

Formulario de registro de pacientes

¡BIENVENIDO A NUESTRA PRÁCTICA!

Gracias por elegir Arizona Allergy Associates para sus necesidades de alergia / inmunología. Estamos comprometidos a construir una relación exitosa entre médico y paciente con usted y su familia que se establecerá en su visita. La siguiente información se proporciona para ayudarle con su experiencia en nuestra oficina.

Qué llevar a su cita:

- Tarjetas de seguro médico y de prescripción actual
- Identificación actual
- Forma de pago (tarjeta de crédito / débito) para cubrir las tarifas pagaderas en el momento del servicio, incluidos los copagos, el deducible no cubierto y el coaseguro.

POLÍTICA FINANCIERA

IDENTIFICACIÓN: Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina de cualquier cambio en la información del paciente (es decir, dirección, nombre, información del seguro, tarjeta de crédito registrada, etc.) lo antes posible.

PRUEBA DE SEGURO: Los pacientes son responsables de facilitar la información correcta del seguro médico en cada visita. Si no se obtiene información actualizada en el momento del servicio, el saldo se convertirá en responsabilidad del paciente. Si la información no se recibe de manera oportuna o es incorrecta, es posible que no podremos volver a enviar los cargos al nuevo seguro debido a limitaciones de presentación a tiempo. En este caso, el saldo seguirá siendo responsabilidad del paciente.

Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro, incluidos, entre otros, deducibles, montos de copagos, servicios de laboratorio, instalaciones de radiología y hospitales asociados con su plan. Si está cubierto por un plan de seguro médico con el que AAA no tiene contrato o en el que participa, o si no tiene cobertura de seguro médico, nuestro cargo por su atención o la atención de sus dependientes se pagará en el momento del servicio.

Estamos contratados con la mayoría de los planes de seguros médicos y presentaremos reclamos y los procesaremos según lo requieran estos contratos. Presentaremos un reclamo por usted como cortesía si no tenemos contrato con su compañía de seguros / plan. No nos involucraremos en disputas entre usted y su compañía de seguros. Esto incluye, entre otros, deducibles, copagos, cargos no cubiertos y cargos "habituales y habituales". Le proporcionaremos la información que sea necesaria para usted y / o su compañía de seguros. En última instancia, usted es responsable del pago oportuno de su cuenta. Si su compañía de seguros no nos paga dentro de un tiempo razonable, es posible que le solicitemos un pago por los servicios prestados. No todos los planes son iguales y no cubren los mismos servicios. En caso de que su compañía de seguros determine que un servicio brindado "no estaba cubierto", usted será responsable por el cargo completo. Proporcionaremos una estimación de los cargos al pedido.

Se solicitará a los pacientes que mantengan una tarjeta de crédito válida registrada para cualquier saldo que no pague su seguro. Se le pedirá que firme un formulario de autorización de tarjeta de crédito, que nos permite cargar su tarjeta de crédito en caso de que tenga algún cargo que no esté cubierto por su seguro, cargos que se incluyan en el copago o la parte deducible de su plan, o tarifas administrativas que son evaluadas por AAA, como tarifas por no presentarse. No aceptamos dinero en efectivo. Se aceptan pagos con Visa, MasterCard, American Express, Discover, Apple Pay, Google Pay, Samsung Pay, cheque personal, cheque de caja o giro postal con una identificación válida únicamente.

REFERENCIA: Si necesita una referencia de seguro de un médico de atención primaria, asegúrese de que la referencia esté en nuestra oficina ANTES DE SU CITA PROGRAMADA. **Fax de referencia: 480-839-1874.** Si no tenemos esta información antes de la fecha de su cita, tendrá que cambiar la fecha de su cita.

PACIENTES ASEGURADOS: Todos los copagos deben pagarse al momento del servicio. Si no puede pagar su copago al momento del servicio, es posible que tendrá que cambiar la fecha de su cita para otro día.

Formulario de registro de pacientes

Cualquier pregunta relacionada con las facturas debe dirigirse al departamento de facturación. No se aceptará ninguna información proporcionada de fuentes externas al departamento de facturación por otros miembros del personal (oficina principal, médicos, personal clínico, etc.) con respecto a la facturación de los servicios.

PACIENTES QUE PAGAN POR SU CUENTA: Arizona Allergy Associates requiere el pago completo en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos con nuestro departamento de facturación. Se ofrece un descuento si se paga en su totalidad al momento de la visita.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Los pacientes son responsables de los servicios no cubiertos por su compañía de seguros.

