



Sun City Medical Clinic, P.A.

REGISTRO DE PACIENTE (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

INFORMACION DEL PACIENTE	Nombre del Paciente: _____	_____	_____	_____	_____
		APELUDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
	Fecha de Nacimiento: _____	_____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	
		MES	DIA	AÑO	EDAD
	Dirección de Casa: _____	_____	_____	_____	_____
		CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
	Teléfono de Casa: _____	Ocupación: _____	Referido por: _____		
Empleador: _____		Teléfono de Trabajo: _____			
Teléfono Celular: _____		Correo Electronico: _____			
En caso de emergencia, por favor notifique: _____	Relación: _____	Teléfono: _____			

INFORMACION DE ESPOSO/ PERSONA RESPONSABLE	Nombre del Cónyuge: _____	_____	_____	_____	_____
					NUMERO DE SEGURO SOCIAL
	Empleador del Cónyuge: _____	Ocupación: _____			
	Dirección de Trabajo: _____	_____	_____	_____	_____
		CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
	Teléfono de Trabajo: _____				
	Persona Responsable: _____	_____	_____	_____	_____
	APELUDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
Dirección: _____	_____	_____	_____	_____	
	CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	
Teléfono de Casa: _____					
Empleador: _____	Ocupación: _____				
Dirección de Trabajo: _____	_____	_____	_____	_____	
	CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	
Teléfono de Trabajo: _____					

INFORMACION DEL SEGURO	Seguro Privado				
	(1) Compañía: _____	_____	No. de Certificado: _____		
	Dirección: _____	_____	No. de Grupo: _____		
		CALLE			
	_____	_____	Nombre del Asegurado: _____	D.O.B.	
		CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	
	Teléfono # _____		No. S.S.: _____		
	(2) Compañía: _____	_____	No. de Certificado: _____		
	Dirección: _____	_____	No. de Grupo: _____		
		CALLE			
_____	_____	Nombre del Asegurado: _____	D.O.B.		
	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL		
Teléfono # _____		No. S.S.: _____			

AUTORIZACION:

Doy consentimiento a cualquier tratamiento medico/examen físico que sea requerido para mí o para el menor mencionado por el cual yo soy legalmente responsable.

ASSIGNACION:

Doy mi permiso para el pago de los beneficios por los servicios recibidos directamente a la oficina del doctor.

Comprendo que soy responsable financieramente por todos los cargos, esten o no esten cubiertos por la compañía de seguro.

ARCHIVOS MEDICOS:

Por este medio se autoriza que se divulgue cualquier información que sea necesaria para el procesamiento de esta reclamación. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Mientras haya alguna reclamación pendiente, usted recibirá estados de cuenta de manera periódica si su cuenta no ha sido pagada en su totalidad.

Nosotros no podemos aceptar la responsabilidad para el cobro de su reclamación de seguro o por hacer negociaciones para el arreglo de una reclamación que esté en disputa.

Firma: _____ Fecha: _____

Sun City Medical Clinic, P.A.

1651 JOE BATTLE BLVD.
EL PASO, TEXAS 79936
(915) 849-9010 FAX: (915) 849-9012

NOMBRE:	FECHA:
---------	--------

¿CAMBIO SU ASEGURANZA?

HISTORIA DE SU ENFERMEDAD PRESENTE: (INCLUYA CUANDO COMENSO/SEVERIDAD/SINTOMAS):

HISTORIA MÉDICA:
MARQUE (✓) SI TIENE O HA TENIDO UNA DE LAS SIGIENTES CONDISIONES/PROBLEMAS MEDICOS:

	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No
Ataque de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alto colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuagulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcera estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de musculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problema repiratorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso perdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de pulmon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sangre rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad/pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tipo de cancer?_____		
Virus HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades:	_____				

Cirugías (por favor incluya tipo de cirugía, fechas, y complicaciones):

HISTORIA FAMILIAR:

