

CORNERSTONE MEDICAL CLINIC

Dr. Phelps

825 N. Main Street · Harrison, AR 72601 · 870-743-4900

Por favor, completa y todas las páginas

Información para el paciente

Número de Seguro Social: _____ / _____ / _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____

Nombre del paciente: _____ First Name: _____ MI: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ State: _____ Zip: _____

Género (Circule uno): mujer hombre

Estado civil (Circule uno): solo Casado Divorciado Viudo separado

Carrera (Circule uno): caucásica hispana americano africano asiatico India se negó a Informe

Other Race: _____

Origen étnico (Circule uno): basura hispano no hispano Informe

Preferido idioma: ___ Segunda lengua: ___

¿Nosotros o nuestros agentes/contratistas/representante desea que contactemos por llamada de voz, mensaje de voz, mensaje de prueba, correo electrónico o llamada automática por lo siguiente? (Círculo sí o No)

Home Phone # _____ Yes No

Cell Phone # _____ Yes No

Work Phone # _____ Yes No

Empleo de pacientes (Circule uno): uno mismo no empleada a tiempo parcial a tiempo completo empleado jubilado

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono de empleador: ___ longitud de trabajo: ___ ___ Años meses

¿Quieres acceso a sus registros de salud en línea? Si No

En caso afirmativo, por favor incluya la dirección de correo electrónico.

Email: _____

Contacto de emergencia: ___ teléfono # ___

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

INFORMACIÓN DE GARANTÍA

Garante financieramente responsable: _____

Guarantor Address: _____ SSN: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ DOB: _____

Guarantor Phone: _____

Lugar de garante del empleo: ____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Garante empleador teléfono: ____

Posición de garante/título: ____ longitud de trabajo: mes de ____ de ____ años

Relación de pacientes a garante (Circule uno): uno mismo cónyuge hijo otro (especificar):

Lista de otros miembros de la familia en casa que ven a la clínica:

First and Last Name: _____ DOB _____

First and Last Name: _____ DOB _____

First and Last Name: _____ DOB _____

First and Last Name: _____ DOB _____

First and Last Name: _____ DOB _____

Nombre de la aseguradora primaria: ____

ID #: _____ Group #: _____

Suscriptor/nombre de tarjeta seguros: ____

Suscriptor fecha de nacimiento: ____ suscriptor número: ____

Aseguradora secundaria nombre: ____

ID #: _____ Group #: _____

Suscriptor/nombre de tarjeta seguros: ____

Suscriptor fecha de nacimiento: ____ suscriptor número: ____

Es su responsabilidad asegurar que tenemos toda la información de su seguro actual. No nos proporciona toda la información puede causar problemas de presentación oportuna, dando por resultado su seguro no pagar. Archivo que seguro como una cortesía, pero en última instancia, el pago es su responsabilidad. Por favor notifiquenos de cualquier cambio en su cobertura de seguro de salud.

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE. Tarjeta de seguro recibida por: ___ información ingresada por: ___

FORMA 04000: Oficina política paciente información reconocimiento. Verificado por: ___

: 06004 información de beneficio seguro desmoldante. Verificado por: ___

FORMA 08001-1: reconocimiento de las prácticas de privacidad. Verificado por: ___

Nombre del paciente: ___ Fecha de nacimiento: ___

Farmacia: ciudad ___: ___

Número de teléfono de Farmacia: ___

Nombre de farmacia de pedidos por correo: ___

Correo Teléfono/Fax número: ___

Médico de referencia o anterior: ___

Address/Phone #: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Por favor complete la siguiente información el mejor de su capacidad para que le podemos proporcionar atención completa e integral. Por favor explique cualquier respuestas "Sí". La información presentada pasará a formar parte de su expediente médico y es totalmente confidencial.

Alergias : (Medicamentos, alimentos, ambiental, etc.)

Alérgeno: reacción:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Vacunas: ¿Está al día en sus vacunas? Yes _____ No _____

Año de última: tétanos ___ Pheumovax ___ gripe

Hepatitis B ___ Gardasil ___ meningocócica

Historia familiar:

Relativa edad problemas de salud si fallecido, causa de muerte

Mother _____

Father _____

Sibling _____

Sibling _____

Sibling _____

Sibling _____

Child _____

Child _____

Child _____

Child _____

Abuela materna _____

Abuelo materno _____

Abuela paternal ___ ___ ___

Abuelo paterno ___ ___ ___

Other _____

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Alguien de la familia con una historia familiar de:

Cáncer de colon: No Sí ___ ___ quien: ___
Cáncer de ovario: No Sí ___ ___ quien: ___
Cáncer uterino: No Sí ___ ___ quien: ___
El cáncer de mama: No Sí ___ ___ quien: ___
Diabetes: No Sí ___ ___ quien: ___
Hipertensión: No Sí ___ ___ quien: ___
Enfermedades del corazón: No Sí ___ ___ quien: ___
Movimiento: No Sí ___ ___ quien: ___