SALDOS / COLECCIONES PENDIENTES: Los saldos de los pacientes deben pagarse en su totalidad dentro de los 60 días posteriores a su primer estado de cuenta. Los saldos impagos después de 90 días se consideran morosos y están sujetos a cobro de deudas. Si no puede remitir el saldo dentro de los 90 días, llame a nuestro departamento de facturación para analizar las opciones del plan de pago. Si no lo hace, su cuenta será entregada a una agencia de cobranza de terceros y se agregará a su saldo una tarifa del 40% del monto moroso. Si el saldo de una cuenta está pendiente, debe pagarse en su totalidad antes de cualquier servicio futuro.

POLÍSA DE CANCELACIÓN / NO PRESENTARSE A SU CITA: Requerimos un aviso de 24 horas si necesita cancelar o cambiar su cita. Si no recibimos una notificación dentro de este plazo, aplicaremos una tarifa de **\$ 75 por "no presentarse a su cita"**.

Nota: Esta evaluación no se le cobrará a su compañía de seguros y usted será el único responsable del pago. Si es dado de baja de nuestra práctica debido a múltiples ausencias o cualquier otro comportamiento inapropiado, se le notificará por escrito por correo certificado.

SALDOS DE INMUNOTERAPIA: Cualquier saldo impago, incluido el extracto de alergia, debe pagarse en su totalidad antes de la renovación de su extracto para el próximo año.

EXPEDIENTES / FORMULARIOS MÉDICOS: Nos reservamos el derecho a cobrar por las copias de sus registros de pacientes. Puede solicitar una copia de los registros anualmente sin costo alguno. No hay ningún costo para copiar los registros de otros consultorios médicos. Se puede aplicar un cargo de \$ 25 por cualquier formulario que nuestros proveedores deban completar antes de completar la documentación.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

- Asigno los beneficios de mi seguro para que se paguen directamente a los médicos o, si mi póliza actual prohíbe el pago directo al médico, instruyo y ordeno a mi compañía de seguros que haga el cheque pagadero a Arizona Allergy Associates y a mí.
- Autorizo al médico a depositar los cheques recibidos en la cuenta del paciente cuando estén a nombre del paciente.
- Autorizo al médico a divulgar cualquier información requerida para procesar reclamos o requerida en el curso de mi examen y tratamiento.
- Acepto pagar mi cuenta a medida que se brinden los servicios. Si por alguna razón se adeuda un saldo en mi cuenta, acepto pagar de inmediato al recibir el estado de cuenta mensual.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO DETENIDAMENTE.

Formulario de registro de pacientes

Usos y divulgaciones

Tratamiento: Los miembros del personal pueden usar su información médica o divulgarla a otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su salud, diagnosticar afecciones médicas y brindar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas y procedimientos de laboratorio estarán disponibles en su historia clínica para todos los profesionales de la salud que puedan brindar tratamiento o que puedan ser consultados por miembros del personal.

Pago: Su información de salud se puede utilizar para solicitar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura como una aseguradora de automóviles o de compañías de tarjetas de crédito que puede utilizar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de servicio, los servicios prestados y la afección médica que se está tratando.

Operaciones de atención médica: Su información médica puede usarse según sea necesario para respaldar las actividades y la administración diarias de Arizona Allergy Associates. Por ejemplo, la información sobre los servicios que recibió se puede utilizar para respaldar la elaboración de informes financieros y presupuestarios, y actividades para evaluar y promover la calidad.

Aplicación de la ley: Su información médica puede ser divulgada a las agencias de aplicación de la ley para respaldar las auditorías e inspecciones gubernamentales, para facilitar las investigaciones de las fuerzas del orden y para cumplir con los informes obligatorios del gobierno.

Informes de salud pública: su información médica puede ser divulgada a agencias de salud pública según lo requiera la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar sobre ciertas enfermedades transmisibles al departamento de salud pública del estado.

Otros usos y divulgaciones requieren su autorización: La divulgación de su información médica o su uso para cualquier propósito distinto de los enumerados anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar un uso o divulgación de su información, puede presentar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni anulará ningún uso o divulgación de información que se haya producido antes de que nos notificara su decisión de revocar su autorización. Sin su autorización, tenemos expresamente prohibido utilizar o divulgar su información médica protegida con fines de marketing cuando se trata de una remuneración financiera. No podemos vender su información médica protegida sin su autorización. No podemos usar ni divulgar la mayoría de las notas de psicoterapia contenidas en su información médica protegida. No usaremos ni divulgaremos su información médica protegida que contenga información genética que se utilizará con fines de suscripción.

