



SECCION 1

Ha viajado usted fuera de los Estados Unidos de America o a alguna zona con casos confirmados de coronavirus en los ultimos 14 dias?

Sí _____ No _____

Ha estado usted en estrecho contacto con alguien que se sabe que tiene Coronavirus o que ha viajado a alguna zona con casos confirmados del Coronavirus en los ultimos 14 dias?

Sí _____ No _____

SECTION TWO

Usted tiene alguno de los siguientes sintomas?

Fiebre > 100.4 °F (38°C)

Tos

Dificultad para respirar

Sí _____ No _____



Staff Use Only: PID# _____ Scanned by (initials): _____
Patient Arrival Time: _____ AM / PM

FECHA: ___/___/___

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Información del paciente ¿Necesita ayuda con los formularios? Sí _____ No _____	Idioma preferido: Inglés _____ Español _____ Otro _____
---	---

Nombre: (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____ (Inicial Del Segundo Nombre) _____ (Sufijo) _____

Menor: Sí ___ No ___	Fecha de nacimiento: _____	Seguro Social: _____	Sexo: M ___ F ___
-----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	--------------------------

Dirección: _____	N.º de Apto. _____	Ciudad: _____
-------------------------	---------------------------	----------------------

Estado: _____	Código postal: _____	País: _____	Teléfono casa: _____	Teléfono celular: _____
----------------------	-----------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------------

Mejor forma de contacto: Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____	¿Podemos dejar un mensaje detallado? Sí ___ No ___
--	--

Médico de atención primaria: (Nombre) _____	Teléfono: _____	Ciudad: _____
--	------------------------	----------------------

Farmacia preferida: (Nombre) _____	Lugar: _____	Teléfono: _____
---	---------------------	------------------------

Contacto de emergencia: (Nombre) _____	Teléfono: _____	Relación: _____
---	------------------------	------------------------

Garante: ¿su dirección es la misma que la del paciente/menor?: Sí ___ No ___
Si la respuesta es **no**, dé la información de abajo:

Nombre del garante: _____	Fecha de nacimiento del garante: ___/___/___
----------------------------------	---

Dirección: _____	N.º de apto.: _____	Ciudad: _____
-------------------------	----------------------------	----------------------

Estado: _____	Código postal: _____	País: _____	Teléfono de casa: _____	Teléfono celular: _____
----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------------------------	--------------------------------

¿Cómo se enteró de nuestra Clínica de atención de urgencias?
Al pasar conduciendo ___ Internet ___ Valla publicitaria ___ Radio ___ Amigo/ Familiar ___

Raza:
Indio americano/nativo de Alaska ___ Asiático ___ Negro o afroamericano ___ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ___ Blanco ___

Origen étnico: Hispano o latino ___ No hispano ni latino ___

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR EL EXPEDIENTE MÉDICO (A UN MÉDICO O FAMILIAR)

___ **Autorización del paciente para revelar el expediente médico:** Autorizo al custodio de los expedientes u otra persona/entidad (describa específicamente) a revelar/autorizar el uso de la siguiente información* (marque todas las que correspondan) .

Todo el expediente ___ Registros de facturación ___ Otro: _____

Nota: Si el expediente contiene información de proveedores anteriores o información sobre el estado del VIH/SIDA, diagnóstico de cáncer, abuso de drogas/alcohol o enfermedades de transmisión sexual, por la presente usted autoriza la revelación de esa información.

Para (Nombre): _____ **Relación:** _____

Firma del paciente (o tutor): _____ **Fecha:** ___/___/___

___ Asegurado ___ Pago por cuenta propia (FFS)	Nombre del suscriptor del seguro principal: _____	Nombre del suscriptor del seguro secundario: _____
	Nombre del seguro primario _____	Nombre del seguro secundario: _____
	Fecha de nacimiento: ___/___/___ Relación: _____	Fecha de nacimiento: ___/___/___ Relación: _____

___ Auto	Nombre del asegurado: _____	Teléfono: _____	Accidente/N.º de reclamo: _____
-----------------	------------------------------------	------------------------	--

___ Relacionado con el trabajo	Nombre de la compañía: _____ DER (Representante de la compañía): _____
	Company Phone Number: _____ Email: _____



RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, COBERTURA DEL TRATAMIENTO Y COMUNICACIÓN

ESCRIBA SUS INICIALES Y FIRME PARA SELECCIONAR SU MÉTODO ACTUAL DE COBERTURA.

