UPTOWN
ALLERGY & ASTHMA

2620 Jena St, New Orleans, LA 70115
Teléfono: 504-605-5351 Fax: 877-637-9467
info@uptownallergyasthma.com
www.uptownallergyasthma.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre(s) del paciente: _____ Apellido(s) del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguridad Social (# NSS): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (casa) : _____ # Teléfono (trabajo): _____ # Teléfono (cellular): _____

Correo electrónico: _____

Sexo: ☐ hombre ☐ mujer Estado civil: ☐ soltero/a ☐ Casado/a ☐ divorciado/a

Raza: ☐ Caucásico ☐ India americano/a ☐ Africano americano/a ☐ Asiano/a

☐ Isleño del Pacifico/a ☐ Otra

Etnia: ☐ Hispano/a ☐ No hispano/a ☐ Otra

Empleador: _____ Occupación: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

Nombre de titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación al paciente: _____ # NSS de titular: _____

Empleador de titular: _____

Compañia de Seguro primario: _____

Numero de indentificación de póliza primario: _____ Grupo #: _____

Compañia de Seguro segundario: _____

Numero de indentificación de póliza segundario: _____ Grupo #: _____

EQUIPO MEDICO

Medico/a principal: _____ # Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ # Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE FARMÁCIA

Nombre: _____ Dirección: _____ # Teléfono: _____

Como fue referrido/a? ☐ ***internet*** ☐ ***por medico/a:*** _____ ☐ ***amigo/a:*** _____

UPTOWN
ALLERGY & ASTHMA

2620 Jena St, New Orleans, LA 70115
Teléfono: 504-605-5351 Fax: 877-637-9467
info@uptownallergyasthma.com
www.uptownallergyasthma.com

HOJA DE INFORMACIÓN DE SALUD

HISTORIA CLÍNICA – por favor, anote TODOS sus problemos medicos

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

HISTORIA QUIRÚRICA – por favor, anote todas sus cirugías y las fechas

1. _____ Fecha: _____
2. _____ Fecha: _____
3. _____ Fecha: _____
4. _____ Fecha: _____

HISTORIA ALÉRGICA – eres alérgica a algún alimento, medicina, quimico, material, insecto, o otra cosa?
☐ SI ☐ NO. Si respondiste que si, por favor, anote aquí: _____

_____

HISTORIA FAMILIAR – por favor, anote los problemas medicos que existen en su familiar (incluya alergia, asma, eczema, problemas immunológicos)

Lado materno: _____

Lado paterno: _____

HISTORIA SOCIAL – Por favor, responde las siguientes preguntas

Tienes mascota(s)? NO [ ] SI [ ] Si respondiste que si, explique: _____

Fumas o has fumado en el pasado? NO [ ] SI [ ] Si respondiste que si, cuanto tiempo? _____

Consumes alcohol? NO [ ] SI [ ] Si respondiste que si, cuantas bebidas cada semana? _____

Haces ejercicio? NO [ ] SI [ ] Si respondiste que si, que haces? ____ Con que frequencia? _____

Está expuesto a mojo/humo/olores fuertes/químicos? NO [ ] SI [ ] Si respondiste que si, donde y que?

_____

MEDICINAS ACTUALES – Por favor, enumera todas las medicinas que toma actualmente, con la dósis y las direcciónes:

1. _____ 2._____
3._____ 4. _____
5. _____ 6. _____
7. _____ 8. _____

[Uso de oficina]
Revisado por MD_____ **Fecha:** _____

UPTOWN
ALLERGY & ASTHMA

2620 Jena St, New Orleans, LA 70115
Teléfono: 504-605-5351 Fax: 877-637-9467
info@uptownallergyasthma.com
www.uptownallergyasthma.com

CONSENTIMIENTO PARA LA FIRMA ELECTRÓNICA

Acepto que las firmas electrónicas que aparecen en este acuerdo son las mismas que las firmas manuscritas a efectos de validez, aplicabilidad y admisibilidad.

Firma: _____ Fecha: _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones de seguros. También autorizo el pago de beneficios a Uptown Allergy & Asthma LLC. Autorizo a su oficina a dejar mensajes en el buzón de voz de mi teléfono para los números indicados anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Todos los copagos vencen al momento del servicio. Entiendo que ciertos cargos pueden no estar cubiertos por mi seguro y soy responsable de todos los cargos incurridos. Si mi plan de seguro médico requiere una derivación, entiendo que la derivación debe ser válida y completarse con el nombre del proveedor. Entiendo que seré responsable por el costo de los servicios prestados si no presento ningún seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

Por la presente reconozco que entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA de Uptown Allergy & Asthma.