Usos adicionales de la información

Recordatorios de citas: nuestro personal utilizará su información médica para enviarle recordatorios de citas.

Información sobre tratamientos: Su información de salud puede usarse para enviarle información sobre el tratamiento y manejo de su condición médica que puede resultarle interesante. También podemos enviarle información que describa otros productos y servicios relacionados con la salud que creemos que pueden interesarle

Derechos individuales:

Tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de privacidad. Ésto incluye:

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información médica protegida
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y tratamiento.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida
- El derecho a enmendar o enviar correcciones a su información médica protegida.
- El derecho a recibir un informe de cómo y a quién se ha divulgado su información médica protegida.
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Formulario de registro de pacientes

Deberes de Arizona Allergy Associates:

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida y proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con las políticas y prácticas de privacidad descritas en este aviso. En el caso de una violación de la información médica protegida no segura, si su información se ha visto comprometida, es nuestro deber notificárselo.

Derecho a revisar las prácticas de privacidad:

Según lo permita la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. Si lo solicita, le proporcionaremos el aviso revisado más recientemente en cualquier visita al consultorio. Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información médica protegida que mantenemos.

Solicitudes para inspeccionar información médica protegida:

Por lo general, puede inspeccionar o copiar la información médica protegida que mantenemos. Según lo permita la regulación federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información médica protegida se presenten por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros comunicándose con un coordinador de la oficina principal o con el oficial de privacidad y seguridad de HIPAA. Su solicitud será revisada y generalmente aprobada, a menos que existan razones legales o médicas para rechazar la solicitud.

Arizona Allergy Associates tiene una política de "No foto, video o grabación":

No se permite fotografías, videos o grabaciones de audio de ningún tipo dentro ni fuera de las instalaciones de ninguna instalación de Arizona Allergy Associates. Esta política se implementó para proteger la privacidad del paciente, mejorar la confidencialidad y mantener la seguridad. Teniendo en cuenta su seguridad y la seguridad del personal de la clínica, le pedimos que se abstenga de grabar en video o tomar fotos, videos o grabaciones de cualquier tipo con su cámara, teléfono celular, celular smart, tableta o cualquier otro dispositivo sin consentimiento previo y supervisión del administrador del sitio.

Nuestro personal, médicos y otros proveedores no pueden darle permiso para tomar fotografías o grabaciones dentro de las instalaciones de la Clínica y están autorizados para hacer cumplir esta política. Para obtener información adicional, hable con un Gerente de la Clínica Arizona Allergy Associates en el sitio. Si desea obtener copias, imágenes electrónicas u otros registros de sus visitas médicas, firme una autorización de registro médico.

Quejas:

Si desea enviar un comentario o una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta que describa sus inquietudes a: **HIPAA Privacy and Security Officer, Arizona Allergy Associates, 705 South Dobson Road Chandler, AZ 85224**, Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, debe informarnos del asunto enviando una carta que describa la causa de su inquietud a la misma dirección. No se le sancionará ni se le tomarán represalias por presentar una queja.

Fecha efectiva:

Este aviso entra en vigencia a partir del 1 de junio de 2017
Arizona Allergy Associates se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

EXAMEN DE PIEL

Cualquier prueba que pueda ser necesaria se discutirá con el proveedor en el momento de su cita. Es posible que podamos realizar pruebas cutáneas, si está indicado, pero nuestro protocolo de pruebas requiere que los pacientes no tomen ningún antihistamínico durante cinco (5) días antes de la prueba cutánea; sin embargo, algunos medicamentos pueden requerir una evitación adicional. Si está tomando antihistamínicos recetados por su médico o si tiene irritación importante de la piel o urticaria, no suspenda los antihistamínicos. Cualquier prueba cutánea que sea necesaria se programará después de haber consultado a un proveedor aquí.

Los antihistamínicos más comunes se enumeran a continuación. Esta no es una lista completa de todos los antihistamínicos. Muchos medicamentos de venta libre y medicamentos combinados contienen antihistamínicos. Si no está seguro de si el medicamento que está tomando contiene un antihistamínico, no dude en llamar a nuestro consultorio o consultar con su médico de atención primaria o farmacéutico local.