	PADRE <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falleció	ESTATO DE SALUD O CAUSA DE MUERTE:	MADRE <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falleció	ESTATO DE SALUD O CAUSA DE MUERTE:
MATERNAL	ABUELA <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falleció	ESTATO DE SALUD O CAUSA DE MUERTE:	ABUELO <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falleció	ESTATO DE SALUD O CAUSA DE MUERTE:
PATERNAL	ABUELA <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falleció	PRESENT HEALTH OR CAUSE OF DEATH:	ABUELO <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falleció	ESTATO DE SALUD O CAUSA DE MUERTE:
HERMANOS	NUMERO VIVO:	ESTATO DE SALUD:	NUMERO FALLECIDO:	CAUSA DE MUERTE:
HERMANAS	NUMERO VIVAS:	ESTATO DE SALUD:	NUMERO FALLECIDO:	CAUSA DE MUERTE:

HISTORIA SOCIAL:

Fuma presentemente: si ___ no ___ Numero de anos? _____ ¿Promedio de cigarros por día? _____

¿Nunca fumo? _____ Si fumo en el pasado, en que ano dejo de fumar? _____

¿Toma alcohol? si ___ no ___ Cuanto? _____ Por cuanto tiempo? _____

¿Usa drogas de recreación? si ___ no _____

Cafe: si ___ no ___ cuantas tasas/dia? _____ Soda: si ___ no ___ cuanta/dia? _____

Cada cuando ases ejersisio?: _____

Estado marital: casado soltero divorciado viudo pareja de largo plazo

NOMBRE: _____

PORFAVOR APUNTE TODAS LAS MEDICINAS, INCLUYENDO HIERBAS O MEDICINAS SIN RECETA QUE ESTA TOMANDO PRESENTEMENTE, INCLUYA CANTIDAD Y FRECUENCIA:

1. _____ 5. _____
2. _____ 6. _____
3. _____ 7. _____
4. _____ 8. _____

APUNTE TODAS LAS MEDICINAS O COMIDA DE LAS QUE ES ALERGICA:

SALUD DE PREVENION:

Fecha de último examen medico rutinario: _____
Fecha de ultimo colonoscopia: _____ Resultados: _____

PARA MUJERES:

Fecha de ultimo papanicolao: _____ Resultado: _____
Fecha de ultimo mamograma: _____ Resultado: _____
Cuantos embarazos ha tenido? _____ Cuantos hijos tiene? _____ Cuantos embarazos ha terminado por causas naturales o aborto inducido? _____
Sigue menstruando? _____ Edad de primer periodo? _____ Edad cuando paro de menstruar? _____
Sexualmente activo? _____ Que tipo de contraceptivo usa? _____

PARE HOMBRES:

Fecha de ultimo examen de próstata: _____
¿Fecha de ultimo examen de sangre para detección temprana de enfermedad en la próstata? _____

*****UNICAMENTE PARA USO DE EL PERSONAL DE ESTA CLINICA*****

Vitals:

Height: _____ Weight: _____ Temp: _____ Pulse: _____ BP: _____
Respirations: _____ O2 sat%: _____ Vision: _____ LMP: _____ Head Circ: _____

A/P:

Treatment or diagnostic plan:

LABS: CBC CMP LIPIDS TSH
 AFFIRM ANA FERRETIN FOLIC ACID FSH GC/CT HCG
 SERUM QUAL HCG SERUM QUANT HGA1C HEPATITIS PANEL HIV
 IRON TOTAL LH MICROALBUMIN PROACTIN PSA PT W/INR
 PTT RF RPR SED RATE TESTOSTERONE URIC ACID
 UA CULTURE VIRAL CULTURE OTHER _____

IN HOUSE: FOB GLUCOSE FINGER STICK H. PYLORI HGAIC
 URINE HCG RAPID STREP MICROALBUMIN URINE DIP
 VENIPICTURE

IMAGING:

IMMUNIZATIONS:

REFERRALS:

RTC _____ DAYS/WEEKS/MONTHS/YEARS


Sun City Medical Clinic, P.A.
POLIZAS DE PAGO

Opciones del pago

Sun City Medical Clinic acepta en Efectivo, Visa, MasterCard y Discover.