CONSULTA DEL PACIENTE CON PAGO POR CUENTA PROPIA (FFS)

Con mi firma abajo, reconozco que me informaron de mi responsabilidad de pagar los servicios o suministros profesionales que me prestó hoy Total Point Urgent Care.

Entiendo que los costos deben pagarse antes de la prestación de dichos servicios a través de sus representantes autorizados. También reconozco y entiendo completamente que los servicios que recibí hoy no los facturarán a ninguna aseguradora si lo pido. También entiendo que los servicios de hoy se prestarán a una tarifa con descuento y renuncio a cualquier derecho que pueda tener para pedir que Total Point Urgent Care intente facturar a una aseguradora por los servicios. Además, reconozco que si elijo enviar un recibo detallado a cualquier aseguradora para la evaluación del reembolso parcial o total de los servicios, Total Point Urgent Care está exento de cualquier disputa posterior con respecto al reembolso, pero conserva la opción de enviar los servicios para pago de acuerdo con las tarifas de seguro sin descuento y las directrices por mutuo acuerdo de las partes cuando se haya dado la información de seguro adecuada a Total Point Urgent Care.

CONSULTA DEL PACIENTE CON SEGURO MÉDICO

Pido que el pago de los beneficios del seguro autorizado, incluyendo Medicare, se haga en mi nombre por los servicios o suministros profesionales que Total PPoint Urgent Care me proporcione. Reconozco que di la información de mi seguro hoy y autorizo que Total Point Urgent Care, mi aseguradora u otra entidad, si se requiere, revele cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por servicios o suministros profesionales relacionados, con el fin de garantizar el pago de mis beneficios. Entiendo que soy responsable económicamente ante Total Point Urgent Care de los cargos no cubiertos por los beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad informar a "TPUC" de cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la aseguradora reciba el reclamo. Entiendo que soy responsable de la factura completa, incluyendo cualquier saldo no pagado de los servicios o suministros profesionales según lo determine Total Point Urgent Care Clinic o mi aseguradora de atención médica, en caso de que el reclamo presentado o cualquier parte del reclamo sea rechazado para pago o se aplique a mis limitaciones de copago, deducible o cobertura.

ESCRIBA SUS INICIALES Y FIRME PARA RECONOCER Y DAR SU CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO, EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y LA POLÍTICA DE PAGO.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Me presento voluntariamente para recibir tratamiento y doy mi consentimiento para que mi proveedor de Total Point Urgent Care Clinic me preste atención médica. Dicho cuidado puede incluir, entre otros, procedimientos de diagnóstico, radiografías, extracciones de sangre, análisis de laboratorio, administración de medicamentos y otros procedimientos que se consideren aconsejables en mi diagnóstico, tratamiento y atención médica.

Reconozco que mi tratamiento tiene como objetivo tratar enfermedades o lesiones episódicas específicas y no sustituye a un médico de atención primaria u otro médico especializado y que no pueden garantizar ni me dieron ninguna garantía sobre los resultados de los tratamientos o exámenes en Total Point Urgent Care.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Con mi firma en este documento, reconozco que revisé el Aviso de prácticas de privacidad de Total Point Urgent Care, con una copia disponible si se requiere, según lo exige la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA) para garantizar que me informaron mis derechos de privacidad.

POLÍTICA DE PAGO DEL CONSULTORIO

Es nuestra política exigir que todos los copagos se hagan en el momento del servicio. En caso de que el saldo no se pague según lo acordado, el que suscribe acepta pagar todos los costos cobrados por la compañía de cobros y los honorarios razonables del abogado.