Acrivastine/Bromfed/Dimetapp Cold and Allergy	Advil PM	Alavert/Claritin	Alka Seltzer Plus Cold
-----------------------------------------------	----------	------------------	------------------------

Formulario de registro de pacientes

Brompheniramine		Loratadine	
Allegra	Antivert	Astelin/Astepro	Atarax/Vistaril
Fexofenadine	Mecizine	Azelastine	Hydroxyzine
Benadryl	Chlor-Trimeton/ Deconamine/	Clarinet	
Diphenhydramine	Extendryl/Hycomine Compound	Desloratadine	Doxepin
	Chlorpheniramine		
Kronofed	Nyquil/ZzzQuil	Pataday/Patanol, Pazeo	Phenergan
		Olopatadine	Promethazine
Pepcid	Periactin		Tagamet
Famotidine	Cyproheptadine	Pyrilamine	Cimetidine
Tavist/Dayhist	Tussionex	Tylenol with one or more of the following added to the name:	Unisom
Clemastine		Allergy, Cold, Flu, PM	
Xyzal	Zaditor/Alaway	Zantac	Zyrtec
Levocetirizine	Ketotifen	Ranitidine	Cetirizine
Medicamento con "sinusitis", "alergia"	Medicamento de toz	Medicamento para dormir	Medicamento con "hist"

TARJETA DE CRÉDITO EN ARCHIVO PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN

P: ¿Cómo funciona el proceso de facturación automática?

R: Su tarjeta de crédito será capturada hoy y almacenada de forma segura. Después de que su compañía de seguros responda y nos proporcione el saldo restante adeudado, podemos cargar la responsabilidad del paciente a su tarjeta de crédito. Su tarjeta de crédito registrada solo se cargará cuando tenga un saldo adeudado en su cuenta o por un servicio no cubierto.

P: ¿Cómo sabré cuánto me vas a cobrar?

Formulario de registro de pacientes

R: Recibirá una explicación de los beneficios de su compañía de seguros que explica exactamente, de acuerdo con la cobertura y los beneficios de su seguro médico, cuánto de su factura de atención médica es su responsabilidad y cuánto pagó el seguro junto con los ajustes contractuales.

P: ¿Qué pasa si necesito disputar mi factura?

R: Siempre trabajaremos con usted para resolver cualquier problema y le reembolsaremos si hemos cometido un error de facturación. Solo le cobraremos la cantidad que su compañía de seguros nos indique que cobremos de usted de la misma manera que normalmente determinamos cuánto enviarle un estado de cuenta por correo. Si no está de acuerdo con la forma en que su compañía de seguros procesó el reclamo, deberá comunicarse directamente con su departamento de servicio al cliente.

P: ¿Recibiré un estado de cuenta o recibo por los cargos facturados automáticamente a mi tarjeta?

R: No automáticamente. Su EOB de la compañía de seguros y el extracto de su tarjeta de crédito serán su recibo. Puede contactarnos en cualquier momento para que le enviemos por correo electrónico un detalle de la cuenta.

P: ¿Qué es un deducible?

R: Un deducible anual es la cantidad en dólares que debe pagar de su propio bolsillo durante el año de su plan por gastos médicos antes de que su seguro comience a pagar. Por ejemplo, si la póliza tiene un deducible de \$ 1,000, debe pagar los primeros \$ 1,000 de gastos médicos antes de que su seguro comience a pagar. Su compañía de seguros debe recibir un reclamo para procesar con el fin de aplicar los saldos a su deducible. Incluso si tiene un plan con un deducible alto, lo alentamos a que enviemos el reclamo a su seguro para que reciba un ajuste contractual y los servicios se puedan aplicar a su deducible.

P: ¿Mi tarjeta de crédito es segura?

R: Sí, no almacenamos la información confidencial de su tarjeta de crédito en nuestra oficina. Mantener su tarjeta archivada, fuera del sitio, en una pasarela de pago encriptada mejora la seguridad porque reduce la exposición en cada visita.

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a

Correo Electrónico: _____

Dirección de casa del paciente: _____

Teléfono de casa #: _____ Celular #: _____ Teléfono de trabajo #: _____

Empleadora del paciente: _____ Ocupación: _____

Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Numero#: _____ Relación: _____

Formulario de registro de pacientes

Médico de atención primaria: _____ Numero: _____

Médico referente: _____ Numero: _____

Otros Especialistas: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES: Complete lo siguiente si el paciente es menor de edad O tiene un plan de seguro con su Padres:

Nombre de Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SSN#: _____

Nombre de Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SSN#: _____

¿Cuál es el estado civil de los Padres: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a?

