

WILLAMETTE VALLEY ENDOCRINOLOGIA

Martin L. Bassett, MD, PC • Tauni Carter PA-C.
Katherine Zuber, PA-C • Christopher Killen, PA-C

Querido _____:

Está programado para una consulta en nuestra oficina con

_____ Martin L. Bassett, MD, PC
_____ Christopher Killen, PA-C

_____ Tauni Carter, PA-C
_____ Katherine Zuber, PA-C.

el _____, _____ a las _____ am / pm. Regístrese en su cita a las _____ am / pm.

Lleve este paquete completo a su cita, junto con su (s) tarjeta (s) de seguro y su identificación con foto.

Si no puede hacer esta cita, llame a nuestra oficina con 72 horas (3 días) de anticipación, antes de su cita para evitar un cargo de \$ 75 por no presentarse.

**TENGA EN CUENTA: LOS COPAGOS SON DEBIDOS al momento del servicio.
** PARA REPUESTOS DE RECETAS, LLAME A SU FARMACIA PRIMERO ****

La dirección de nuestra oficina es: 925 Commercial St. SE, Suite 320, Salem, OR 97302

Teléfono: (503) 399-8105

Fax: (503) 585-5351

Direcciones:

Hacia el SUR por la I-5

- Tome la salida 253 hacia Hwy 22 / 99E / Mission St SE y gire a la derecha.
- Continúe en Mission St. hasta Commercial St
- Gire a la izquierda en Commercial St SE. desde el carril de giro a la derecha
- Después de una cuadra, gire a la derecha en el estacionamiento en 925 Commercial St SE inmediatamente después de Kearney St. S.

Desde West Salem - Wallace Rd.

- Incorpórese a OR-22 / Center St Bridge por la rampa hacia Salem
- Incorpórese a la rampa hacia el sur con la etiqueta OR-22E / ORE BUS S / Albany que lo lleva a Front St.
- Manténgase en el carril derecho para girar a la derecha en Commercial St SE
- Continúe hacia el sur hasta 925 Commercial St SE, Ste. 320 tomando la primera a la derecha en el estacionamiento inmediatamente después de Kearney St S.

Hacia el NORTE por la I-5

- Tome la salida 253 hacia Hwy 22 / 99E / Mission St SE y gire a la izquierda.
- Continúe en Mission St. hasta Commercial St SE
- Gire a la izquierda en Commercial St SE. desde el carril de giro a la derecha
- Después de una cuadra, gire a la derecha en el estacionamiento en 925 Commercial St SE inmediatamente después de Kearney St. S.

Desde el este de Salem por la autopista 22 este

- Siga la autopista 22 hacia Salem, donde se convierte en Mission St.
- Continúe en Mission St. hasta Commercial St. SE
- Gire a la izquierda en Commercial St SE. desde el carril de giro a la derecha
- Después de una cuadra, gire a la derecha en el estacionamiento en 925 Commercial St SE inmediatamente después de Kearney St.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Cuestionario de salud para pacientes nuevos

¿Cuál es su problema de salud en este momento y / o cuál es el motivo de su visita?

Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre que toma. Si no toma ningún medicamento, escriba ninguno.

Pacientes con diabetes: Enumere la marca del glucómetro, la marca de la tira reactiva y cuántas veces se mide el nivel de azúcar en la sangre al día, si usa una pluma o un vial.

**** PARA REPUESTOS DE RECETAS, LLAME A SU FARMACIA PRIMERO ****

Medicamento:

Fuerza:

Dosis:

Farmacia preferida con ubicación y teléfono si se conoce: _____

Es usted alérgico a algún medicamento: SÍ NO En caso afirmativo, nombre los medicamentos y describa la reacción:

Historial médico: enumere todas las cirugías, hospitalizaciones y enfermedades anteriores. Si ninguno, escriba ninguno.

Problema:

Fecha:

Problema:

Fecha:

Si aplica, fecha del último: DEXA _____ Mamografía _____ Colonoscopia _____

Mantenimiento de la salud:

¿Ha recibido su vacuna anual contra la influenza? SÍ NO Fecha de la última vacunación contra el tétanos:

Fecha de la última vacunación contra Pneumovax (neumonía), si corresponde:-

Revisión de sistemas

Encierre en un círculo los cambios nuevos o recientes y explique

1. ¿Escalofríos, fiebre o sudores nocturnos? _____
2. ¿Cambio reciente de peso? _____
3. ¿Cambio en la visión, el olfato o la pérdida auditiva _____
4. ¿Congestión o supuración nasal? _____
5. ¿Cambio de voz, dificultad para tragar o ronquera? _____
6. ¿Falta de aire, tos o sibilancias? _____
7. ¿Exposición a la tuberculosis? _____
8. ¿Dolor en el pecho, hinchazón en los pies o tobillos, latidos cardíacos irregulares _____
9. ¿Entumecimiento, hormigueo, dolor o varices en las extremidades inferiores? _____
10. ¿Estreñimiento, diarrea o sangre en las heces? _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