Nombre de paciente (o tutor legal por menores de 18 anos): _____
Firma _____
Fecha _____

Pacientes menores de edad:

Nombre de madre: _____ Teléfono: _____
Nombre de padre: _____ Teléfono: _____
Si desea designar a otra persona para que acompañe al paciente a la(s) visita(s) al consultorio, la(s) inyección(es) contra la alergia, el(los) procedimiento(s), etc., complete la siguiente sección:
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
_____ Doy mi consentimiento y autorizo a las partes anteriores a que también consientan y autoricen la evaluación y el tratamiento de mi hijo cuando yo no esté disponible. Entiendo que esto autoriza a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba a dar su consentimiento para los procedimientos médicos y quirúrgicos de mi hijo/a. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito (por favor escriba sus iniciales).
_____ Estoy autorizado/a a dar mi consentimiento para el tratamiento médico de este/a niño/a menor de edad (por favor escriba sus iniciales).

_____ _____
Nombre de paciente *Fecha*

_____ _____
Padres o tutor legal *Fecha*

UPTOWN
ALLERGY & ASTHMA

2620 Jena St, New Orleans, LA 70115
Teléfono: 504-605-5351 Fax: 877-637-9467
info@uptownallergyasthma.com
www.uptownallergyasthma.com

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA LA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO AL PACIENTE

Tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros. involucrado. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted acepta el tratamiento en esta oficina o cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento tendrá plena eficacia hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho en cualquier momento a interrumpir los servicios.

Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le ordenen. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, lo alentamos a que haga preguntas.

Solicito voluntariamente un médico y/o un proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según se considere necesario, para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención en esta práctica. Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la(s) prueba(s) o procedimiento(s).

Debido a nuestra lista de espera ya existente de nuevos pacientes, cobramos una tarifa de $25 por no presentarse y/o cancelación si una cita no se cancela dentro de las 48 horas posteriores a la hora programada.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y consiento total y voluntariamente a su contenido.

_____ _____
Signature of Patient or Personal Representative Date

_____ _____
Printed Name of Patient or Personal Representative Relationship to Patient

_____ _____
Printed Name and Signature of Witness Employee Job Title

CONSENTIMIENTO CORREO ELECTRÓNICO

Doy mi consentimiento para que el personal de Uptown Allergy & Asthma se comunique conmigo por correo electrónico con el fin de programar citas o transmitir información general sobre mi tratamiento o el tratamiento de mi hijo. Entiendo que el correo electrónico no es una forma segura de comunicación y que no se puede garantizar la confidencialidad de la información enviada por correo electrónico.

Nombre de paciente (o padres o tutor legal por menores de edad): _____

Firma: _____

Fecha: _____

UPTOWN
ALLERGY & ASTHMA

2620 Jena St, New Orleans, LA 70115
Teléfono: 504-605-5351 Fax: 877-637-9467
info@uptownallergyasthma.com
www.uptownallergyasthma.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEMEDICINA

1. PROPÓSITO: El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en una consulta por telemedicina con *Uptown Allergy & Asthma*.

2. CONSULTA POR TELEMEDICINA: Durante la consulta por telemedicina:

a. Discutirás los detalles de su historial médico, exámenes, imágenes y pruebas anteriores con miembros del equipo de Uptown Allergy & Asthma mediante el uso de tecnología de video, audio y telecomunicaciones.

b. Se puede realizar un examen físico

3. INFORMACIÓN Y REGISTROS MÉDICOS: todas las leyes existentes con respecto al acceso a la información médica y las copias de sus registros médicos se aplican a esta consulta de telemedicina. Tenga en cuenta que las telecomunicaciones no se graban ni se guardan. Además, la difusión de imágenes o información que identifique al paciente para esta interacción de telemedicina a investigadores u otras entidades no se realizará sin su consentimiento.

4. CONFIDENCIALIDAD: Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con esta consulta de telemedicina, y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo las leyes federales y estatales de Louisiana se aplican a la información divulgada durante esta consulta de telemedicina.

5. DERECHOS: Puede retener o retirar el consentimiento para la consulta de telemedicina en cualquier momento sin afectar su derecho a atención o tratamiento futuros ni correr el riesgo de perder o retirar cualquier beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho.

6. RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS: Usted comprende todos los posibles riesgos, consecuencias y beneficios de la telemedicina. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y la información presentada en este formulario y la consulta de telemedicina. Todas sus preguntas han sido respondidas y usted comprende la información escrita presentada anteriormente.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y consiento total y voluntariamente a una consulta de telemedicina.

_____	_____
Firma de paciente o representante personal	Fecha
_____	_____
Nombre de paciente o representante personal	Relación al paciente
_____	_____
Nombre y firma de testigo/a	Título de testigo