

**Patient Information: (please print)**

Name: \_\_\_\_\_  
Last First MI

Street Address: \_\_\_\_\_  
Address Apt. # City State Zip

Home Phone #: \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_ Preferred Method Contact: Home: \_\_\_ Cell \_\_\_ Email \_\_\_

Sex: Male \_\_\_ Female \_\_\_ other \_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Employment Status: FT \_\_\_ Part time \_\_\_ Self Employed \_\_\_ Homemaker \_\_\_ Student \_\_\_ Disabled \_\_\_ Retired \_\_\_ Unemployed \_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Employer Address: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Marital Status: S \_\_\_ M \_\_\_ W \_\_\_ D \_\_\_ Engaged \_\_\_ How did you hear about us? \_\_\_\_\_

Spouse Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Emergency Contact Information:**

Name: \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Relationship: Spouse \_\_\_ Partner \_\_\_ Friend \_\_\_ Parent \_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

I authorize that the above person can be contacted about my care. Yes \_\_\_ No \_\_\_

**Pharmacy:** \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Referring Physician: \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

I authorize the use of this form for all insurance submissions and permit a copy to be used. I authorize the provider to act as my agent to obtain insurance payment. Co-payments, deductibles, and co-insurance will be collected according with the health insurance companies. Uninsured patients will be given a discounted cash price. Payment is due at the time of service. Appointments should be cancelled at least 4 hours in advance or fees will be assessed. New patient cancellations-\$35 and established patients-\$20. Return checks fee-\$35 and miscellaneous paperwork completion such as FMLA, Disability-\$25.

Health Insurance Non-Payment: Services that are partially paid by your insurance carrier or that have been deemed as the patient responsibility will be billed to you. Should you need special arrangements, please call the office.

By signing below, I certify that I have read the above information and it is correct. Any questions concerning the above information have been discussed. My signature also certifies my understanding and agreement with the above information.

Patient or Patient's Representative Signature:	
Date:	
Patient or Patient's Representative Printed Name:	
Relationship to Patient:	

<b>Nombre:</b>	<b>DOB:</b>
----------------	-------------

Medicamentos actuales:	Dosificación:	Horas por día:	Para:

Alergia a los medicamentos:	Reacción:

**PATIENT HEALTH INFORMATION**

Current Condition:	Comment:	Current Condition:	Comment:
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta		<input type="checkbox"/> Artritis	
<input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca		<input type="checkbox"/> Enfermedades relacionadas con las articulaciones	
<input type="checkbox"/> Alto Colesterol		<input type="checkbox"/> Acidez	
<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco revio		<input type="checkbox"/> Reflujo gástrico (GERD)	
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular		<input type="checkbox"/> Esófago de Barrett	
<input type="checkbox"/> Blood Clots		<input type="checkbox"/> Hernia Detal	
<input type="checkbox"/> Asma	Last Episode: <input type="checkbox"/> Bi-Pap	<input type="checkbox"/> Ulceras estomacales	Quando:
<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> C-Pap	<input type="checkbox"/> Cálculos biliares	
<input type="checkbox"/> COPD		<input type="checkbox"/> Piedras de riñón	
<input type="checkbox"/> Enfisema		<input type="checkbox"/> Gusto	
<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I	How Long:	<input type="checkbox"/> Colitis	
<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II	How Long:	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	
<input type="checkbox"/> Hyperthyroid		<input type="checkbox"/> Cirrosis	
<input type="checkbox"/> Hipotiroideo		<input type="checkbox"/> Hepatitis	Tipo:
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica		<input type="checkbox"/> Migrañas	Con qué frecuencia:
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn		<input type="checkbox"/> Convulsiones	El último:
<input type="checkbox"/> Fatiga crónica		<input type="checkbox"/> Ansiedad	
<input type="checkbox"/> Fibromialgia		<input type="checkbox"/> Depresión	
<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple		<input type="checkbox"/> Bipolar	
<input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades		<input type="checkbox"/> Tendencias suicidas	<input type="checkbox"/> Pensamientos <input type="checkbox"/> Intento(s)
<input type="checkbox"/> Anemia		<input type="checkbox"/> Anorexia	

