

Nuevo Registro

EIN 20-1505116

Actualizar

ARIZONA ASSOCIATED SURGEONS, PLLC

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Charles E. Castillo, MD | <input type="checkbox"/> Richard J. Harding, MD | <input type="checkbox"/> Shelly Fitzpatrick, NP, CRNFA | <input type="checkbox"/> Brett I. Siegrist, MD |
| <input type="checkbox"/> William R. Friese, MD | <input type="checkbox"/> David C. Johnson, MD | <input type="checkbox"/> Edward H. Charles, MD | <input type="checkbox"/> Douglas J. Carlon, MD |
| <input type="checkbox"/> Ravia B. Bokhari, MD | <input type="checkbox"/> Sandra B. Gladding, MD | <input type="checkbox"/> Jon A. King, MD | |
| <input type="checkbox"/> Adrienne W. Forstner-Barthell, M.D. | <input type="checkbox"/> Keith G. Zacher, MD | <input type="checkbox"/> Jeromy S. Brink, MD | |

Información del paciente

Apellido	Segundo Nombre	Primer Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	No. De seguro Social
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Sexo <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
Telefono (Casa) #	Telefono(Trabajo)#	Telefono (Celular) #	MARRIED STATUS: <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> sola <input type="checkbox"/> viuda <input type="checkbox"/> divorciada <input type="checkbox"/> Otro		
Nombre del Cónyuge			Esposo de la fecha de nacimiento		
Refiriéndose Nombre del médico y dirección y código postal			Doctor de su referencia Teléfono		

Información de la Persona Responsable

Apellido	Segundo Nombre	Nombre	Telefono (casa)
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador	Ocupación	Telefono (Trabajo)	
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código Postal
Relación con el Responsable			<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> otro

Los pacientes la información de empleo (Si no es el responsable)

Empleador del Paciente	Ocupación	Trabajos relacionados <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dirección del empleador		Reclamo # para la compensación a trabajadores
Ciudad	Estado	Código Postal
		Fecha de la lesión

Información de Emergencia

Contacto de Emergencia otro entonces cónyuge			Relación
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
			Telefono

Información de Seguros Suscriptor Parte información

Primaria de Seguros	Nombre del suscriptor y la seguridad social	Fecha de nacimiento
Número de grupo	Número de Identificación	
Dirección	Ciudad	Estado
Secundaria de Seguros	Nombre del suscriptor y Seguridad Social	Fecha de Nacimiento
Número de grupo	Número de identificación	
Dirección	Ciudad	Estado
		Código Postal
		Teléfono

Asignación de Beneficios y divulgación de los expedientes

Asignación de Beneficios
Entiendo que soy financieramente responsable por los servicios prestados, independientemente del seguro o el pagador de un tercero. Saldos pendientes de pago sujetos a las tarifas de recogida de 30%, así como los honorarios legales si procede. Además, yo entiendo que puedo ser financieramente responsable de un cargo por cancelación de la cirugía hasta \$150, en caso de que no pueden cancelar o reprogramar por lo menos 24 horas de antelación

Por la presente autorizo el pago directo Arizona asociada Cirujanos PLLC de los beneficios médicos a pagar a mí por los servicios prestados en Arizona Cirujanos Asociados. También entiendo que si mi seguro de los planes requieren una autorización de referencia para mis citas, es mi responsabilidad para obtener una remisión antes de la cita. Yo seré responsable por el saldo no pagado por ninguna de las cuentas si no se hace esto.

X
Firma del paciente o Firma del Padre o Tutor Fecha

Los registros de lanzamiento

Por la presente autorizo .Arizona asociada Cirujanos PLLC para divulgar mis archivos a mi compañía de seguros y / o médico de atención primaria con fin de procesar mi reclamo de seguro. Esta autorización se mantendrá vigente siempre y cuando los cargos son presentados para su reclamo de seguro.

X
Firma del paciente o Firma del Padre o Tutor Fecha

INFORMATION CONFIRMED BY STAFF: _____

INSURANCE CARD SCANNED: _____

Nombre: _____

Operaciones previas: (especifique el motivo y las fechas)

Operaciones	Fechas y motivo

Historial Medico:

Historial		Historial		Historial	
COPD	Si o No	Convulsiones	Si o No	Historia de apoplejia	Si o No
fibrilación auricular	Si o No	Diabetes	Si o No	Hepatitis	Si o No
Enfermedad del rinon	Si o No	Enfermedad del hígado	Si o No	HIV	Si o No
Historia de ataque al corazon	Si o No	Enfermedad de tiroides	Si o No	Depresion	Si o No
Alta presion sanguinea	Si o No	Asma	Si o No	Ansiedad	Si o No
Artritis	Si o No	Otros asuntos			

Además, responda lo siguiente:

Has tenido un ataque al corazón? Cuando? Cardiólogo?	
Tiene o ha sido diagnosticado con apnea del sueño? Usas una máquina CPAP?	
Tiene trastornos hemorrágicos o tendencias hemorrágicas?	
Tiene antecedentes de coagulación sanguínea anormal?	

