presión alta, diabetes, sarpullido, colesterol alto, dolores de cabeza etc., tendrá que programar una cita de seguimiento por separado en otro día. Estas preocupaciones no forman parte de su examen anual.

Exámenes relacionados con el tratamiento de condiciones médicas existentes no serán cobradas como examen físico rutinarias y aplicara hacia su copago, deducible o coaseguro, lo cual significa que pueda deber un balance.

Además, algunas pruebas de laboratorio pueden no estar bajo cuidado preventivo si se realizan para problemas específicos o condiciones existentes que requieren supervisión continua. Por ejemplo, una vez que haya sido diagnosticada con colesterol, un panel de lípidos ya no se considera como chequeo. En cambio, se considera supervisión y manejo de la enfermedad. Cada compañía de seguros tiene una lista de servicios lo cual ellos consideran chequeos. Si necesita saber cuáles son estos, pregunte a su compañía de seguro antes de hacerse pruebas de laboratorio. OGA debe cobrar todos los servicios debido a la razón indicada por su proveedor.

P: ¿Mi proveedor solo abordara lo que cubre mi plan de salud para un examen preventivo de rutina?

No necesariamente. Su proveedor no sabe sobre sus beneficios de salud y ve a muchos pacientes en el día con varios tipos de cobertura. Usted deberá saber cuáles servicios serán cubiertos por su plan de seguro. Usted puede encontrar esta información revisando su resumen de beneficios antes de su examen preventivo o llamando al servicio del cliente que se encuentra en su tarjeta de seguro.

P: Que puedo hacer para asegurar que reciba 100% de cobertura de mi examen preventiva rutinaria.

Usted puede seguir los siguientes pasos para ayudar a que su examen rutinario sea cobrado correctamente:

1. Cuando llame a ser su cita para examen preventivo, por favor usar los términos “examen de rutina” completar examen físico” o “examen anual”. No debe usar términos como “chequeo”, chequeo de medicina” o establecer cuidado”. Todos estos implican que la visita es para evaluar una condición médica conocida.

2. Cuando hable con su proveedor, debe informarles que está allí para su examen rutinario preventivo.

3. Si le presenta problemas de salud en su examen preventivo de rutina, comprenda que su proveedor le podría pedir que haga una cita aparte para evaluar estos problemas.

4. No espere para su examen de rutina preventiva. Si padece de una condición crónica, puede necesitar otras visitas diagnósticas y servicios durante el año.

P: ¿Que debo hacer si siento que se ha cometido un error en mi factura?

Llamar a la oficina de negocios al 208-955-0350 para hacer preguntas y ver si una se justifica una revisión de códigos.