



DAVID HOHUAN, MD

FACIAL PLASTIC & RECONSTRUCTIVE SURGERY  
HEAD & NECK SURGERY

# REGISTRO DE PACIENTE y HISTORIA DE SALUD CUESTIONARIO

INFORMACION DEL PACIENTE							
Apellido		Nombre		Inicial	Raza	Etnia	
Fecha de Nacimiento		Edad	Numero Seguro Social		Genero	Blanco	Hispano
Telefono de casa		Telefono celular		Telefono de trabajo		Negro Africano	No Hispano
Direccion		Ciudad		Estado/Codido Postal	Correo Electronico		
Empleador		Ocupacion		Direccion del Empleador			
INFORMACION DE GARANTE (datos de nota: informacion de contacto es para el paciente e informacion de estado)							
Apellido		Nombre		Empleador			
Fecha de Nacimiento		Numero Seguro Social		Direccion del Empleador			
Telefono de casa		Telefono celular		Telefono de trabajo			
INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA							
Nombre del contacto		Numero de telefono		Relacion con el paciente			
INFORMACION DEL SEGURO							
La razón de su visita a esta oficina esta relacionada con una lastimadura del trabajo? SI NO							
Si es sí, por favor tenga papeleo disponible para facturar agencia apropiada. Número de reclamo _____							
Si consulta es de un incidente de el trabajo y no lo informa en el momento de la visita, usted puede ser personalmente responsable del pago total por los servicios. Si el reclamo es negado para la compensación, usted también será responsable de los saldos pendientes de su cuenta.							
Por favor indicar el seguro primario:							
Nombre del asegurado		Seguro social del asegurado		Identificacion de policia			
Relacion del paciente al asegurado		Fecha de Nacimiento del asegurado		Numero de grupo			
Ocupacion			Empleador del Asegurado				
Numero de trabajo			Direccion de Empleador del asegurado				
Por favor indicar el seguro secundario:							
Nombre del asegurado		Seguro social del asegurado		Identificacion de policia			
Relacion del paciente al asegurado		Fecha de Nacimiento del asegurado		Numero de grupo			
Ocupacion			Empleador del Asegurado				
Numero de trabajo			Direccion de Empleador del asegurado				

**NOMBRE DE PACIENTE** \_\_\_\_\_

**A TODOS NUESTROS PACIENTES NUEVOS Y ESTABLECIDOS**

**\*\*\*POR FAVOR LEA ATENTAMENTE ESTA PAGIINA\*\*\***

Usted o su médico le ha programado una visita a la oficina hoy.

Esto es para notificarle que, dependiendo de la razón de su visita de hoy, procedimientos adicionales pueden ser solicitados por el médico y/o proveedor para evaluar sus necesidades de salud. El costo de procedimientos adicionales no está incluido en la visita al consultorio y no siempre esta cubierto por su aseguransa. Estos procedimientos pueden incluir:

- Pruebas de la audición
- La eliminación del cerumen (cera)
- Extracción de algun cuerpo extraño
- Incisión y drenaje de absceso
- Biopsia que se enviará a la patología
- La biopsia con aguja que se enviará a la patología
- La eliminación de la lesión que se enviará a la patología
- Colocación de tubos en el oído
- Cauterización Nasal
- Endoscopia flexible de Ámbito Nasal o Garganta

Usted o su compañía de seguros le cobrará por estos procedimientos. Usted podría ser responsable de la totalidad o una parte de los cargos facturados en función de la cantidad de su deducible, copago o coaseguro. Los pacientes sin seguro serán responsables de visita y procedimientos en el momento del servicio.

**Si una cita es olvidada o no se notifica 24 horas para cancelación, el paciente sera responsable de los siguientes cargos**

**NO SHOW \$50.00**

**PROCEDIMIENTOS \$65.00**

Estos cargos no seran cubiertos por el seguro.

Después de 2 NO SHOWS... el paciente será despedido de David hohuan, MD y tendrá que encontrar a otro médico para su cuidado.