¿Podemos comunicarnos con el otro Padre? SI No Padre / Tutor correo electrónico: _____

SEGURO DE SALUD:

Seguro primario: _____ Seguro secundario: _____

Si es AHCCCS, ¿qué plan? _____ Si es AHCCCS, ¿qué plan? _____

ID #: _____ Grupo #: _____ ID #: _____ Grupo#: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Nombre del titular de la póliza _____

Relación con el paciente: Yo Esposa/o Padre Relación con el paciente: Yo Esposa/o Padre

Sexo: Masculino Femenino Sexo: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador: _____ Emplador: _____

Farmacia: _____ Calles: _____ Numero de telefono: _____

Divulgación de HIPAA:

Entiendo que, con este consentimiento firmado, AAA puede usar y divulgar mi información médica o la de mi hijo para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Entiendo que, como parte de la atención médica, AAA origina y mantiene registros en papel y / o electrónicos que describen mi historial médico o el de mi hijo, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento y se me ha proporcionado una copia para leer. AAA se reserva el derecho de revisar su aviso en cualquier momento y cualquier paciente / padre puede obtener una copia enviando una solicitud a nuestras oficinas.

Tengo derecho a solicitar que la AAA restrinja la forma en que usa o divulga mi información médica o la de mi hijo. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en



Formulario de registro de pacientes

mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, debido a las restricciones sobre la divulgación de información médica y su efecto sobre la capacidad de realizar diagnósticos y tratamientos, AAA no podrá brindarme tratamiento a mí ni a mis hijos.

También está disponible en cualquiera de las oficinas y en el sitio web de la práctica en www.azallergy.com

Firma del paciente / padre / tutor: _____ Fecha: _____

Autorización para obtener el historial de medicamentos:

Por la presente autorizo a Arizona Allergy Associates a obtener el historial de medicamentos relacionados con el paciente de las farmacias comunitarias y / o los administradores de beneficios de farmacia con el fin de continuar el tratamiento y para enviar y recibir recetas electrónicas. Entiendo que esta autorización es revocable mediante notificación por escrito a la oficina donde se conserva la autorización original, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas sobre esta autorización. Arizona Allergy Associates no puede condicionar la provisión de tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para beneficios a la provisión de esta autorización.

Sí, autorizo a Arizona Allergy Associates a obtener el historial de medicamentos y a enviar y recibir recetas electrónicas.

No autorizo a Arizona Allergy Associates a obtener el historial de medicamentos y a enviar y recibir recetas electrónicas.

He leído y entiendo los términos anteriores. Cualquier cambio en las autorizaciones de los pacientes debe proporcionarse por escrito a Arizona Allergy Associates. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las políticas establecidas.

_____ Firma del paciente / tutor legal	_____ Nombre de Paciente	_____ Relacion con el Paciente
_____ Nombre impreso del tutor legal (si corresponde)	_____ Fecha de Nacimiento de Paciente	_____ Fecha de Hoy
_____ AAA Firma del testigo	_____ Fecha	_____ AAA Letra de molde del testigo

Formulario de autorización de la tarjeta de crédito

Arizona Allergy Associates ofrece un método de pago seguro y conveniente para la parte de los servicios que su seguro no cubre, por los que usted es responsable. La información de su tarjeta de crédito se mantiene confidencial y segura. Los pagos a su tarjeta se procesan solo después de que el reclamo haya sido presentado y procesado por su compañía de seguros y la parte del seguro del reclamo se haya registrado en su cuenta, o en el caso de que no se haya proporcionado información válida del seguro en el momento del servicio.

Yo, _____, autorizo a Arizona Allergy Associates a capturar la información de mi tarjeta de crédito y almacenar de forma segura mi tarjeta de crédito en el archivo. Me doy cuenta de que no recibiré un estado de cuenta o un recibo y mi EOB del seguro y el recibo de la tarjeta de crédito serán mi notificación. Puedo solicitar uno en la oficina de facturación después de que se haya procesado el pago. _____ (iniciales)



Practice limited to Allergy, Asthma, and Immunology
Adults and Pediatrics

Formulario de registro de pacientes

Autorizo a Arizona Allergy Associates a cargar en mi tarjeta de crédito registrada cualquier saldo adeudado en la cuenta identificada a continuación. Estoy de acuerdo en que Arizona Allergy Associates puede cargar a mi tarjeta de crédito registrada cualquier saldo adeuda cuando reciban una copia de la EOB o dentro de los 30 días por cualquier otro saldo adeudado en mi cuenta. Esta autorización se refiere a todos los saldos no cubiertos por mi compañía de seguros por los servicios prestados por Arizona Allergy Associates. Estos podrían ser montos resultantes de saldos relacionados con copagos, deducibles, coseguros, servicios no cubiertos, denegaciones por no cobertura / elegibilidad o tarifas a Entiendo que este formulario es válido hasta que dé un aviso por escrito de 30 días para cancelar la autorización a Arizona Allergy Associates. _____ (iniciales)