Entiendo que con mi firma en este formulario acepto la responsabilidad económica total, como se explicó arriba, de todos los servicios y suministros profesionales recibidos. Entiendo que esta autorización original la archivará "TPUC" y no vencerá a menos que yo dé un aviso por escrito.

Nombre de la persona que firma abajo (en letra de molde):

Firma del paciente o tutor:

Fecha de hoy (consulta): _____/_____/_____

Relación con el asegurado:

Yo ___ Cónyuge ___ Dependiente ___ Otro ___

Relación con el paciente:

Yo ___ Cónyuge ___ Dependiente ___ Otro ___



RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SEGÚN HIPAA

TOTAL POINT URGENT CARE

Entiendo que según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos ("HIPAA") de 1996, tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esa información puede y será usada para:

- Hacer, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores
- Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications.

Recibí, leí y comprendo el Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de la información médica. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar el Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento en la dirección arriba mencionada para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo pedir por escrito que restrinjan la manera en la que se usa o revela mi información privada para hacer tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no están obligados a aceptar las restricciones que pida, pero si aceptan, están obligados a cumplir dichas restricciones.

Firma del paciente autorizado: _____

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Fecha de la firma del paciente: ____/____/____

Relación con el paciente: Yo ___ Cónyuge ___ Dependiente ___ Otro ___

FOR OFFICE USE ONLY IF PATIENT DOES NOT SIGN ABOVE

I attempted to obtain the patients signature in acknowledgement on this **Notice of Privacy Practices** Acknowledgement but was unable to do so as documented below.

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please specify): _____

Signature of Administrative Assistant: _____

Date Signed by Administrative Assistant: ____/____/____



Díganos cuál es el motivo de su consulta hoy:

¿Cuándo empezó a molestarle? ____/____/____ (fecha de inicio)

¿Se lesionó? No ___ Sí ___ En el trabajo ___ Accidente de automóvil ___ En casa ___ Otro: _____

Después, revise los síntomas de abajo y marque los círculos junto a cualquier **síntoma relacionado con su consulta de hoy**. Si un área es normal o no está relacionada con la consulta de hoy, no marque el círculo.

GENERAL	___ Dolor: _____ (lugar) Fiebre ___ Escalofríos ___ Fatiga ___ Debilidad ___ Cambios de peso inusuales ___
OJOS	Sensación de tener algo en el ojo ___ Enrojecimiento ___ Sequedad ___ Problemas de la vista (visión borrosa, pérdida de la vista) ___ Lagrimeo excesivo ___ Sensación de picazón ___ Usa anteojos/ lentes de contactos ___
OÍDOS	Zumbido en los oídos ___ Pérdida de la audición ___
NARIZ	Sangrado de nariz ___ Dolor de los seno s paranasales ___ Goteo nasal ___
BOCA/GARGANTA	Tumor en la boca ___ Ronquera ___ Manchas blancas ___ Dolor de lengua ___ Dolor ___ Dolor de muelas ___ Dificultad al tragar ___ Hinchazón ___
CORAZÓN Y CIRCULACIÓN	Dolor de pecho ___ Rigidez ___ Presión ___ Debilidad ___ Aturdido ___ Latidos acelerados ___ Latidos lentos ___ Palpitaciones ___
PULMONES	Falta de aire ___ Tos ___ Silinbancia ___ Roncar ___ Apnea ___
ESTÓMAGO/ INTESTINOS	Náuseas ___ vómitos ___ Sangrado en el recto: ___ Indigestión ___ Gases ___ Intolerancia a comidas ___ Calambres ___ Diarrea ___ Estreñimiento ___ Hinchazón ___
GENITALES	Llagas ___ Secreción ___ Sangrado ___ Dolor ___ Hinchazón ___ Período anormal/ último período: _____
URINARIO	Orinar con frecuencia ___ Dolor al orinar ___ Pérdida de control de la orina/ orinarse ___ Sangre en la orina (orina descolorida) ___
MÚSCULOS/ ARTICULACIONES Y HUESOS	Rigidez articular ___ Dolor _____ (lugar) Dolor muscular ___ Calambres _____ (lugar)
PIEL	Herida/ llaga: _____ (lugar) Sarpullido _____ (lugar) Sequedad ___ Picazón ___
SANGRE/ LINFÁTICO	Fácil aparición de moretones ___ Sangra confacilidad ___
ALERGIAS	Alergias estacionales ___ Urticaria ___ Ronchas ___ Otros _____
SISTEMA NERVIOSO	Traumatismo craneoencefálico reciente ___ Mareo/ vértigo ___ Problemas del habla ___ Pérdida de la memoria ___ Desmayo ___ Pérdida de la consciencia ___ Convulsiones ___ Parálisis repentina ___ Dolores de cabeza ___ Falta de equilibrio ___ Hormigueo ___ Pérdida de coordinación ___ Entumecimiento ___ Debilidad ___
PSICOLÓGICO	Depresión ___ Pérdida de interés ___ Nerviosismo ___ Ansiedad ___
HORMONAS	Intolerancia al calor ___ Intolerancia al frío ___ Sudores nocturnos ___ Aumento de la sed ___ Hambre ___

