



INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____ Femenino Masculino

Direccion:(Calle) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Codigo Postal) _____

P.O. Box: _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Codigo Postal) _____

Telefono: _____ #Celular: _____ Correo Electronico(E-mail) : _____

Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a **Menor de edad** Guardian legal/Padres: _____

Empleo: _____ Ocupacion: _____ #Trabajo: _____

Numero de Licencia: _____ Estado: _____ Idioma Primario: _____

Raza : Africano/ Afroamericano Asiático Hawaiano / Isleño Pacifico Americano Nativo Caucásico Otra Raza

Etnia: Hispano o Latino No Hispano o No Latino Desconocido Negar

Información de Emergencia

Contacto de emergencia: _____ Relacion: _____

Telefono: _____ Tel Celular: _____ Tel Trabajo: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre de aseguranza: _____ # de Grupo : _____ #de I.D: _____

Nombre del Subscrito: _____ Fecha de nacimiento del subscrito: _____ Relación: _____

Numero de Seguro Social: _____ Empleador: _____

ASEGURANZA SECONDARIA

Nombre de aseguranza: _____ # de Grupo : _____ #de I.D: _____

Nombre del Subscrito: _____ Fecha de nacimiento del subscrito: _____ Relación: _____

Numero de Seguro Social: _____ Empleador: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR / AUTORIZACION / DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

Yo doy mi consentimiento a los doctores Dr. Ali A. Wahid y sus asistentes medicos que me den tratamiento en el oficina. (2) Los procedimientos Diagnosticos, (3) cirugia secundaria y tratamiento medico, (4) anestesia local dada a mi si necesario (5) recetas de medicinas. Entiendo que soy financieramente responsable de todo cargo para servicios rendidos a mi, inclusive el balance que queda despues que el seguro a pagado. Autorizo el pago de beneficios medicos para mi mismo a Dr. Ali A. Wahid y autorizo la liberacion de informacion medica necesaria para procesar este reclamo. Si yo soy paciente de medicare yo autorizo los pagos de Medicare ser pagoados a y/o Wahid Medical corporation y/o Dr. Ali A. Wahid. Acepto pagar la coleccion, los costos y los honorarios razoriabiles de abogado contraidos en procurer por reunir en algun balance sobresaliente en mi cuenta. Comprendo que hay cobros que solicitamos para citas, formas, y un deposito requerido una semana antes de cirugia menor hecho en la oficina.

Firma de Paciente

Fecha de Hoy

Firma de Padre o Guardian

Fecha de Hoy

Nombre De Paciente: _____

Sexo : M F

Fecha de Nacimiento: _____

Historia De Salud

Problemas Medicas: _____

Cirugias: Tipo de Cirugias Ano Lugar

Los medicamentos que se está tomando: **Farmacia:** _____

Alergias:	<input type="checkbox"/> Ninguna alergia conocida	Reacción:

Fecha de la última prueba de la tuberculosis: _____ Última vacuna del tétanos: _____ Ultima Colonoscopia: _____
 Fuma usted? _____ la frecuencia? _____ bebe alcohol? _____ la frecuencia? _____
 ¿Lo consideras un problema? _____ ¿Considera que su peso un problema? _____ ¿Cuál es su peso "ideal"? _____

Mujers: ¿Cuántos embarazos? _____ Abortos Involuntarios? _____ Abortos terapéuticos? _____
 Los niños que viven? _____ Último período menstrual comenzó el: _____ Primer período a qué edad? _____
 ¿Está usted usando un método anticonceptivo? _____ Ultimo Papanicolau ? _____ Normal? _____
 Ultimo Mammograma? _____ Normal? _____

Ninos: Peso al naser: _____ Altura: _____ Embarazo completo? _____
 problemas durante el embarazo : _____ Problemas Durante el parto o inmediatamente después: _____