Proceso de la facturación del seguro

Es la responsabilidad del paciente traer una tarjeta actual del seguro a cada cita. Como cortesía a nuestros pacientes, Sun City Medical presenta demandas a los portadores de seguro primarios y secundarios. Cualquier balance no pagadero por seguro se considera la responsabilidad del paciente. No todos los servicios son un beneficio cubierto en las pólizas de seguro. Aunque trataremos de hablar a su aseguranza para verificar beneficios no son garantía de pago. Una declaración que refleja el balance será enviado a los pacientes en el correo. En aquel momento, el pago completo es debido el día de la visita.

Todas las cantidades del copayment son debidas y pagaderas a la hora de cada cita.

Prepárese por favor para pagar cualquier balance pendiente de pago en su visita o cuando usted recibe su declaración.

No somos responsables de los artículos perdidos o artículos que se quedan despues de su visita.

Los pacientes pueden también recibir un cargo de honorario de \$50 por "no presentarse" o "no show fee" si no pueden cancelar por lo menos una semana antes de su tiempo programado de la cita. *Este cargo puede no aplicarse si optinē y mantene una nueva cita.*

Pautas de Seguro de Medicare

Para los pacientes elegibles para Medicare de enfermedad, Sun City Medical Clinic se considera los "médicos participantes." Eso significa que Sun City Medical Clinic presentará demandas a Seguro de Medicare en su nombre. Seguro de Medicare enviará un cheque a Sun City Medical Clinic para el 80% de la cantidad aprobada, menos el deducible de la parte B del paciente.

Por lo tanto, los pacientes son responsables del 20% restante de la cantidad aprobada, más el deducible anual de la parte B. Además, los pacientes son responsables de cualquier porción de la cuenta no cubierta por Seguro de enfermedad o un portador de seguro secundario. Si usted tiene cobertura de seguro suplemental, por favor asegúrese que nosotros tengamos una copia de su tarjeta del seguro. No aceptamos el seguro de Medicaid.

Formas

Yo estoy de acuerdo de pagar \$20 para que uno de los empleados de Sun City Medical Clinic llene cualquier forma para mi o mi esposa. Esto incluye formas de Family Medical Leave Act, formas de seguro, de desabilidad, o cualquier otra forma requerido por mi empleado, escuela, o agencia de gobierno.

Para mas informacion

Si tiene preguntas sobre su bill llame a 1(877)822-7737 o (915) 849-9010.

Yo entiendo completamente y estoy de acuerdo con las condiciones de ser aceptado como paciente de Sun City Medical Clinic. Yo acepto toda responsabilidad en pagar todos los cargos, en completo y tiempo adecuado, que nos son cubiertos por mi seguro.

Firma del paciente

Fecha

Fech de Nacimiento

Nombre del paciente

Testigo

Fecha

 **Sun City Medical Clinic, P.A.**

1651 JOE BATTLE BLVD.
EL PASO, TEXAS 79936
(915) 849-9010 FAX (915) 849-9012

Acknowledgement of Notice of Privacy Practices

I have been presented and reviewed a copy of the *Notice of Privacy Practices* for Sun City Medical Clinic, P.A., detailing how my information may be used and disclosed as permitted under federal and state law. I understand I may request and receive a copy of our *privacy practices*.

Signed: _____ Date: _____

If not signed by patient, please indicate relationship to patient (e.g., mother) and patient's name.

Patient: _____

Relationship: _____

Reconocimiento Notificacion De Practicas De Privacidad

He recibido una copia de *Practicas de Privacidad* de Sun City Medical Clinic, P.A. que detalla como mi informacion puede ser utilizada y revelada. Entiendo que yo puedo pedir una copia de nuestra *Practicas de Privacidad*.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Si no fue firmado por el paciente, porfavor indique la relacion al paciente (ejemplo, madre) y el nombre de el paciente.