<input type="checkbox"/> Cancer	Tipo:	<input type="checkbox"/> Bulimia	
<input type="checkbox"/> VIH		<input type="checkbox"/> Irregular Menses	
<input type="checkbox"/> Otras condiciones:		<input type="checkbox"/> Ovarios policísticos	
<input type="checkbox"/> Other Condition(s):		<input type="checkbox"/> Problemas con la anestesia	

Cirugías anteriores:	Fecha:

Cirugía de pérdida de peso anterior?  No  Sí Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Peso más alto: \_\_\_\_\_ Peso más bajo: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE:**

**usted fuma?**  
 No  Sí paquetes por  Día  Semana  Dejar  Meses  hace años  
 Edad iniciada: \_\_\_\_\_

**¿Masticas/mojas tabaco?**  
 No  Sí paquetes por  Día  Semana  Dejar  Meses  hace años  
 Edad iniciada: \_\_\_\_\_

**¿Bebe alcohol??**  
 No  Sí bebidas por  Día  Semana  Mes

**¿Usa drogas recreativas?**  
 No  Sí Tipo: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 Dejar  Meses  hace años

**ANTECEDENTES FAMILIARES (MARQUE TODOS LOS QUE SE APLICAN):**

**Estado del padre:**  Vivo - Edad: \_\_\_\_\_  Fallecido a la edad: \_\_\_\_\_  
 Si se muere, causa de la muerte: \_\_\_\_\_

Historia médica del padre:  Cancer  Diabetes  enfermedad cardíaca  Colesterol alto  Hipertensión  
 derrame cerebral

Abuelo Paterno:  Cancer  Diabetes  enfermedad cardíaca  Colesterol alto  Hipertensión  
 derrame cerebral

Abuela Paterna:  Cancer  Diabetes  enfermedad cardíaca  Colesterol alto  Hipertensión  
 derrame cerebral

**Estado de la madre:**  Vivo - Edad: \_\_\_\_\_  Fallecido a la edad: \_\_\_\_\_  
 Si se muere, causa de la muerte: \_\_\_\_\_

Historia médica de la madre:  Cancer  Diabetes  enfermedad cardíaca  Colesterol alto  Hipertensión  
 derrame cerebral

Abuelo Materno:  Cancer  Diabetes  enfermedad cardíaca  Colesterol alto  Hipertensión  
 derrame cerebral

Abuela Materna:  Cancer  Diabetes  enfermedad cardíaca  Colesterol alto  Hipertensión  
 derrame cerebral

**Historia de los hermanos:**  
 Cancer  Diabetes  enfermedad cardíaca  Colesterol alto  Hipertensión  derrame cerebral

**Sólo para mujeres:** N.o de Embarazos: \_\_\_\_\_ N.o de nacimientos vivos: \_\_\_\_\_  
 N.o de nacimientos quietos: \_\_\_\_\_ N.o de abortos espontáneos: \_\_\_\_\_  
 N.o de terminaciones: \_\_\_\_\_

<b>CONTACTOS MEDICALES:</b>		<b>Número de teléfono:</b>
<b>Médico de Atención Primaria:</b>		
<b>OTROS MÉDICOS DE TRATAMIENTO:</b>	<b>Nombre del médico:</b>	<b>Número de teléfono:</b>
<b>Especialidad:</b>		

**He proporcionado información precisa a lo mejor de mi conocimiento.**

---

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

## Cuestionario preventivo

Nombre: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  M  F

### Hogar:

Marital Status:  soltero  Casado  Divorciado/Separados  Viuda  Socio doméstico

Número de niños en el hogar: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_ Otros ocupantes: \_\_\_\_\_

Cualquier historial de abuso en el hogar?  No  Si - En caso afirmativo:  físico  Mental  Sexual  
Resuelto  Si  No - Si no, ¿quiere una referencia para asesoramiento?  Si  No

¿Algún historial familiar de adicciones?  No  Si - En caso afirmativo:  Alcohol  Drogas  Otro: \_\_\_\_\_  
Resuelto  Si  No - Si no, ¿le gustaría una referencia para consejería?  Si  No

### Pruebas/Exámenes:

Mes y año aproximados (mm/aa) del último:

EGD: \_\_\_\_\_  Nunca

Colonoscopia: \_\_\_\_\_  Nunca

Radiografía de tórax: \_\_\_\_\_  Nunca

EKG: \_\_\_\_\_  Nunca

Prueba de estrés: \_\_\_\_\_  Nunca

Papanicolau: \_\_\_\_\_  Nunca

Mamografía: \_\_\_\_\_  Nunca

Densidad ósea: \_\_\_\_\_  Nunca

¿Usar cinturones de seguridad?  Si  No

¿Texto mientras conduce?  Si  No

¿Casco de moto?  Si  No  N/A

¿Arma(s) en casa?  Si  No

En caso afirmativo, ¿se almacenan de forma segura?  Si  No

Prácticas de Seguridad Sexual de ETS (Condomes /monogamia)?  Si  No

¿Autoexamen regular? (Pechos/Testículos)  Si  No

### Prácticas de seguridad:

Exámenes de rutina: Visión:  Si  No Mental:  Si  No Audiencia:  Si  No

### Vaccination History:

Vaccine	Disease(s)	Received(Si /N)	Year (if known)	
Varicella	Varicela			
DTaP	Difteria/Tétanos/Pertussis			10yr Booster:
Hep A	Hepatitis A			
Hep B	Hepatitis B			
MMR	Sarampión/Mumps/Rubella			
IPV	Polio			
RV	Rotavirus			
HPV	Virus del Papiloma Humano			
Meningitis	Meningitis			5yr Booster:
PCV13	Neumocócica (Neumonía)			
Zoster	Tejas			
Flu	Influenza			

## Cuestionario dietético

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

Describa lo que come para cada uno de los artículos que se enumeran a continuación:	
<b>Desayuno</b>	
<b>Snack Mañana</b>	
<b>Almuerzo</b>	
<b>Merienda</b>	
<b>Cena</b>	
<b>Snack nocturno</b>	
<b>Dulces</b>	
<b>Bebidas</b>	

Proteína estimada consumida cada día: \_\_\_\_\_ gramos

Onzas estimadas de líquidos consumidos cada día: \_\_\_\_\_ fl oz

¿Bebes mientras comes?  No  Sí

¿Bebes bebidas carbonatadas?  No  Sí

¿Tienes escupitajos o comida que no se desapele?  No  Sí Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Tienes vómitos/náuseas frecuentes?  No  Sí ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Tomas todas las vitaminas recomendadas?  No  Sí

¿Haces ejercicio?  No  Sí ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Alguna preocupación que le gustaría discutir hoy?  No  Sí

En caso afirmativo, describa:

---



---

## BILLING Y POLÍTICAS DE COBRO

---

Nuestro objetivo es proporcionarle una atención de alta calidad y eficiente. Hay muchos detalles involucrados en el proceso de proporcionar su atención. Para que este proceso fluya sin problemas, es esencial que usted y su proveedor de atención médica trabajen juntos.

**Programación de citas:** Al llamar para programar una cita, tenga a mano su tarjeta de seguro médico para que podamos recopilar o confirmar la información. Si no tiene cobertura médica, por favor háganos saber que usted será un paciente de autopago. Le pedimos que lleve su identificación con foto a la cita inicial y tarjeta de seguro médico a cada cita. Si tiene un cambio en el seguro, notifíquenos en su primera visita después del cambio y asegúrese de traer la nueva tarjeta con usted.

**Políticas de Nombramientos:** Entendemos que surgen situaciones urgentes y emergencias que pueden entrar en conflicto con su cita programada sin embargo, afecta nuestra práctica. Por lo tanto, se incurrirá en cargos por cualquier cita que se cancele con menos de 4 horas de anticipación a la hora programada.

### Honorarios:

Nueva cita del paciente (60 minutos de tiempo programado): \$35

Cita establecida del paciente (20 minutos de tiempo programado): \$20

Paciente establecido con más de una cancelación/no presentarse en caso de no presentarse: \$35

### Pago de Tasas:

El pago de las tarifas indicadas anteriormente se cobrará antes de ser visto. La información de la tarjeta de crédito se recopilará en nuevos pacientes o pacientes en efectivo a medida que se programen las citas. Las tarjetas registradas se cobrarán de acuerdo con el horario de tarifas anterior dentro de las 24 horas de la cita perdida.