Historia médica pasada (Indicar el año esta iniciado o producido)

___ Sustancias alcohol abuso ___ convulsiones ___ Osteoporosis
Anemia ___ enfermedad de la vesícula biliar ___ neumonía
Psoriasis de ___ de ___ ansiedad ___ Glaucoma
Terapia de radiación de ___ de ___ asma ___ gota
___ La transfusión de sangre ___ de ataque al corazón, enfermedad de transmisión sexual
___ Cáncer (tipo: ___) ___ cardiopatías ___ Sinusitis
___ Varicela ___ Hepatitis (tipo: ___) ___ problemas para dormir
___ Colon Polyps ___ hipertensión arterial ___ úlcera de estómago
___ Insuficiencia cardíaca congestiva ___ colesterol alto ___ Stroke / TIA
Depresión de ___ riñón enfermedad ___ enfermedad tiroidea
Tuberculosis de ___ de ___ diabetes ___ pulmonar enfermedad (EPOC)
Trastorno por ___ (tipo: ___) coágulos de sangre de ___ las migrañas
___ VIH o exposición alergias estacionales

Otros no mencionados:

Antecedentes quirúrgicos:

___ De adenoidectomía cesárea ___ histerectomía
___ Apendicectomía D & C ___ catarata
___ La artroscopia ___ vesícula biliar remoción ___ marcapasos
(Parte del cuerpo: ___) ___ del corazón cirugía ___ mastectomía / tumorectomía
Biopsia de ___ de ___ () ___ de Hemorroidectomía PE tubos (tubos de timpanostomía)
___ Del intestino Colon cirugía ___ Hernia Repair ___ amigdalectomía
___ Cirugía artroplastia eliminación Oral cirugía de Ovary(ies) ___
(Parte del cuerpo: ___) ___ la ligadura de trompas ___ otro

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Historia de la ginecología:

Edad a la primera menstruación ____
¿Es períodos regulares? No Sí ____
¿Cuántos días entre cada período? ____
¿Cuántos días sangran? ____
¿Son los períodos de ligero, moderados o pesados? ____
¿Tienes coágulos? No Sí ____
¿Cuál fue el primer día de su último período menstrual? ____
¿Cuándo fue su última citología? ____
¿Alguna vez ha tenido una citología vaginal anormal? No Sí ____
En caso afirmativo, ¿qué se hizo? ____
¿Alguna vez ha tenido enfermedades de transmisión sexual? No Sí ____
En caso afirmativo, ¿qué? _____

Historia de OB:

¿Cuántos embarazos ha tenido (incluyendo abortos espontáneos o abortos)? ____
¿Cuántos niños ha dado a luz? _____

	Año	¿Cuánto tiempo?	Tipo de entrega	Complicaciones	Peso al nacer
1 st embarazo					
2 nd embarazo					
Embarazo 3 rd					
Embarazo 4 th					
Embarazo 5 th					
Embarazo de 6 th					
Embarazo de 7 th					
Embarazo 8 th					
Embarazo 9 th					

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Historia social:

Eres: Solo ___ casado ___ divorciado ___ viudo ___ ___ menores

Occupation: _____

Donde actualmente Vives: ciudad ___ estado

¿Fumar o masticar tabaco? Yes _____ No _____

En caso afirmativo: ¿Cuánto por día? ___ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Ha utilizado alguna vez el tabaco? Yes _____ No _____

¿Cuándo empezaste? ¿___ Cuando dejas? _____

¿Bebe alcohol? Yes _____ No _____

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? ___ ¿Cuánto? _____

¿Usas alguna droga ilegal? Yes _____ No _____

En caso afirmativo, ¿qué? _____

¿Tienes mascotas? Yes _____ No _____

En caso afirmativo, ¿qué? _____

Historia del recorrido:

¿Han viajado fuera del país en los últimos 5 años? No Sí ___

If yes, where _____

Medicamentos:

Medicina	Cantidad de veces al día
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Sobre los medicamentos (hierbas, vitaminas, pastillas para adelgazar, etcetera):

Nombre del paciente: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Informe de salud (últimos 3 meses):

General: Sí No

¿Cambio de peso, mayor que 5 libras? _____

¿Fatiga persistente? _____

Piel:

¿Cualquier nuevo piel erupciones, protuberancias o baches? _____

¿Bochornos? _____

Ojos:

¿Recientes cambios en la visión? _____

Boca:

¿Dolor de garganta? _____

¿Úlceras en la boca? _____

Cuello:

¿Bultos nuevos? _____

¿Problemas con la tiroides? _____

Pulmones:

¿Tos? _____

¿Dificultad para respirar? _____

Corazón:

¿Dolor en el pecho? _____

¿Incluso han dicho que tenía un soplo cardíaco? _____

¿electrocardiograma anormal? _____

Gastrointestinal:

¿Náuseas o vómitos? _____

¿Estreñimiento? _____

¿Cambio en los hábitos intestinales? _____

¿Cambio en el apetito? _____

¿Problemas de hígado o colon? _____

Genitourinario:

¿Problemas con la micción? _____

¿Sequedad vaginal? _____

Articulaciones, extremidades:

¿Cualquier hueso o la articulación dolor o rigidez? _____

¿Edema linfático inflamación de brazo? _____

Neurológicos:

¿Alguna vez ha tenido una convulsión? _____

¿Tienes debilidad de un brazo, pierna u otra parte del cuerpo? _____

Sangre:

¿Antecedentes de trastorno de la sangre o anemia? _____

Psicológico:

¿Has sido tratado por depresión o ansiedad? ____

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Forma 04000: Paciente acuse de recibo de la oficina política e información para el paciente

Mi firma abajo indica que he recibido una copia de oficina política e información al paciente de la clínica médica de piedra angular. Una copia electrónica de esta forma también se pueden encontrar en nuestro sitio web en www.cornerstonemedicalclinic.com

: 06004 beneficios de seguro y liberación de la información

Por la presente autorizo al médico a liberar cualquier y toda información necesaria con respecto a mi diagnóstico y tratamiento a los efectos de asegurar el pago de mi compañía de seguros; y así autorizar el pago de las prestaciones del seguro directamente al médico por los servicios prestados que no son pagados directamente por mí.

Entiendo que soy responsable por cualquier cargo no cubierto por mi seguro para mí o mis dependientes. Entiendo que yo puedo facturado por una fuente externa para los cargos que puedan ocurrir fuera de nuestra oficina como resultado de pruebas se envían a finalizarse (incluyendo pero no limitado a radiología, patología y laboratorio).

**Forma 08001-1: paciente acuse de recibo de la confidencialidad del paciente médico
Prácticas de privacidad HIPAA/política de registros**

Mi firma abajo indica que he sido dado una copia confidencialidad del paciente médico registros política/HIPAA de piedra angular clínica prácticas de privacidad. Una copia electrónica de esta forma también se pueden encontrar en nuestro sitio web en www.cornerstonemedicalclinic.com

Patient Signature: _____
(firma del padre o tutor si el paciente es menor de edad)

Fecha: _____

Dr. Phelps, amanecer

Teléfono 870-743-4900 de Obstetricia y Ginecología

Fax 870-743-4949

Dixie Shrum, P.N.P.

Asa Smith, F.N.P.

Steve Shrum, M. D.

Certificada en medicina interna y Pediatría

825 N. Main St., Ste 1

Harrison, AR 72601

cornerstonemedicalclinic.com

Divulgación de expedientes médicos de información

Patient's Name _____

Fecha de nacimiento número de Seguro Social de ____ - ____ - ____

El abajo firmante autoriza y registros médicos de las solicitudes para ser liberado a:

Nombre del médico/proveedor: Dr . Shrum Dr. Phelps Dixie Shrum, APN Asa Smith, APN

En clínica médica Cornerstone **teléfono número:** 870-743-4900

Dirección 825 N Main Street, Ste. 1 ciudad, estado y Zip Harrison, AR 72601 **Fax:** 870-743-4949

De: Dr. _____ at _____
Clínica, Hospital o centro de nombre médico

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono Fax Dirección número de parte (estado salud Alianza para el intercambio de registros)

Registros médicos completos de ____

___ Oficina notas y datos de diagnóstico para la clínica data de ___ a ___.

Esta información se utilizará para ___ transferencia de cuidado (lanzado desde arriba práctica)

___ Referral/especialistas en atención

___ Otros, por favor Specify ___

Entiendo que mi expediente médico puede incluir información sobre el VIH, psiquiátrica, alcohol o drogas en abuso. Esta información puede estar protegida por las regulaciones federales y estatales. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se han tomado medidas en dependencia en él (p. ej., libertad condicional, libertad condicional, etc.) y que en ningún caso esta autorización expira automáticamente como se describe a continuación. Si no desea que ciertas porciones de sus registros médicos publicados, por favor inicial la información que no desee liberado. ___ Substance abusos ___ Psychological psiquiátrico tratamiento ___ AIDA/VIH/ETS ___ Genetic información

Especificaciones de la fecha, evento, o condición a que este consentimiento se vence (si deja en blanco que este consentimiento caduca un año desde la fecha de ejecución)

Ejecutado este ___ day de ___ 20___ _____

(Firma del paciente)

(Testigo) (Firma del padre, tutor o representante autorizado)

Las regulaciones federales (42 CFR Part 2) le prohíben a hacer cualquier otra divulgación de esta información excepto con la específica autorización por escrito de la persona a quien se refiere. Una autorización general para la liberación de información médica u otra si por otra parte no es suficiente para este propósito. Estado de las regulaciones federales que cualquier persona que viole cualquier disposición de esta ley será una multa de no más de \$500, en el caso de una primera infracción y no más de \$5000 en el caso de cada ofensa subsecuente.