Nombre de el Paciente: _____

Relacion a el paciente: _____

Sun City Medical Clinic, PA
1651 Joe Battle Blvd.
El Paso, Texas 79936
(915) 849-9010

Consentimiento para obtener historia de medicamentos

Nuestra practica medica ha adoptado un sistema de registros medicos electronicos para mejorar la calidad de nuestros servicios. Este sistema tambien permite recopilar y revisar su "historial de medicamentos". Un historial de medicamentos es una lista de los medicamentos que le hemos recetado o que otros medicos le han recetado recientemente. Esta lista es procedente de diversas fuentes, incluyendo su farmacia y su aseguranza de salud.

Un historial de medicamentos precisa es muy importante para ayudarnos a atenderlo correctamente y evitar interacciones de drogas potencialmente peligrosas.

Al firmar este formulario de consentimiento nos da permiso para recoger, dar y divulgar a su farmacia y a su plan de salud, la informacion sobre sus recetas que han sido surtidas por cualquier farmacia o cubiertas por culaquier plan de seguro de salud. Esto incluye medicamentos recetados para tratar el SIDA/VIH y los medicamentos utilizados para tratar enfermedades de salud mental, tales como la depresion. Esta informacion se convertira en parte de su expediente medico.

Esta historia de medicamentos es una guia util, pero no puede ser completamente precisa. Algunas farmacias no hacen disponible la historia de medicamentos y no incluye medicamentos que compro sin utilizar su seguro de salud. Su historia de medicamentos puede no incluir los medicamentos de contador, suplementos o remedios herbales. Todavia es muy importante que tomemos el tiempo para discutir todo lo que esta tomando y para que pueda señalar a nosotros los errores en su historial de medicamentos.

Doy permiso para que pueda obtener mi historia de medicamentos de mi farmacia, los planes de mi salud y mis otros prestadores de salud.

Nombre del Paciente: _____ Fecha _____

Firma del paciente, padre o tutor _____

Sun City Medical Clinic, P.A.

Manuel A. Padilla, D.O / Maria Isabel Padilla, DNP, APRN, FNP-C

Eduardo Gonzalez, FNP-C / Veronica Padilla, FNP-C

Board Certified Family Medicine

1651 Battle Blvd • El Paso, TX 79936

Ph. (915) 849-9010 • Fax (915) 849-9012

General Consent to Treat

I have the legal right to consent to medical and surgical treatment because (a) I am the patient or (b) I am the parent/guardian of the patient. All references to "patient", "me" and "my" in this document means: _____ (name of Pt).

I voluntarily authorize and consent to the medical care, treatment, and diagnostic tests that the providers at Sun City Medical Clinic P.A and their designated associates or assistants believe are necessary. I also consent to the taking of photographs related to the care and treatment of the patient and understand that such photographs may be made part of the medical record. I understand that by signing this form, I am giving permission to the doctor, nurses, physician assistants, and other health care providers in this medical office to provide treatment as long as a physician/patient relationship exists, or until I withdraw my consent by written notice.

_____ (Please Initial)

Sharing Records for Treatment

We share medical records electronically with other health care providers to allow and promote continuity of care among providers. If you visit another provider who also participates in an electronic medical system, they may have access to your medical record.

_____ (Please Initial)

Voicemail and Text Notification

As a service to our patients, Sun City Medical Clinic P.A provides courtesy appointment reminder calls/texts/ emails and possibly other important calls that may be placed using a prerecorded auto messaging system. The information may include protected health information. By initialing below you consent to receiving such calls/texts at the cell phone number you have provided to us.

_____ (Please Initial)

Electronic Prescriptions (e-Prescribing)

I voluntarily authorize Sun City Medical Clinic P.A to allow e-Prescribing for prescriptions, which allows health care providers to electronically transmit prescriptions to the pharmacy of my choice, review pharmacy benefit information and medication dispense history as long as a physician/patient relationship exists or until I withdraw my consent.

_____ (Please Initial)

I have read this form or this form has been read to me in a language that I understand and I have had an opportunity to ask questions about it.

_____ (Please Initial)

Patient's Name _____ Date of Birth _____

Name of Patient's Representative, if patient under 18 (Print) _____
Relationship to patient _____

Signature of Patient or Patient's Representative _____ Date _____