Si llega más de 10 minutos tarde a su cita sin llamar, será a discreción del proveedor en cuanto a si todavía puede ser visto o no. Si no puede ser visto, tendremos que hacer cumplir las políticas de citas descritas anteriormente.

**Pago en el momento del servicio:** Se espera el pago en el momento del servicio. Los copagos, deducibles y coseguros se cobrarán según lo detallado de los contratos con las compañías de seguros de salud. A los pacientes no asegurados se les proporcionará el precio de pago en efectivo por adelantado y también se espera que paguen cuando se presten los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos.

**Seguro médico No pago:** Se le facturarán los servicios que son parcialmente pagados por su compañía de seguros o que han sido considerados como la responsabilidad del paciente. El pago se puede hacer por teléfono o por correo o en su próxima visita, pero se espera antes de su próximo servicio. Si necesita arreglos especiales, llame a la oficina para ver si algo se puede poner en su lugar.

**Papeleo diverso:** Papeleo engorroso como FMLA o Discapacidad u otro papeleo a discreción del proveedor incurrirá en una tarifa de \$25 por el tiempo del proveedor.

Cargo por cheque de devolución: \$35.00

Al firmar a continuación, certifico que he leído la información anterior. Cualquier pregunta relativa a la información anterior ha sido discutida. Mi firma también certifica mi comprensión y acuerdo con la información anterior.

Firma del paciente o del representante del paciente:	
Fecha:	
Nombre impreso del paciente o representante del paciente:	
Relación con el paciente:	

## CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, HIPPA, & ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS

Autorizo a los médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos y otros proveedores de atención médica empleados por Believe Bariatrics y Primary Care para proporcionarme atención médica y tratamiento médico. He proporcionado Believe Bariatrics y Primary Care con toda la información relevante con respecto a mi historial de salud. He informado a Believe Bariatrics y Primary Care de todas mis alergias conocidas. He informado además de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, incluyendo recetas, remedios de venta libre, terapias herbales y suplementos, aspirina, y cualquier otro consumo recreativo de drogas o alcohol. Estoy de acuerdo en mantener a Believe Bariatrics y Primary Care informados de cualquier cambio en mi condición médica o medicamentos. Entiendo que es importante que entienda completamente la atención médica y el tratamiento que recibo, y creer en Bariatrics y Atención Primaria que puedo hacerle a mi proveedor de atención médica cualquier pregunta que pueda tener con respecto a cualquier aspecto de mi atención médica y tratamiento. Entiendo que es mi responsabilidad participar activamente en mi cuidado con el fin de maximizar los resultados. Soy consciente y acepto que no hay garantías con respecto a la atención médica y el tratamiento que proporcionan los médicos, enfermeras practicantes y otros proveedores de atención médica empleados por Believe Bariatrics y Primary Care.

Autorizo a las entidades afiliadas a compartir mi información médica con el propósito de la atención y el tratamiento. Believe Bariatrics and Primary Care o sus proveedores de servicios afiliados también pueden compartir mi información con socios comerciales con quienes Believe Bariatrics y Primary Care han contratado para proporcionar una función comercial específica. Sus proveedores de servicios afiliados pueden comunicarse con mi médico de atención primaria y otros proveedores de atención médica de tratamiento sobre los que he proporcionado información para mi atención y tratamiento. Believe Bariatrics y Primary Care también pueden usar mis números de teléfono, direcciones postales o direcciones de correo electrónico de Believe Bariatrics y Primary Care para comunicarse conmigo en el futuro con respecto a beneficios o servicios relacionados con la salud. Cree Bariatría y Atención Primaria

Entiendo y reconozco que en algunas circunstancias, Believe Bariatrics y Primary Care pueden presentar una reclamación con mi seguro de salud como cortesía para mí y que seré responsable de todos los servicios facturables no cubiertos por el seguro. Soy responsable de pagar mis copagos en el momento del servicio. Si no tengo beneficios de seguro, entiendo que se me pedirá que pague por los servicios yo mismo. Si no se determinan los beneficios, entiendo que puedo optar por pagar por los servicios yo mismo. En este caso, Believe Bariatrics y Primary Care no presentarán una reclamación de seguro médico para mí, pero puede proporcionarme información para presentar la reclamación yo mismo. He proporcionado mi información completa, actual y precisa sobre toda la cobertura del seguro. En caso de que cualquier información con respecto a mi seguro cambie, acepto notificar a Believe Bariatrics y Primary Care inmediatamente. El pago debe abonarse en el momento del servicio.