La notificación por escrito debe enviarse a: Billing Office, 705 S Dobson Rd, Chandler, AZ 85224

Certifico que soy un usuario autorizado de esta tarjeta de crédito y que no disputaré el pago con la compañía de mi tarjeta de crédito siempre que la transacción corresponda a los términos indicados en este formulario. Administrativas como tarifas por no presentarse, pero no se limitan a estos escenarios. _____ (inicial)

Nombre de Paciente: _____

Nombre del titular de la tarjeta (como se muestra en la tarjeta): _____

Tarjeta de credito: _____ Visa _____ MasterCard _____ Discover _____ American Express

Últimos cuatro dígitos de la tarjeta de crédito: _____

Fecha de vencimiento (mm/yy): _____ CVV No.: _____ (Los 3 digitos del código de seguridad)

Dirección de Envio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Numero de Telefono: _____ Correo Electronico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

No autorizo a Arizona Allergy Associates a almacenar y cargar mi tarjeta de crédito.

Formulario de registro de pacientes

This page left intentionally blank.

DIVULGACIÓN DEL PACIENTE

Si desea delegar a otra persona para que tenga acceso sin restricciones a su registro médico y la información contenida en el mismo, proporcione la información en el espacio que se proporciona a continuación. Este permiso también es revocable con su solicitud por escrito en cualquier momento.

- No deseo que mi información médica se divulgue a ninguna otra persona significativa.**
- Solicito y autorizo a Arizona Allergy Associates a revisar y divulgar mi información médica a las siguientes personas (por ejemplo, cónyuge, padre, hermano, etc.)**

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero # _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero # _____



Practice limited to Allergy, Asthma, and Immunology
Adults and Pediatrics

Formulario de registro de pacientes

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero # _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero # _____

¿Podemos dejar un mensaje con detalle con un miembro de su familia de su casa? **O en su buzón de voz?** Si No

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero # _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero # _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero # _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero# _____

Firma del paciente / padre / tutor: _____ Fecha: _____

TENGA EN CUENTA: Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea revocada por escrito.

Permiso para tratar a un menor

Yo _____, Padre/Madre de _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente otorgo permiso para que el niño mencionado anteriormente sea tratado por los médicos y miembros del personal de Arizona Allergy Associates. En mi ausencia, este menor puede ser evaluado en el entorno clínico (visita al consultorio) y recibir inyecciones para alergias, inyecciones biológicas y pruebas completas según se considere médicamente apropiado. En mi ausencia, doy permiso para que mi hijo/a sea tratado/a de inmediato por cualquier reacción o emergencia por cualquiera de los médicos disponibles. Además, la información médica protegida del paciente se puede compartir con el apoderado para facilitar la toma de decisiones informada.

Formulario de registro de pacientes

Entiendo que la Parte Responsable debe tener 18 años o más

Autorizo a mi hijo/a menor de edad (16 o 17) a que se presente solo/a para recibir tratamiento y que tenga la capacidad de comprender los riesgos y beneficios del tratamiento. También entiendo que mi hijo/a menor de edad debe estar acompañado por un padre / tutor para cualquier visita al consultorio.

Esta autorizacion es valida por un año desde le fecha de firma y puede ser revocada en cualquier momento proporcionado notification por escrito de revocacion. Yo comprendo que yo no podre revocar esta autorizacion retroactivamente por el tratamiento ya dado.

Nombre del apoderado: _____ Relación con el menor: _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Cuestionario de salud

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Indique el proveedor médico que lo refirió a nuestra oficina: _____

¿Cuál es su principal queja o motivo principal para venir hoy?

- | | |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Alergias nasales | <input type="radio"/> Alergias de ojos |
| <input type="radio"/> Asma / dificultad para respirar | <input type="radio"/> posibles alergias alimentarias |
| <input type="radio"/> Eczema | <input type="radio"/> Urticaria |
| <input type="radio"/> erupción | <input type="radio"/> Infeccion Sinusal |
| <input type="radio"/> Toz | <input type="radio"/> Hinchazon de la piel |
| <input type="radio"/> Goteo / drenaje nasal posterior | <input type="radio"/> Otro: _____ |

Formulario de registro de pacientes

HISTORIA MÉDICA PASADA:

¿Se le ha diagnosticado al paciente una de las siguientes condiciones? Marque todas las que correspondan.

- | | | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Alergias de temporada | <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Eczema |
| <input type="radio"/> Alergia de los ojos | <input type="radio"/> Alergias de contacto(latex,joyas ,etc) | <input type="radio"/> Infeccion cronica de sinusitis | <input type="radio"/> Alergias a medicamento |
| <input type="radio"/> Esofagitis | <input type="radio"/> Angioedema | | |

¿Alguna vez se le ha diagnosticado formalmente al paciente una alergia a insectos que requirió epinefrina y / o servicios médicos de emergencia (911, visita a la sala de emergencias, ambulancia)? Si es así, ¿qué insecto?

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Homriga | <input type="radio"/> Abeja |
| <input type="radio"/> Avispa | <input type="radio"/> Avispon | <input type="radio"/> SI, pero no Identificada |

¿Cuál de las afecciones no alérgicas se le ha diagnosticado al paciente? (Marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Intolerancia a la lactosa | <input type="radio"/> Enfermedad Celiaca | <input type="radio"/> Intolerancia o sensibilidad a comidas |
| <input type="radio"/> Reflujo acido | <input type="radio"/> Ansiedad | <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Tiroides bajas |
| <input type="radio"/> Tiroides alta | <input type="radio"/> Alta presion de sangre | <input type="radio"/> Enfermedad Pulmonar obstructiva cronica | <input type="radio"/> Enfisema |
| <input type="radio"/> apnea del sueño | <input type="radio"/> Cardiopatía | <input type="radio"/> Lupus | <input type="radio"/> Artritis |

¿El paciente se ha sometido alguna vez a una prueba de alergia? : SI NO

¿El paciente ha estado alguna vez con inyecciones de alergia?: SI NO

¿Están actualizadas las vacunas del paciente?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Incompleto | <input type="radio"/> Retrasado |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

¿Alguna vez el paciente ha sido hospitalizado/a durante la noche por neumonía, VSR, asma o bronquitis? (No incluye las visitas a la sala de emergencias y atención de urgencia en las que el paciente fue enviado a casa el mismo día)

- | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Pneumonia | <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> RSV | <input type="radio"/> Bronquitis |
|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------------|

Formulario de registro de pacientes

¿El paciente ha sido admitido alguna vez en una UCI, UCIN o UCIP de un hospital? Incluya fecha aproximada y motivo.

ICU, NICU, or PICU	Razon	fecha

HISTORIA DE CIRUGÍAS:

¿Alguna vez el paciente se ha sometido a alguno de los siguientes procedimientos? (Marque todos los que correspondan)

- Ninguna
 Anginas
 Adenoidectomia
 Sirugia nasal
 Tubos en el oido

Enumere cualquier otra cirugía mayor a la que se haya sometido el paciente: (Incluya la fecha aproximada)

- Ninguna

Cirugia	Fecha Aproximada

HISTORIA FAMILIAR: ¿Tiene la mamá, el papá, el hermano, la hermana o los hijos del paciente alguna de estas afecciones? Marque todas las que correspondan y tenga en cuenta al lado de cada afección qué miembro de la familia (p. Ej., Alergias: mamá)

- | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias a comida |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Alergias a medicamento | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Eosinophilic Esophagitis | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohns |
| <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa | <input type="checkbox"/> Angioedema | | |

Formulario de registro de pacientes

HISTORIA SOCIAL: ¿El paciente usa o consume actualmente alguno de los siguientes? (Por favor marque todos los que apliquen)

- N/A
- Alcohol
- Drogas
- Cigarilos
- Paquetes por dia _____
- Por cuanto tiempo _____
- Fecha cuando dejo de fumar _____

HISTORIA AMBIENTAL:

¿Tiene el paciente alguna de estas mascotas viviendo con ellos en casa?

- Ninguna
- Perros
- gato
- Caballo
- Otro: _____

¿Tiene o usa alguno de los siguientes artículos? (Marque todos los que apliquen)

- HEPA Filtro
- Lonesador de aire
- Humidificador
- Vaporizador
- Fundas de acaros del polvo para almohada o manta
- Edredon de plumas
- Almohadas de plumas
- Alfombra en cuartos
- Alfombra en mayo parte de hogar
- No alfombra/ poco alfombra

ALERGIAS A COMIDA: ¿Alguna vez se le ha diagnosticado oficialmente al paciente una de las siguientes alergias alimentarias y se le ha recetado epinefrina?

