

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 atenido 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 _____