



# Purushotham & Akther Kotha MD., Inc.

Cardiology & Rheumatology

## FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Por favor complete toda la información a continuación y no deje ningun espacio en blanco.

### INFORMACION DE PACIENTE

Apellido : \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Movil : \_\_\_\_\_ Compañía: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F

Raza: \_\_\_\_\_ Estado Civil: C / D / V / S SSN: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

### REFERENCIA DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL MEDICO PRIMARIO

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### FARMACIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA PAGAR:** Por la presente autorizo el pago directamente a la oficina comercial de este médico / clínica por los beneficios quirúrgicos o médicos, si los hubiera, que de otra manera me pagarían por el servicio. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Purushotham & Akther & Roshan Kotha MD, Inc.

8860 Center Drive Suite #400  
La Mesa, CA. 91942

## Akther Kotha M.D

Diplomate American Board of Internal Medicine

Diplomate Subspecialty of Rheumatology

## Kimberly D. Lee NP-C

American Academy Of Nurse Practitioners

Rheumatology Nurse Society

## Roshan Kotha M.D

Diplomate American Board of Internal Medicine

Diplomate Subspecialty of Rheumatology

## Historia del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Historia personal

Alergias a Medicacion: \_\_\_\_\_

Esta siendo tratado ahora o ha sido tratado por alguna enfermedad? **Por Favor, liste enumerarlos y la fecha aproximadamente de inicio.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Todas las cirugias, asi como las lesiones, fracturas importantes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque Por favor ? Circulo o todo que usted tiene o tenia?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Alta Pression      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazon   | <input type="checkbox"/> Poblemas del Rinon | <input type="checkbox"/> Cataratas/Gloucoma     |
| <input type="checkbox"/> Poblemas Del Igado      | <input type="checkbox"/> Tuberculosis       | <input type="checkbox"/> Hepatitis              |
| <input type="checkbox"/> Cancer/ Tipo            | <input type="checkbox"/> Ataque del Corazon | <input type="checkbox"/> Convulsione            |
| <input type="checkbox"/> Infecciones Reccurentes | <input type="checkbox"/> Coagulos de Sangre |   |

Tiene O atendido Problemas con ?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso involuntaria        | <input type="checkbox"/> Glandulas Hinchadas       | <input type="checkbox"/> Psoriasis                     |
| <input type="checkbox"/> "Butterfly Rash"                    | <input type="checkbox"/> Ojos Secos                | <input type="checkbox"/> Dolor Chronico                |
| <input type="checkbox"/> Boca Seca                           | <input type="checkbox"/> Ulceras Orales            | <input type="checkbox"/> Ulceras Orales                |
| <input type="checkbox"/> Hinchado de articulaciones          | <input type="checkbox"/> Dolor Chronico de espalda | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho                |
| <input type="checkbox"/> Dedos de mano o pies Frios y Azules | <input type="checkbox"/> Problemas Respirando      |  |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis Recurrentes               | <input type="checkbox"/> Agruras/ ulceras          | <input type="checkbox"/> Dolor chronico del estomago   |
| <input type="checkbox"/> Piernas Inchadas                    | <input type="checkbox"/> Ansiedad                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad Ocular Importatnte |
| <input type="checkbox"/> Tranfusión de sangre                | <input type="checkbox"/> Enfernead de Crohn's      | <input type="checkbox"/> Celulas Blancas bajas         |
| <input type="checkbox"/> Plaquetas bajas                     | <input type="checkbox"/> Dolor chronico de cabeza  | <input type="checkbox"/> Depression                    |

# Historia Familiar

Marque si alguno de los parientes de sangre tienen o antenido alguno de los siguientes y si es así? Quien?( **Padre, Madre, Hermanos(a) Hijo(a)**)

- Cancer que tipo \_\_\_\_\_
- Arthritis Reumatoid \_\_\_\_\_
- Diabetes \_\_\_\_\_
- Lupus \_\_\_\_\_
- Alta Pression \_\_\_\_\_
- Sjogren's Disease \_\_\_\_\_
- Problemas de Corazon Otro Tedijo Conectivo? Autoinmunidad \_\_\_\_\_
- Psoriasis/ Arthritis Psoriasica \_\_\_\_\_
- Arthritis Degenerativa \_\_\_\_\_
- Ataque de Corazon \_\_\_\_\_