- Ninguna
- Leche
- Huevo
- Cacahuate
- Nueces de arbol
- Soya
- Trigo
- Marisco
- Pez

MEDICAMENTOS ACTUALES: Enumere todos los medicamentos actuales: (Por favor incluye todos los medicamentos para alergias y no alergias)

Formulario de registro de pacientes

REVISION DE SINTÓMAS: Is the patient experiencing any of these symptoms? Please check all that apply.

- | | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Fiebre | <input type="radio"/> Dolores de cabeza | <input type="radio"/> Resfriado |
| <input type="radio"/> Aumento/bajo peso | <input type="radio"/> Vision Borrosa | <input type="radio"/> Vision doble |
| <input type="radio"/> Dolor de ojos | <input type="radio"/> Dolor de pecho | <input type="radio"/> Palpitaciones |
| <input type="radio"/> Dificultad para respirar | <input type="radio"/> Resollar | <input type="radio"/> Toz |
| <input type="radio"/> Heces oscuro | <input type="radio"/> Dolor Abdominal | <input type="radio"/> Indigestion |
| <input type="radio"/> Dolor al orinar | <input type="radio"/> Nausea/Vomito | <input type="radio"/> Retencion de orina |
| <input type="radio"/> Rigidez Matutina | <input type="radio"/> Frecuencia urinaria | <input type="radio"/> Dolor en huesos |
| <input type="radio"/> Moretones con facilidad | <input type="radio"/> Calambres | <input type="radio"/> Sangrado facil |
| <input type="radio"/> Entumecimiento | <input type="radio"/> Erupciones | <input type="radio"/> Temblores |
| <input type="radio"/> Frio/Calor | <input type="radio"/> Mareos | <input type="radio"/> Mucha sed |
| <input type="radio"/> Corraspeo frecuente | <input type="radio"/> Cansado | <input type="radio"/> Dolor de garganta |
| <input type="radio"/> Herpes labial | <input type="radio"/> Frecuente inflamacion de anginas | <input type="radio"/> Picazon en garganta |
| <input type="radio"/> Sollozar | <input type="radio"/> Estornudo | <input type="radio"/> Comezon |
| <input type="radio"/> Congestion nasal | <input type="radio"/> Moco suelto | <input type="radio"/> Sangrado de nariz |
| <input type="radio"/> Cirugia de nariz | <input type="radio"/> Infeccion del sinus | <input type="radio"/> Ronquidos |
| <input type="radio"/> Nariz rota | <input type="radio"/> Polypos | <input type="radio"/> Goteo pos nasal |
| | <input type="radio"/> Perdida de olfato | <input type="radio"/> Ninguna |

INFORMACION DE MEDICAMENTOS: ¿Qué medicamentos ha utilizado el paciente? (Por favor marque todos los que apliquen)

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Zyrtec/Cetirizine | <input type="radio"/> Claritin/Loratadine | <input type="radio"/> Allegra/Fexofenadine |
| <input type="radio"/> Hydroxyzine | <input type="radio"/> Benadryl | <input type="radio"/> Singulair/Montelukast |
| <input type="radio"/> Xyzal/Levocetirizine | <input type="radio"/> Flonase/Fluticasone | <input type="radio"/> Nasacort |
| <input type="radio"/> Rhinocort | <input type="radio"/> Nasonex | <input type="radio"/> Qnasl |
| <input type="radio"/> Veramyst | <input type="radio"/> Astelin/Azelastine | <input type="radio"/> Dymista |
| <input type="radio"/> Atrovent/Ipratropium Bromide Nasal Spray | <input type="radio"/> ProAir | <input type="radio"/> Ventolin |
| <input type="radio"/> Albuterol via nebulizer | <input type="radio"/> Budesonide/Pulmicort | <input type="radio"/> Flovent |
| <input type="radio"/> Advair | <input type="radio"/> Qvar | <input type="radio"/> Symbicort |

Formulario de registro de pacientes

- Dulera
- Zaditor/Ketotifen
- Pataday
- Breo
- Pazeo
- Otro: _____
- Arnuity
- Visine Allergy

¿Ha tomado el paciente algún antihistamínico o medicamento que contenga antihistamínicos dentro de los cinco (5) días posteriores a la cita? Incluyendo, entre otros, los siguientes medicamentos: Zyrtec, Claritin, Allegra, Xyzal, Alavert, Unisom, Zantac, Pepcid, Meclizine, Tylenol PM, medicina para el resfriado y los senos nasales. Circule uno: SI NO