11. ¿Náuseas, vómitos, reflujo o acidez de estómago? _____
12. ¿Dolor al orinar, micción frecuente o despertarse durante la noche para orinar, sangre en la orina, urgencia o incontinencia urinaria? _____
13. ¿Dolores de cabeza, mareos, aturdimiento, temblores, dificultad para caminar o pérdida reciente del conocimiento? _____
14. ¿Dificultad para concentrarse, dificultad para dormir o ronquidos frecuentes? _____
15. ¿Cambios en la piel, erupciones cutáneas o acné, o cambios en las uñas? _____
16. ¿Alergias alimentarias, alergias a picaduras de abejas, asma o fiebre del heno? _____
17. ¿Algún problema sexual que desee discutir? _____
18. ¿Algún crecimiento de cabello adicional o pérdida de cabello inusual? _____
19. ¿Dolor de músculos, espalda, huesos o articulaciones? _____
20. ¿Ganglios linfáticos inflamados, sangrado fácil o hematomas? _____

Solo mujeres:

1. Ciclos menstruales: ¿regulares o irregulares? _____ Fecha del último ciclo menstrual: ___ / ___ / _____
2. ¿Realiza autoexámenes de mamas con regularidad? _____
3. Forma actual de control de la natalidad, si corresponde: _____
4. ¿Alguna secreción mamaria o bultos? _____
5. ¿Ha usado alguna vez algún tipo de reemplazo hormonal? _____

Historia de estilo de vida

Ocupación habitual (trabajo realizado la mayor parte de la vida):

Uso de tabaco: SI NO ANTIGUO DE SEGUNDA MANO

Tipo (círculo): Masticar Cigarro Cigarrillos Tubo Otro: _____

Monto (lata / paquete) por día / semana / mes: _____ **Número de años:** _____ **Año de salida:** _____

Uso de alcohol: SI NO ANTERIOR

Escriba (círculo): Cerveza Vino Espiritu Licor fuerte Metanol Otro: _____

Monto (vaso / botella / lata) por día / semana / mes: _____ **Año que dejó de fumar:** _____

Uso de cafeína: SÍ NO Cantidad (lata / oz / taza) por día / semana / mes: _____

Escriba (círculo): Café soda Té Tabletas de energía bebidas Chocolate Otro: _____

¿Haces ejercicio con regularidad? SÍ NO

Si es así, ¿qué ejercicios? _____

Cuántos días a la semana _____ ¿Cuántas horas a la semana? _____

¿Usas cinturones de seguridad? SÍ NO

Encierre en un círculo los artículos que se encuentran en su hogar: DETECTOR DE HUMO ARMAS EXTINTORES
DETECTOR DE MONÓXIDO DE CARBONO

Opcional para responder: ¿Tiene alguna afiliación religiosa? _____ Religión: _____

¿Le gustaría información espiritual para combatir el estrés, la depresión, el abuso de drogas u otros problemas? SÍ NO

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Salud de la familia

Listar todo problemas de salud de los miembros de su familia relacionados con la sangre, junto con la edad y la causa de la muerte. Mencione específicamente cualquier historial de diabetes, cáncer (tipo), enfermedad cardíaca, incluidos accidentes cerebrovasculares, enfermedad pulmonar, enfermedad de la tiroides, depresión o alcoholismo. Si no hay problemas de salud, escriba ninguno para el que se aplique al miembro de la familia. Si no se conoce el problema de salud de un miembro específico de la familia, escriba desconocido. Debajo de otros miembros de la familia, marque con un círculo materno o paterno. No se necesitan nombres.

Padre: vivo fallecido. La edad: _____

Condición médica: _____

Madre: viva fallecida. La edad: _____

Condición médica: _____

Hermana (s): viva fallecida. Siglos: _____

Condición médica: _____

Hermano (s): vivo fallecido. Siglos: _____

Condición médica: _____

Hijo (s): vivo fallecido. Siglos: _____

Condición médica: _____

Hija (s): viva fallecida. Siglos: _____

Condición médica: _____

Otro (s) miembro (s) de la familia Materno o paterno: vivo fallecido. Siglos: _____

Condición médica: _____

Otro (s) miembro (s) de la familia Materno o paterno: vivo fallecido. Siglos: _____

Condición médica: _____

Quién vive en su hogar (nombre, parentesco, edad): _____

Niños: SI NO Número de hijos: _____ Número de hijas: _____

Otros hijos (hijastros u otros): _____ Número total de personas que viven en el hogar: _____

Estado civil: Casado Divorciado Separado Viudo Soltero Otro: _____

Raza _____ Etnia _____ Idioma _____

Animales en la casa: SÍ NO Círculo: Perro Gato Pájaro Otro (especifique): _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Formulario de divulgación de información médica

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Liberación de información

Enumere a familiares o amigos con los que tenemos su permiso para hablar con respecto a su condición médica y atención. Incluya nombre y número de teléfono.

