

Willamette Valley Endocrinology

MARTIN L. BASSETT, M.D., P.C.

925 COMMERCIAL ST. S.E., SUITE 320
SALEM, OREGON 97302

PHYSICIAN AND P.A.'s of
ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM

TELEPHONE (503) 399-8105
FAX (503) 581-5351

1

Querido _____: Está programado para una consulta en nuestra oficina con

Martin Bassett, MD Tauni Carter, PA-C Christopher Killen, PA-C

Katherine Zuber, PA-C Joshua Gratwohl, 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.

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.

Willamette Valley Endocrinology

MARTIN L. BASSETT, M.D., P.C.

925 COMMERCIAL ST. S.E., SUITE 320
SALEM, OREGON 97302

PHYSICIAN AND P.A.'s of
ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM

TELEPHONE (503) 399-8105
FAX (503) 581-5351

2

Demographics

Name: _____ **DOB:** _____ **SSN#:** _____

Address: _____

Cell #: _____ **Home #:** _____ **Work #** _____

Would you like text or call appointment notifications? _____

E-mail: _____

Employer: _____

Sex: _____ **Marital Status:** _____ **Race:** _____

¿Tiene alguna afiliación religiosa? (Opcional) _____

Emergency Contact Name and Phone number: _____

Primary Care Provider Name & Location: _____

Primary Insurance Company: _____ **Member ID:** _____

Group #: _____ **Effective Date:** _____ **Subscriber:** _____

Secondary Insurance Company: _____ **Member ID:** _____

Group #: _____ **Effective Date:** _____ **Subscriber:** _____

Are you currently seeing other specialists? (neurology, cardio, nephrology, ophthalmology)

Provider Name: _____ **Specialty:** _____

Location: _____

Provider Name: _____ **Specialty:** _____

Location: _____

Provider Name: _____ **Specialty:** _____

Location: _____

Cuestionario de salud para pacientes nuevos

Willamette Valley Endocrinology

MARTIN L. BASSETT, M.D., P.C.

925 COMMERCIAL ST. S.E., SUITE 320
SALEM, OREGON 97302

PHYSICIAN AND P.A.'s of
ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM

TELEPHONE (503) 399-8105
FAX (503) 581-5351

3

¿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
EXAMPLE	20MG TABLET	1 TABLET DAILY

Farmacia preferida con ubicación y teléfono si se conoce: _____

Es usted alérgico a algún medicamento: SÍ NO

Medicamento:	Reaccion:

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 _____

Revisión de sistemas

Encierre en un círculo los cambios nuevos o recientes y explique

Willamette Valley Endocrinology

MARTIN L. BASSETT, M.D., P.C.

925 COMMERCIAL ST. S.E., SUITE 320
SALEM, OREGON 97302

PHYSICIAN AND P.A.'s of
ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM

TELEPHONE (503) 399-8105
FAX (503) 581-5351

4

1. Escalofríos, fiebre, fatiga o sudores nocturnos?
2. Estrenimiento, diarrea o sangre en las heces?
3. Sarpullido, acné o cambios en las uñas?
4. Cambios en: visión, olfato, audición?
5. Cambios de voz, dificultad para tragar o ronquera?
6. Dificultad de respirar, tos o sibilancias?
7. Dificultad para concentrarse, dificultad para dormir o ronquidos frecuentes?
8. Dolor al orinar, micción frecuente o despertarse durante la noche para orinar sangre en la orina, urgencia o incontinencia urinaria?
9. Cambios recientes en el peso: arriba/abajo? Cantidad
10. Náuseas, vómitos, reflujo o acidez estomacal?
11. Cambios en el cabello: crecimiento o pérdida de cabello?
12. Nasal: Congestión o drenaje?
13. Dolor muscular, dolor óseo o dolor en las articulaciones
14. Dolor en el pecho, hinchazón en los pies o tobillos, palpitos del corazón?
15. Dolores de cabeza, mareos, temblores?
16. dificultad para caminar o pérdida de conciencia reciente?

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

Uso de tabaco: SÍ 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: SÍ 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? _____

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

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

Willamette Valley Endocrinology

MARTIN L. BASSETT, M.D., P.C.

925 COMMERCIAL ST. S.E., SUITE 320
SALEM, OREGON 97302

PHYSICIAN AND P.A.'s of
ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM

TELEPHONE (503) 399-8105
FAX (503) 581-5351

5

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: _____

Willamette Valley Endocrinology

MARTIN L. BASSETT, M.D., P.C.

925 COMMERCIAL ST. S.E., SUITE 320
SALEM, OREGON 97302

PHYSICIAN AND P.A.'s of
ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM

TELEPHONE (503) 399-8105
FAX (503) 581-5351

6

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.

Voice Messages

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

Patient Portal

I would like to enroll in the patient portal: [] yes [] no

If yes, please provide email: _____

I would like a parent or family member to have access to your patient portal? [] yes [] no

If yes, please provide their Name: _____, Email _____, &
Date of Birth _____

What kind of access:

[] Limited (able to send in messages and refill request)

[] Full (access to all medical records and features)

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

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Willamette Valley Endocrinology

MARTIN L. BASSETT, M.D., P.C.

925 COMMERCIAL ST. S.E., SUITE 320
SALEM, OREGON 97302

PHYSICIAN AND P.A.'s of
ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM

TELEPHONE (503) 399-8105
FAX (503) 581-5351

Willamette Valley Endocrinology

MARTIN L. BASSETT, M.D., P.C.

925 COMMERCIAL ST. S.E., SUITE 320
SALEM, OREGON 97302

PHYSICIAN AND P.A.'s of
ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM

TELEPHONE (503) 399-8105
FAX (503) 581-5351

8

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

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.

Willamette Valley Endocrinology

MARTIN L. BASSETT, M.D., P.C.

925 COMMERCIAL ST. S.E., SUITE 320
SALEM, OREGON 97302

PHYSICIAN AND P.A.'s of
ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM

TELEPHONE (503) 399-8105
FAX (503) 581-5351

9

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***