**Alguna Vez ha tenido Rayos X, MRI, O Escanes por favor enumere.**

---

---

Toma Alcohol? cuanto/ cada cuanto? \_\_\_\_\_

Usa Drogas/ O a Uusado Drogas? \_\_\_\_\_

**Marque uno**       Nunca fumo       Pare De Fumar       Fumo

## **Mujeres**

Ultimo Periodo Menstrual \_\_\_\_\_

Tiene alguna forma de Birth Control \_\_\_\_\_

## **Embarazon**

Numero de Embarazos Totales \_\_\_\_\_

Perdido a Cuantas semanas \_\_\_\_\_

**Medico Primario:** \_\_\_\_\_

**Reumatologo Anterior:** \_\_\_\_\_

# Purushotham & Akther Kotha MD., Inc.

## Plan de participación del paciente

Bienvenido a nuestra clínica.

### **Programe la visita con mi doctor para los exámenes de rutina y otra prueba diagnóstica recomendada.**

Entiendo que mi médico me explique cuál recomendó el diagnóstico precautorio es apropiado para mi edad, género, y la historia de la persona y de la familia. **Estas pruebas de diagnóstico son pruebas que pueden ayudar a tratar y / o prevenir enfermedades y condiciones.** Si visito a mi doctor solamente para el tratamiento de problemas inmunitarios Y se olvidan de arreglar para regular de seguimiento de rutina. Me pongo en riesgo de dejar que los problemas de salud graves pasen desapercibidos. Voy a programar visitas regulares con mis médicos para completar mi prueba de diagnóstico y para discutir estas pruebas de diagnóstico.

### **Mantenga las citas de seguimiento y re programe las citas perdidas**

Entiendo que mi médico querrá saber si mi estado progresa después de que salga de la oficina. Regresar a mi médico a tiempo le da la oportunidad de verificar mi condición y respuesta al tratamiento. Durante un estudio de seguimiento. Mi doctor podría ordenar la prueba. Revisar la prueba anterior, referirme a especialista, recetar medicamentos, o incluso descubrir y tratar una condición de salud grave.

**NOTA: el médico sólo llamará entre las citas si la prueba es de atención médica urgente. De lo contrario, se discutirá la prueba durante la cita de seguimiento.**

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

### **Política de no mostrar**

**Podemos entender en circunstancias pueden surgir que no le permiten mantener su cita. Sin embargo, le pedimos que demuestre su consideración notificando a la oficina por lo menos 24 horas por adelantado**

**Habrà una cuota de \$ 35 por cada cita PERDIDA.**

**1ª cita perdida: un miembro del personal le llamará al número que tenemos en su expediente, Y usará esta pilocía como un recordatorio.**

**2a falta de cita: "No Show" \$ 35 se cobrará. Su seguro no cubre este cargo. Iniciales del paciente \_\_\_\_\_**

Entiendo que su especialidad no es el manejo del dolor y sólo se especializan en enfermedades inflamatorias y autoinmunes, por lo tanto, NO prescriben narcóticos / sustancias controladas.

Iniciales del Paciente \_\_\_\_\_

**Gracias por tu colaboración. Como nuestro paciente usted tiene el derecho de ser informado sobre su salud.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctora

## **Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud para tratamiento, pago o operaciones de atención médica.**

**Nombre De Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Seguro Social:** \_\_\_\_\_

Entiendo que parte de mi atención médica, esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de las pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier otro plan para el cuidado futuro del tratamiento

**Entiendo que esta información sirve como:**

- Una planificación básica de mi cuidado y tratamiento.
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado .
- Una fuente de información aplicando mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.
- Un medio por el cual un pagador tri-partido puede verificar que el servicio facturado realmente se proporcionó.
- Una herramienta para las opciones rutinarias de la atención sanitaria tales como calidad de la calidad del asessing y revisión de la competencia de los profesionales del healthcae.

**Entiendo que tengo el derecho**

- Para objetar el uso de mi información de salud para fines de directorio.
- Para solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud puede ser usada o revelada para dar tratamiento, pagos o operaciones de cuidado de la salud- y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas.
- Revocar este consentimiento en escritura, excepto en la medida en que la organización ya haya adoptado una acción en su dependencia.

**Solicito las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información médica.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I Reconozco que he recibido una copia de la notificación de práctica de privacidad de la organización para información de salud protegida (PHI) bajo HIPPA .

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Firma del representate: \_\_\_\_\_

Descripcion de la autoridad del representante personal para actuar para el paciente

**Office Use Only:**

**Accept**

**Denied**

**Title** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_