Firma	Fecha
-------	-------

**HIPAA - AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

La Regla de Privacidad HIPAA establece estándares nacionales para proteger los registros médicos de los individuos y otra información personal de salud y se aplica a los planes de salud, centros de intercambio de la salud y los proveedores de atención de la salud que realizan determinadas operaciones de informacion de records de manera electrónica. La regla requiere salvaguardas adecuadas para proteger la privacidad de la información personal de salud, y establece limites y condiciones sobre los usos y revelaciones que se pueden hacer de dicha información sin la autorización del paciente. La regla también da derechos de los pacientes sobre su información de salud, incluidos los derechos a examinar y obtener una copia de sus registros de salud, y para solicitar correcciones.

**CARGOS ADICIONALES**

En el evento de que se establezca una demanda para cobrar esta cuenta o cualquier parte del mismo, el paciente/garante será responsable por cualquier y todos los costos, no limitado a los honorarios de abogados, cuotas judiciales, gastos de cobranza, intereses y cualquier costo adicional que esta acción puedan efectuar.

**AUTORIZACIONES**

*Certifico que la información proporcionada pro mi en solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta*

Estoy de acuerdo y autorizo David Hohuan, MD para cualquier examen, tratamiento y procedimientos que se pueden realizar durante la visita a la oficina de hoy. Entiendo que la prueba adicional puede haber sido ordenado y entiendo que con el fin de obtener resultados puede ser necesaria una cita de seguimiento para discutir y revisar los hallazgos clinicos con mi medico.

He leído la Política Financiera, formulario de información - Seguros. Certifico que esta información es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Notificaré David Hohuan, MD de cualquier cambio.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole necesarias para procesar con las reclamaciones por servicios prestados.

Yo autorizo el pago de beneficios médicos, incluyendo beneficios Medigap al médico que suscribe.

Firma	Fecha
-------	-------

**NOMBRE DE PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón de su visita de hoy? \_\_\_\_\_  
 Médico de referencia: \_\_\_\_\_

<b>MEDICAL HISTORY</b> ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes?		<b>FAMILY HISTORY</b> Alguien de su familia ha tenido alguna de las siguientes?	
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Cáncer	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Cáncer
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad del Corazón
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Alta Presion	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Alta Presion
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Diabetes	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Diabetes
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad del Riñón	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad del Riñón
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Problemas Pulmonares / Apnea del Sueno	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Problemas Pulmonares / Apnea del Sueno
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Derame Cerebral	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Derame Cerebral
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Problemas Gastroenterlogia	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Problemas Gastroenterlogia
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VIH	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VIH
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Perdida de Audicion	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Perdida de Audicion
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Problemas de Sangrado
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Otro:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Otro:

¿Ha tenido alguna cirugía?  Si  No  
 Si es sí, por favor describa

\_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento?  Si  No  
 Si es sí, por favor indique a continuación

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Nombre de su Farmacia y Ubicación** \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia?  Si  No  
 Si es sí, por favor describa

\_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

- Si  No ¿Uso de Tabaco? cuántos por día \_\_\_\_\_ (paquetes)  
 Si  No ¿A usted fumado en el pasado? ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Si  No Alcohol \_\_\_\_\_ diario \_\_\_\_\_ semanal \_\_\_\_\_ socialmente  
 Si  No Marihuana/o otras drogas \_\_\_\_\_

**ENT REVISIÓN DE SISTEMAS**

- 1) Por favor seleccionar "SI" o "NO" para indicar si actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas...  
 2) Para cualquier respuesta de "SI", por favor seleccionar la caja "CORRIENTE" si los síntomas se refiere a la razón de su visita de hoy.

		SI	NO	CORRIENTE
<b>ALERGIAS</b>	<i>Alergia estacional</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OJOS</b>	<i>Visión doble</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NEUROLOGÍA</b>	<i>Dificultades en el habla</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GENERAL</b>	<i>Trastornos de sangrado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CARDIACOS</b>	<i>Palpitaciones</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HEMATOLOGÍA</b>	<i>Sangrado prolongado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RESPIRATORIA</b>	<i>Sibilancias / Dificultad para respirar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GASTRO INTESTINAL</b>	<i>Acidez</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PIEL</b>	<i>Moretones inusuales</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MUSCULOESQUELETICO</b>	<i>Artralgias (dolor articular)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PSIQUIÁTRICO</b>	<i>Depresión</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PACIENTE FEMENINAS**

¿Está usted embarazada o hay una posibilidad de que esté embarazada?  Si  No