Medicamentos

Nombre de prescripcion	Cantidad

Además, responda lo siguiente:

¿Usan Comodín, Aspirin o anticoagulantes?	
Has usado esteroides en el último año?	

Fecha _____

Nombre _____

Doctor Primario _____

Antecedents Medicos y Quirúrgicos

Por favor circule si o no a lo siguiente:

Tiene dolor anal?	Si o No	Cuánto tiempo has tenido esto? Es constante? Viene y va? Peor con las deposiciones? Cuánto dura?
Tiene sangrado por el ano?	Si o No	Rojo brillante? Rojo oscuro? Negro?
Protrusion del recto?	Si o No	
Inflamacion del recto?	Si o No	
Comezon en el ano y recto?	Si o No	
Hemorroides?	Si o No	¿Qué problemas te causan tus hemorroides?
Tiene secrecion del recto?	Si o No	
Tienes el uso de medicamentos en la zona anal?	Si o No	Que medicamentos?
Tiene problemas para mantener su intestino?	Si o No	El problema incluye heces sólidas, heces líquidas y / o gases? Eres capaz de sostener un enema? Con qué frecuencia ocurre el problema?
Tiene escurrimiento?	Si o No	Con qué frecuencia?
Ha cambiado sus habitos intestinalis recientemente?	Si o No	¿Cómo han cambiado?
Sufre de estrenimiento?	Si o No	Cuántas BM por semana? Necesitas enemas? Con qué frecuencia? Requiere laxantes? Con qué frecuencia? Cuáles?
Tiene alguna historia de enfermedades de transmission sexual?	Si o No	Cuáles? Cuándo?
Tiene dolor abdominal?	Si o No	Dónde está localizado el dolor? Cuánto tiempo ha estado allí el dolor?

Cuando fue su última colonoscopia?

Fecha: _____

Alguna vez ha tenido una sigmoidoscopia flexible ?

Fecha: _____

Allergias (Medicamentos, etc)

Nombre: _____

Medicamento	Tipo de reacción (urticaria, sarpullido, problemas para respirar)

Historia social y hábitos

Lugar de nacimiento? _____

Ocupacion? _____

Actualmente casado o una relación seria? Si o No Casado Soltero Divorciado Viudo

Por favor marque Sí o No para lo siguiente. Si es así, brinde detalles.

Fuma tabaco ahora o tiene recientemente renunciaste?	Si o No	Cuánto por día? Cuántos años? Cuándo renunciaste?
Bebes alcohol?	Si o No	
Bebe bebidas con cafeína?	Si o No	
Usas drogas "ilegales"?	Si o No	
Orientación sexual (por favor circule)	Heterosexual Homosexual Bisexual Asexual	

Historia Familiar

	Polipos de Colon	Cancer de Colon	Colitis Ulcerosa Enfermedad De Crohn	Otros Canceres (Pecho, Ovario, gastrico, ect)
Tu				
Madre				
Padre				
Hermana (s)				
Hermano (s)				
Hija (s)				
Hijo (s)				

Please indicate Father's or Mother's side of the family:

	Polipos de Colon	Cancer de Colon	Colitis Ulcerosa Enfermedad De Crohn	Otros Canceres (Pecho, Ovario, gastrico, ect)
Abuela	F M	F M	F M	
Abuelo	F M	F M	F M	
Tía (s)	F M	F M	F M	
Tío (s)	F M	F M	F M	
Primo (s)	F M	F M	F M	

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Revisión de sistemas: Marque con un círculo los elementos relacionados con su salud

Constitucional

Perdida de peso Fatiga Fiebre

Piel

Erupcion/ llagas Lesion Comezon
Ardor

Oido, Nariz, Garganta, Ojos

Zumbido en los oidos Vertigo Perdida de la audicion
Lentes/ Contactos dolor de ojo Dolor doble
Glaucoma Cataratas Fiebre de heno
colmenas / eccema HIV/AIDS

Respiratorias

Falta de aliento Tos con sangre Sibilancias
Asthma Escalofrios

Cardiovasculares

Dolor en el pecho Palpitaciones Hipertension
Desmayos Inflamacion de tobillos Otros

Gastrointestinales

Acidez Nauseas/Vomitos Dificultad para deglutir
Ictericia

Genitourinario

Dolor de orinar Ardiente Frecuencia
Dificultad para urinar Sangre en la Orina La descarga anormal
Enfermedades de transmission sexual

Mujeres:

Flujo vaginal #Embarazos _____
#Nacidos _____ #Abortos Involuntarios _____
#Parto vaginal _____ #Cesarea _____
Ultima prueba de papanicolao _____

Trastornos musculoesqueleticos

Arthritis Claudicacion

Neurologicos

Convulsiones debilidad/paralisis entumecimiento
Perdida de memoria

Psiquiatricos

Dificultad para dormir Ansiedad Depresion
Cambios de humor

Endocrino

La perdida de pelo Calefaccion/ intolerancia al frio El cambio en las unas
Diabetes Problemas de tiroides

Hematologicas

moretones con facilidad las encías sangran fácilmente glándulas agrandadas
sangrado prolongado