Esposa _____

Niños) _____

Otro _____

La información no se debe divulgar a nadie.

Esta divulgación de información permanecerá en vigor hasta que yo la cancele por escrito.

Mensajes

Por favor llame a mi casa mi trabajo mi número de celular:

Si no puede comunicarse conmigo:

puede dejar un mensaje detallado

por favor deje un mensaje pidiéndome que le devuelva la llamada

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA (ACTUALIZADO A 18/03/2021)

NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)	FIRMA	FECHA
--	-------	-------

Gracias por elegir Willamette Valley Endocrinology para su atención. Agradecemos la oportunidad de atender sus necesidades de atención médica y esperamos conocerlo. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comentarla con nuestro personal. Brindamos atención médica personalizada y de alta calidad de la manera más rentable. Este formulario fue desarrollado para explicar y aclarar nuestras políticas financieras. Lea esto detenidamente y firme donde se indica. Su firma indica que ha leído y comprendido nuestras políticas y que cumplirá con los términos. Apreciamos tu cooperación.

Política de pago estándar:

Los copagos por las visitas al consultorio vencen en el momento en que se prestan los servicios o se reprogramará su cita. Para su conveniencia, aceptamos Mastercard, Visa, American Express, cheques y efectivo. Para los pacientes de Medicare, nuestra oficina acepta asignaciones y presenta reclamaciones a Medicare. Los pacientes de Medicare son responsables de cualquier monto de coseguro y deducible. Los pacientes de Medicare deben presentar su tarjeta de Medicare al momento de registrarse. Presentamos un seguro secundario para los pacientes de Medicare. Si usted es un paciente de HMP / PPO (administración de atención) de un plan en el que participamos, nuestra oficina acordó aceptar la lista de tarifas del plan y presentar el reclamo con su compañía de seguros. Los pacientes de HMO / PPO son responsables de los copagos y deducibles en el momento del servicio o se reprogramará la cita. Los pacientes de HMO / PPO deben presentar su tarjeta de seguro al momento de registrarse. Los pacientes de HMO / PPO son responsables de obtener un número de referencia de su médico de atención primaria.

Política de pago:

Presentamos reclamos de seguro para todos los pacientes y le informamos sobre los deducibles estimados y los montos de coseguro para los exámenes. Se le facturará el saldo restante una vez que el seguro haya pagado la parte que debe pagar al recibirlo.

Asignación de beneficios:

Todos los beneficios del seguro médico se pagan directamente a Willamette Valley Endocrinology. Usted es financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Este formulario autoriza a Willamette Valley Endocrinology a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios.

Reclamos de seguro:

Hacemos todo lo posible para buscar el reembolso del seguro por los servicios cubiertos. El seguro de presentación es un servicio que le brindamos; sin embargo, el seguro es un contrato entre usted y su proveedor. Una vez que su compañía de seguros haya pagado, recibirá una factura por el saldo restante de la cuenta.

Esfuerzos de recolección:

Trabajamos con usted para hacer arreglos de pago. Si estos esfuerzos no dan como resultado una resolución de la cuenta, la cuenta puede ser remitida a una agencia de cobranza y a la oficina de crédito local. Cualquier cargo de cobro en el que incurra nuestra oficina se cargará a su cuenta. Todos los saldos de los pacientes vencen antes de su próxima cita o se reprogramarán. En caso de que necesite reabastecimiento de recetas y se hayan descontinuado debido a una morosidad en su cuenta (que ocurrirá 60 días después de la primera notificación), deberá hablar con su proveedor de referencia.

Cheques devueltos:

Se cobra una tarifa de servicio de \$ 20.00 en todos los cheques devueltos. Se le dará la oportunidad de remitir el total del cheque más el cargo de \$ 20.00 en forma de efectivo, cheque de caja o giro postal de manera oportuna.

Citas perdidas o canceladas:

Si no se presenta a su cita o la cancela con menos de 72 horas de anticipación, se le podría cobrar una tarifa de \$ 75.00 por "no presentarse". Tomamos en consideración las emergencias de nuestros pacientes.

Willamette Valley Endocrinology se reserva el derecho de reconocer y despedir a cualquier paciente debido a un comportamiento de incumplimiento continuo, como ignorar las instrucciones de atención médica dadas por el proveedor del paciente o cualquier comportamiento dañino o irrespetuoso al proveedor o al personal.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LO ANTERIOR Y ACEPTO CUMPLIR CON LAS POLÍTICAS FINANCIERAS DE
WILLAMETTE VALLEY ENDOCRINOLOGY**

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____