

Sun Kim M.D.

5832 Beach Blvd Suite #213 Buena Park, CA 90621 Phone (714)752-6835 Fax (714)752-6842

Demografía

Apellido Legal	Primer Nombre Legal	Segundo Nombre Legal	Fecha de Nacimiento	Genero
Dirección Permanente	# Apt	Ciudad	Estado	Código Postal
# de Teléfono de Casa		# de Celular		Raza/Etnicidad
# de Seguro Social		Correo Electronico		Lenguaje

Información de Contacto de Emergencia

Soltero / Casado / Divorciado / Viudo
Estado Civil (Circular Uno) Apellido de Esposo/a Primer Nombre de Esposo/a

Contacto de Emergencia # De Teléfono de Contacto Emergencia Relación

Dirección de Contacto de Emergencia # Apt Ciudad Estado Código Postal

Información de Doctor Primario

Nombre del Medico Dirección # De Teléfono del Medico

Nombre de la Farmacia Dirección # De Teléfono de la Farmacia

Historia de Salud

Queja Principal _____

Alergias Medicas _____

SI **NO** tiene alergias, marca de verificación aquí

MEDICAMENTOS (Todos los medicamentos que esta tomando en este momento)

SI **NO** toma medicamento, marca de verificación aquí

Es responsabilidad del paciente pagar deducibles, coseguros/copagos el día del servicio, y pagar cualquier otro saldo no pagado por el seguro. Si presentamos una reclamación, permitiremos cuarenta y cinco días a partir de la fecha de presentación para que el transportista procese su reclamo y realice el pago. Si no se recibe un pago de seguro dentro de este plazo, le notificaremos para borrar su cuenta. La presentación del seguro se realiza como cortesía para usted y no desestima su responsabilidad para pagar por los servicios. Los pacientes de autopago deben pagar por los servicios el día en que se prestan.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos, pagados o no por una compañía de seguros.

Yo el abajo firmante, represento que tengo cobertura de seguro y por la presente les autorizo a pagar y asignar directamente a Sun Kim M.D. Inc. todos los beneficios quirúrgicos y / o médicos, si los hay. De lo contrario, se me paga por los servicios descritos en los formularios adjuntos del presente documento, pero no exceder los cargos por esos servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean pagados o no por dicha compañía de seguros. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de dichos beneficios.

X _____

Fecha de firma: _____

Sun Kim M.D.

5832 Beach Blvd Suite #213 Buena Park, CA 90621 Phone (714)752-6835 Fax (714)752-6842

Historia Medica

¿Tiene ahora, o ha tenido algún problema relacionado con los siguientes síntomas?: Por favor, compruebe si usted tiene ese síntoma o condición.

Historia genitourinaria

- Sangre en la orina
- Cáncer de vejiga
- Incontinencia
- Disfunción eréctil
- Gota
- Cálculos renales
- Cáncer de riñón
- Prostatitis
- Hiperplasia prostática benigna

Historia personal

- Diabetes
- Hepatitis
- Colesterol alto
- Alta presión
- Presión arterial baja
- Derrame cerebral
- Asma
- Bronquitis
- Enfermedad Riñón
- Enfermedad de tiroides
- Infección de orina crónica
- Artritis
- Anemia
- VIH
- Otras: _____

Historia familiar

- Cáncer de Próstata
- Cáncer de Riñón
- Cáncer de vejiga
- Cáncer testicular
- Enfermedad de corazón
- Derrame cerebral
- Alta Presión
- Diabetes
- Enfermedad Riñón
- Cálculos Renales
- Otro: _____

Cirugías

- Amigdalectomía
- Cesárea
- Cirugía de rodilla
- Dilatación y legrado
- Laparoscopia
- Apendectomía
- Histerectomía
- Reparación de hernia
- Cirugía de vesícula biliar
- Vasectomía
- Colonoscopia
- Ligadura de trompas
- Cirugía de hombro
- Otro: _____

Historia social

El consumo de tabaco

- Nunca fume
- Fumo anterior
- Actual fumador de todos los días
- Actual algún día fumador

Consumo de alcohol

- Si
- No
- Historia previa de abuso

Uso de la cafeína

- 1-2 tazas / día
- Más de 3cups / día
- No

Consumo de marihuana

- Si
- No

General

- Fatiga
- Sudores nocturnos
- Resfriado
- Aumento de peso
- Pérdida de peso

Ojos

- Pérdida de la visión
- Visión doble

Oído, boca, nariz y garganta

- Zumbido del oído
- Hemorragias nasales
- Ronquera
- Audición disminuida

Respiratoria

- Tos crónica
- Sibilancias
- Respiración dificultosa

Corazón

- Dolor de pecho
- Murmullo
- Palpitaciones

Gastrointestinal

- Estreñimiento
- Diarrea
- Vómito
- Sangrado rectal
- Náusea

Musculoesquelético

- Dolor de espalda
- Dolor en las articulaciones
- Inflamación de articulaciones
- Debilidad muscular
- Dolor muscular
- Úlceras
- Erupción
- Comezón
- Lesiones

Neurológica

- Mareo
- Convulsiones
- Temblor

Psiquiátrica

- Ansiedad
- Depresión
- Cambios de humor

Sun Kim M.D.

