**Family Wellness Center**

**DR. SAMUEL O. LEON**

**560 W GRANGEVILLE BLVD, SUITE C, HANFORD, CA. 93230**

**PHONE: (559) 583-1110 FAX: (559) 583-1121**

Nombre Del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número De Seguridad Social : \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo: M / F (Círcule Uno) Casado / Soltero / Divorciado/ Viudo

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente a la anterior):

 (Calle) (ciudad / Estado /Zip)

Cellular #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Casa #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo supiste de nuestra práctica? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Persona responsable de la factura o del padre (Complete solo si es diferente del paciente)**

**Información Del Seguro Primario**

Nombre Del plan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Numero I.D \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Del garante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_ \_-\_ \_\_\_-\_\_\_\_\_\_

Nombre Del Garante: (Por Favor marque uno ): ( )YO, ( ) Pareja , O ( ) Padre Fecha De Nacimiento: \_\_ \_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero De Cell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A quién llamar al caso de una emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero De Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero De Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ Relación :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

¿Qué condiciones médicas tienes? Seleccione todos los que apliquen, o escriba si no está en la lista:

Diabetes\_\_\_ Presión arterial alta\_\_\_ Trastorno de la tiroides\_\_\_ Enfermedad cardíaca\_\_\_\_ Colesterol alto\_\_\_\_Artritis \_\_\_\_ Cáncer\_\_\_\_ Enfermedad del riñón\_\_\_\_ Glaucoma \_\_\_ Asma\_\_\_\_ Alergias\_\_\_\_Migraña Dolor de cabeza \_\_\_\_ Anemia\_\_\_\_ Bronquitis / enfisema \_\_\_\_ Obesidad\_\_\_\_ Reflujo ácido \_\_\_\_\_

 **Solo para mujeres**: Edad del primer ciclo menstrual\_\_\_\_\_\_ Fecha del último período \_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de ciclos menstruales irregulares? \_\_\_\_\_\_\_\_ (S / N)  ¿Está actualmente en control de la natalidad? \_\_\_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿qué tipo / nombre? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Número de embarazos? \_\_\_\_\_\_\_\_ # de nacidos vivos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de abortos involuntarios? \_\_\_\_\_\_\_¿Ha tenido un resultado anormal de Papanicolaou? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Si sí, cuándo? (año)\_\_\_\_\_\_\_\_¿Con qué frecuencia te haces un autoexamen? (circule uno) Nunca Raramente Semanalmente Mensualmente

**HISTORIA QUIRÚRGICA Y HOSPITALIZACIÓN**

Liste todas las cirugías u hospitalizaciones (con causa) y el año:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SOCIAL

¿Cuánto fuma? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Cuánto alcohol (incluyendo cerveza) toma en la semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Ha usado o usa drogas recreativas actualmente? SI\_\_\_ NO\_\_\_ En caso afirmativo, por cuánto tiempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enumere las personas con las que vive actualmente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está usted: \_\_\_\_Soltera \_\_\_\_ Casada \_\_\_\_Divorada \_\_\_\_ Otra? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está su salud? (Marque una) \_\_\_\_ Excelente \_\_\_\_Bueno \_\_\_\_Pobre

HISTORIA FAMILIAR

Por favor indique si algún miembro de la familia ha tenido la siguiente enfermedad. Por favor liste su relación con usted.

Miembro de la familia ¿Edad actual viviendo?

(S / N) Condiciones médicas causa de muerte

 (Si falleció) Edad de muerte

Madre

Padre

Hermana

Hermana

Hermano

Hermano

\*\* Continuar en la parte inferior de la página si es más \*\*

**MANTENIMIENTO DE LA SALUD**

Indique a continuación el año de su última prueba de detección: (indique si hubo resultados anormales)

Frotis de PAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mamografía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colonoscopia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Examen ocular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prueba de colesterol: \_\_\_\_\_\_\_\_ Examen de próstata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Examen dental: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Análisis de sangre: \_\_\_\_\_\_\_\_

Inmunizaciones / vacuna- Por favor indique el año de su último:

Vacuna contra el tétanos: \_\_\_\_\_\_\_\_ Vacuna contra la gripe: \_\_\_\_\_\_\_\_ Pnemovax (vacuna contra la neumonía): \_\_\_\_\_\_\_\_ Hepatitis A\_\_\_\_\_\_\_\_ Hepatitis B: \_\_\_\_\_\_\_\_ Varicela: \_\_\_\_\_\_\_\_ TB Prueba de piel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos actualmente tomando (con dosis):

Dosis de medicación La (s) hora (s) del día que lo toma

Reacciones alérgicas a medicamentos o alimentos: indique el TIPO DE REACCIÓN.

Reacción alérgica a medicamentos

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

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

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

**Política de servicios financieros y de salud**

Bienvenido al Centro de Bienestar Familiar. Nos complace que haya elegido nuestra práctica para su atención médica. Le pedimos que lea atentamente y firme la siguiente declaración. Debemos enfatizar que, como su proveedor de atención médica, nuestra relación es con usted y no con su compañía de seguros. Como cortesía para usted, presentaremos su reclamo a su compañía de seguros. Sin embargo, usted es el único responsable de todos los cargos incurridos y garantiza el pago de los mismos. Si tenemos un contrato con su compañía de seguros, incluido Medicare, aceptaremos la asignación. Usted será responsable de su parte de pago en el momento del servicio. Si no proporciona la información de facturación actual y precisa, todos los cargos por el servicio serán responsabilidad exclusiva del paciente / parte responsable. Se espera que usted entienda su cobertura de beneficios y responsabilidades. Todos los copagos, coseguros y deducibles se deben pagar al momento en que se prestan los servicios. Si no tenemos una obligación contractual con su compañía de seguros, usted es responsable del 100% del pago en el momento en que se prestan los servicios.