Acepto asignar mis beneficios de seguro de salud a Believe Bariatrics y Primary Care por los servicios prestados por Believe Bariatrics y Primary Care y sus empleados.

Al firmar a continuación, certifico que he leído la información anterior. Cualquier pregunta relativa a la información anterior ha sido discutida. Mi firma también certifica mi comprensión y acuerdo con la información anterior.

Firma del paciente o del representante del paciente:	
Fecha:	
Relación con el paciente:	



## Historia de Alerg- Evaluación de síntomas BASE

### Evaluación de síntomas de alergia de Branson (BASE)

**RECLAMACIONES:** Por favor, circule el número apropiado 0 a 3 según la gravedad:

**0 • Ausente** (sin síntomas evidentes)

**1 • Leve** (síntomas presentes, pero mínima conciencia)

**2o Moderado** (síntomas presentes pero tolerables)

**3o Grave** (síntomas persistentes y graves)

Secreción nasal (nariz con corsa)	0 1 2 3	Colmenas	0 1 2 3
Obstrucción nasal (nariz congestionada)	0 1 2 3	Eccema	0 1 2 3
Picazón nasal	0 1 2 3	Orejas con picazón	0 1 2 3
Estornudos	0 1 2 3	Infecciones de seno y/o oído	0 1 2 3
Ojos llorosos	0 1 2 3	Resfriados frecuentes	
Ojos con picazón	0 1 2 3	o dolor de garganta	0 1 2 3
Ojos irritados	0 1 2 3	Sensibilidad al pelo de mascota	0 1 2 3
Tos	0 1 2 3	Picazón en la garganta	0 1 2 3
Sibilancias	0 1 2 3	Presión sinusal	0 1 2 3
Dificultad para respirar	0 1 2 3	Dolor sinusal	0 1 2 3
Dolor de cabeza	0 1 2 3		

¿Algún otro síntoma que te moleste?

---

**MEDICAMENTOS:** ¿Con qué frecuencia tomas medicamentos para tus síntomas de alergia?

**0 - Nunca**

**2 - Con frecuencia** (varias veces por semana)

**1 - Ocasionalmente** (varias veces al mes o menos) **3o Diario** Antihistamínicos 0 1 2 3

Sal esteroides (Flonase, Nasacort) 0 1 2 3 Esteroides orales 0 1 2 3

Medicamentos para el asma (inhalador, Singulair, Advair) 0 1 2 3

Gotas para los ojos 0 1 2 3 Otros medicamentos relacionados con la alergia: 0 1 2 3

¿Algún medicamento te da un alivio completo de los síntomas?  Sí  No

#### GENERAL ALLERGY HISTORY:

¿Cuántos meses del año tienes alergias? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuántos años ha tenido alergias? \_\_\_\_\_

¿En qué temporada(s) son peores? (marque todos los que correspondan)  Primavera  Verano  Otoño  
 Invierno

¿Te han hecho pruebas de alergia antes?  No  Sí – Tipo:  Pes pinchazo de la piel/punción  Extracción de sangre

¿Has recibido previamente vacunas contra la alergia?  No  Sí – cuándo? \_\_\_\_\_

¿Has recibido previamente gotas de alergia?  No  Sí – cuándo? \_\_\_\_\_

¿Fuma o usa productos de tabaco/nicotina?  Sí  No

Haz una lista de los animales que tengas en o alrededor de tu casa:

---

Quién más en su familia tiene alergias? \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

<b>OFFICE USE ONLY:</b>	Raw Score _____	25 X 4 = _____	<b>FINAL SCORE</b>
0 – 25 = MILD	26 – 50 = SIGNIFI	51 – 100 = SEVERE	100+ = VERY SEVERE