Nombre del paciente: _____

Proveedor de atención primaria: _____

Firma del paciente: _____

Fecha de hoy: ____/____/____ (Fecha de la consulta)

Fecha de nacimiento del paciente: _____

FOR CLINIC USE ONLY

Clinic Use Only: Provider Name: _____

BP: _____ LMP: _____ TEMP: _____ PAIN LEVEL: _____

Clinic Use Only: Provider Signature: _____

O2: _____ WEIGHT: _____ HR: _____

Clinic Use Only: Date: ____/____/____



ALERGIAS

Ninguna ___ Soy alérgico al latex ___ Soy alérgico a las curitas ___

___ Sí, alergias a medicamentos: _____

___ Sí, otras alergias: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES (incluyen anticonceptivos, vitaminas, suplementos, hierbas, de venta libre y recetas)

Nombre y dosis del medicamento: _____

Farmacia preferida: _____

HISTORIA MÉDICA PASADA ((por ejemplo, cáncer, diabetes, presión arterial alta, depresión, operación)

Condiciones médicas: _____ Ninguno ___

Operaciones: _____ Ninguno ___

Accidentes graves: _____ Ninguno ___

Otro: _____

HISTORIA FAMILIAR Mencione cualquier enfermedad que tenga su familia inmediata. Mencione el familiar y la enfermedad.

Familiar: _____ **Enfermedades:** _____

Familiar: _____ **Enfermedades:** _____

Familiar: _____ **Enfermedades:** _____

Ninguna ___ Adoptado ___

¿EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE ESTÉ EMBARAZADA? Sí ___ No ___

¿TIENE UN MARCAPASOS? Sí ___ No ___

LE HA MOLESTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

Te sientes deprimido, deprimido o sin esperanza?	Sí ___ No ___
Te sientes cansado o tienes poca energía?	Sí ___ No ___
Te han dicho que roncas en voz alta?	Sí ___ No ___
Experimenta alguno de los siguientes:	Mareos: Sí ___ No ___ Ansiedad: Sí ___ No ___
Le han diagnosticado ADD/ADHD?	Sí ___ No ___
Siente sensación de hormigueo dolor o ardor en la mano / pies?	Sí ___ No ___
Fuma o usa tabaco?	Sí ___ No ___
Consumes alcohol?	Sí ___ No ___

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento del paciente:** ____/____/____



HOJA DE CÁLCULO ECONÓMICO

Forma de pago:

Efectivo _____ Tarjeta de crédito _____ Ninguno _____

Cantidad total cobrada: \$ _____

Adjunte copia del cheque/recibo de tarjeta de crédito/recibo de efectivo y fotocopia de la siguiente tabla:

Nombre del asistente administrativo: (En letra de molde): _____