5832 Beach Blvd Suite #213 Buena Park, CA 90621 Phone (714)752-6835 Fax (714)752-6842

Responsabilidad financiera del paciente

Como cortesía a nuestros pacientes nos hemos inscrito en numerosos programas de seguros. Nos complace poder proporcionarle este servicio, y haremos todo lo posible para verificar la cobertura del seguro y facturar a su compañía de seguros correctamente. Sin embargo, no es posible para nosotros realizar un seguimiento de todos los requisitos individuales de cada plan.

Es responsabilidad de cada paciente conocer los detalles de su plan de seguro además de cualquier fallo en la cobertura del seguro. Cualquier cargador que ocurra como resultado de restricciones o lapsos en la cobertura del plan de seguro son en última instancia responsabilidad del paciente. Desafortunadamente, si no nos informa de los requisitos especiales requeridos por su plan de seguro y ordenamos el servicio médicamente necesario, como trabajo de laboratorio, hospitalización o suministros que no están cubiertos por su plan; podemos facturarle directamente por esos cargos. Si la cobertura actual del seguro no se puede verificar antes de cada cita, el pago será debido en el momento del servicio.

Proporcionar la más alta calidad de atención médica para nuestro paciente es nuestra principal preocupación. Estamos más que dispuestos a proporcionar esa atención dentro de las pautas de su plan de seguro, siempre que sea posible. Con su cooperación usted debe ser capaz de recibir todos los beneficios de seguro que tiene derecho a, y vamos a ser capaces de centrar nuestros esfuerzos en el esfuerzo para proporcionarle una excelente atención médica.

El paciente (o tutor del paciente, si un menor) es responsable en última instancia del pago por su tratamiento y atención.

Por favor, inicial a continuación que ha leído y entiende la política financiera de nuestra oficina.

_____ (Inicial) Nos complace ayudarle facturando por nuestras Aseguradoras contratadas. Sin embargo, los pacientes están obligados a proporcionarnos la información más correcta y actualizada sobre su seguro, y serán responsables de cualquier cargo incurrido si la información proporcionada no es correcta o actualizada.

_____ (Inicial) Los pacientes son responsables de los pagos de copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro. El pago se debe en el momento del servicio, y para su comodidad, aceptamos efectivo, cheque y la mayoría de las principales tarjetas de crédito en nuestra oficina.

_____ (Inicial) Entiendo que mi contrato de seguro es entre mi compañía de seguros y yo. Es responsabilidad del paciente conocer y entender sus beneficios de seguro médico. Si mi seguro no ha pagado mi reclamo dentro de los 60 días para la fecha en que se facturó el seguro, seré responsable de los pagos. También acepto que soy responsable de cualquier cargo que mi compañía de seguros no cubra. Entiendo que no pagar mi cuenta o hacer arreglos financieros adecuados puede resultar en que mi cuenta sea colocada en un estado de morosidad. Si esto se hace necesario, acepto pagar todos los cargos de cobro, que incluyen pero no se limitan a los honorarios de cobro, honorarios judiciales, honorarios de abogados y cualquier otro cargo por el cobro del saldo de mi cuenta. Si su cuenta se envía a colecciones, existe la posibilidad de que usted pueda ser dado de alta de la práctica.

_____ (Inicial) Por favor, dé a nuestro personal de oficina al menos **24 horas'** aviso decancelación de su cita. Si no, habrá un cargo de \$25.00 por cancelaciones del mismo día o citas de no presentarse y un cargo de \$50 por cancelación o no una cita para mostrar si es un examen o procedimiento.

_____ (Inicial) También entiendo que si escribo un cheque que se devuelve por cualquier motivo, se me cobrará una tarifa.

Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria sobre mi diagnóstico y tratamiento con el fin de asegurar el pago de mi compañía de seguros; y por lo que el pago autorizado de los beneficios del seguro directamente al médico por cualquier servicio prestado que no son pagados directamente por mí.

Nombre impreso del paciente o parte responsable'

X _____
Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Sun Kim M.D.

5832 Beach Blvd Suite #213 Buena Park, CA 90621 Phone (714)752-6835 Fax (714)752-6842

Formulario de Consentimiento del Paciente de Cumplimiento de la HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted comprueba que con su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Usted tiene el derecho de restringir la forma en que se utiliza y divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, el pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene derecho a restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

Mensajes

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? SI / NO

RENUNCIA A LA INFORMACION

Autorizo la divulgación de información incluyendo el diagnóstico, registros, examen que se me ha prestado y reclama información. Esta información puede ser divulgada a:

Esposo/a: _____

Hijo/a: _____

Hijo/a: _____

Hijo/a: _____

Otro: _____

Este consentimiento fue firmado por:

Nombre del paciente (Imprima): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