Al considerar los servicios prestados por Family Wellness Center, usted acepta cumplir con los términos de esta Declaración Financiera.

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

AUTORIZACIÓN DE PACIENTES

Certifico que yo, y / o mis dependientes, tenemos cobertura de seguro con (compañía de seguros) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y asigne directamente a Family Wellness Center todos los beneficios de seguro, si los hubiera, de otro modo pagaderos a mí por los servicios prestados. Solicito el formulario de pago para que todos los seguros, incluido Medicare, se realicen directamente en el Family Wellness Center. Autorizo ​​el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. El Centro de Bienestar Familiar puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a la compañía de seguros nombrada anteriormente con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Family Wellness Center se compromete a proporcionar servicios de atención médica de calidad para nuestros valiosos pacientes. Para cumplir con este compromiso, desalentamos cualquier problema potencial de uso fraudulento o abuso de medicamentos controlados. Es nuestra política aquí en el Centro de Bienestar Familiar, que no prescriben medicamentos para el dolor de la Lista I ni de la Lista II de nuestro centro. Si se justifica un curso intenso de manejo del dolor, ayudaremos a los pacientes con la transición de su atención médica a un especialista en manejo del dolor.

Certifico que la información anterior que he proporcionado en este formulario es correcta. Al firmar, entiendo y seguiré la política establecida en este contrato.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Firma del paciente, padre o tutor Fecha)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Escriba el nombre del paciente padre o tutor)

**Información de salud protegida (PHI) / HIPAA**

**Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ESTAMOS PERMITIDOS PARA USAR, Y PODEMOS REQUERIRLE QUE DIVULGAMOS SU PHI BAJO CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:**

**1. Revelación requerida por la ley: nuestra práctica utilizará y divulgará su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales, incluidas las actividades de supervisión de la salud, órdenes judiciales o administrativas o procedimientos legales similares.**

**2. Riesgo para la salud pública: nuestra práctica puede divulgar su PHI a las autoridades de salud pública que están autorizadas para recopilar información para fines tales como mantener registros vitales, prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o notificar a una persona sobre la posible exposición a una enfermedad contagiosa.**

**3. Amenazas graves para la salud de la seguridad: nuestra práctica puede divulgar su PHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público.**

**4. Pacientes fallecidos: nuestra práctica puede divulgar la PHI a un médico forense o forense para identificar a una persona fallecida o para identificar la causa de la muerte. Si es necesario, también podemos divulgar información para que los directores de funerarias puedan realizar su trabajo.**

**5. Donante de órganos: nuestra práctica puede divulgar la PHI a un centro médico para la obtención de trasplantes de tejido, incluidos los bancos de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos si usted es un donante de órganos.**

**Nuestra práctica puede comunicarse con usted o sus representantes autorizados (consulte el formulario de autorización adjunto) para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. El consultorio se pondrá en contacto rutinariamente con los pacientes por teléfono en su casa y / o en el trabajo, por correo en su casa y, a menos que se solicite lo contrario, puede dejar los mensajes en el correo de voz o servicio de contestación correspondiente con respecto a las citas y las preguntas de facturación.**

**No se proporcionará información por teléfono o fax en referencia a los resultados de laboratorio. Cada paciente recibe esta información durante el examen y debe programar una visita de seguimiento para obtener resultados de laboratorio.**

**Además, se accederá a una tarifa avanzada para copiar y enviar por correo toda la información de los registros médicos.**

**Habrá una tarifa de $ 15 dólares para completar los formularios médicos que contienen 1-2 páginas, y $ 25 para los formularios que contienen 3 o más. Formularios médicos tales como: exámenes físicos de la escuela, exámenes físicos del trabajo, declaraciones detalladas y cualquier otro formulario que pueda requerir el uso de su registro médico para completar su solicitud.**

**FAMILY WELLENESS CENTER**

**Samuel O. Leon, MD.**

**560 W. Grangeville Blvd, Ste #C**

**Hanford, CA. 93230**

**(559) 583-1110- Tel**

**(559) 583-1121- Fax**

**RENUNCIA A LA COBERTURA DEL SEGURO**

**Entiendo que mi elegibilidad para la cobertura es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No se puede confirmar en este momento. Deseo recibir el servicio médico del Dr. Samuel O. Leon.**

**Si se determina que no soy elegible para la cobertura, entiendo que seré responsable del pago de todos los servicios proporcionados.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del paciente / tutor legal Fecha**

 **Family Wellness Center**

560 W. Grangeville Blvd, Ste C

Hanford CA 93230

Phone (559)583-1110

 Fax (559)583-1121

I authorize Family Wellness Center to deliver or cause to be delivered the following types of messages by voice call or text messaging using an automatic telephone dialing system or an artificial prerecorded voice:

* Appointment Reminders
* Visit recalls
* Situation/seasonal services suggestions (such as flu shots, etc.)

I authorize such message to be delivered to the following phone number (s):

(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_

Cellphone

(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_

Landline

I understand that by signing the agreement, I am authorizing Family Wellness Center to deliver or cause to be delivered or cause to be delivered to me certain text messages and / or voice calls and that I am not required to sign this agreement in order to receive services from Family Wellness center.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Signature

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

Print Name Date