<u>Historia de Familia:</u>	<u>Si o No</u>	<u>Familiar (madre, padre, etc)</u>
Diabetes	S N	_____
Cáncer de colon o pólipo	S N	_____
Otro typo de Cancer	S N	_____
Ataque al corazón / Carrera	S N	_____
Otros: _____	S N	_____

 Firma / Padre o Guardian

 Fecha de hoy



Dr. Ali Abdul Wahid M.D

Polisas de la Officina

- ❖ NO LLEGAR O HABLAR PARA CANCELAR SU SITA NO ES TOLERADO.
- ❖ NO LLEGAR O HABLAR A SU SITA DOS VESES O MAS USTED ESTARA DESPEDIDO DE NUESTRA OFFICINA. Se le dará 30 días para ser tratados por sólo atención de emergencia. Una vez que usted nos notifique de su nuevo médico los registros se pueden remitir al firmar una forma para pedir su registros.
- ❖ Requerimos aviso de cancelación de 24 horas. Nos reservamos el derecho de cobrar por citas canceladas o rotos, con 24 horas de anticipación
- ❖ Porfavor tenga en cuenta que tenemos 24 horas cámaras de vigilancia en nuestra oficina.

Consentimiento de Cobro

Entiendo que se me cobrará una cuota por el siguiente:

- ❖ Cita Perdidas
- ❖ Los cheques devueltos será responsable del paciente con cobro del cheque y \$20 dolares.
- ❖ Formas
- ❖ Depositos para cirujias menores, hechas en la officina , se debe pagar una semana antes de la cita.

Consentimiento

Consentimiento de Photo: Yo _____ doy permiso a la officina de Wahid
(Patient name / Minor name)
Medical a tomar una foto de mí misma/o por mis archivo médicos electrónicos.

Consentimiento de Correo Electronico: Yo _____ doy permiso a la
(Patient name / Minor name)
officina de Wahid Medical tener mi correo electrónico en el archivo para cualquier tipo de comunicación de correo electrónico.

Email Correo Electronico: _____

Al firmar este documento acepto :

- TODO**
- Polisas de la officina**
- Consentimiento De Cobro**
- Consentimiento de Photo/ Correo Electronico**

Firma de Paciente o Guardián: _____ **Fecha:** _____

Wahid Medical Corporation

Reconocimiento de Notificación De Práctica Privacidad

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Imprinta Nombre)

Yo doy reconocimiento que recibí una copia de la práctica privacidad. Tóme la oportunidad de leer y considerar los reconocimientos de la práctica privacidad.

Firma de Paciente o Guardián: _____ **Fecha:** _____

Información de Salud Protegida

Según los requisitos de la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA) y la ley de California Portabilidad Información de salud y, la práctica no puede usar o revelar su información de salud, salvo lo dispuesto en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad sin su permiso. El llenado de este formulario significa que usted nos está dando permiso para que los usos y exposición que se describen a continuación. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a Wahid Medical por escrito. Usted tiene derecho a una copia de esta autorización. Por favor revise y complete esta forma cuidadosamente. Puede ser válido si no está completamente terminado.

Autorizar Acceso de Salud:

Por favor de escribir los autorizados a revelar información sobre su salud:

(Nombre) (Relación con el paciente) (Numero De Telefono)

(Nombre) (Relación con el paciente) (Numero De Telefono)

(Nombre) (Relación con el paciente) (Numero De Telefono)

Estoy de acuerdo Wahid Medical Corporation puede revelar información de salud autorizada, a las personas que aparece arriba.
_____ Inicial _____ Fecha

Yo no quiero que nadie acceso a la información de mi salud.
_____ Inicial _____ Fecha

Directiva Por Anticipado De La Atención De La Salud

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Imprinta Nombre)

Yo doy reconocimiento que recibí una copia de la Directiva por anticipado de la atención de la salud.

Firma de Paciente o Guardián: _____ **Fecha:** _____

Paciente es menor de edad no es necesario Directiva Por Anticipado De La Atención de la Salud.