

# Chest Physician Consultants

Asaad Jandali MD, FCCP

Wassim Shwaiki MD

Bassem Srour MD, FCCP

Puneet Sethi MD, FCCP

8840 Calumet Ave, Suite 206

Munster, IN 46321

Telefono: (219)836-7723

Fax: (219)836-7726

## Por Favor Imprimir

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono De Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Telefono De Negocio: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Seguro Social# \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Comunicación Preferida (**marque uno**): Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Llamar: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: (nombre y número de teléfono) \_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**\*\* Nombre del médico o persona que lo refirió a nuestra clínica\*\***

Referido: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**\*\* Entregue tarjetas a la recepción\*\***

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre de asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de póliza/Identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre de asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de póliza/Identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

**\*\*\*Tarifa de no presentación:** Cancelar con 24 horas de anticipación o se le cobrará una tarifa de \$ 25 por no presentarse.

**\*\*\* Llamadas fuera de horario:** Después del horario de atención, las llamadas telefónicas a los médicos se cobrarán \$ 15. Que no cubre la aseguranza.

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Razón de la visita: \_\_\_\_\_

Lista De Alergias				Cirugías Anterior	
Tefir	Y N	Látex	Y N	Tipo	Fecha
Yodo	Y N	Mariscos	Y N		
Alergias a medicamentos: _____					
_____					
_____					
_____					

**Medicamentos (Actualmente Tomando)**

Nombre	Ámbitos	importe	Nombre	Ámbitos	Importe
1.			2.		
3.			4.		
5.			6.		
7.			8.		
9.			10.		
11.			12.		
13.			14.		
15.			16.		
17.			18.		
19.			20.		

**Historial Médico**

	Paciente (Tu)		Diagnosticado Cuando (Año)	Miembro de la familia
Cáncer:	Y	N	_____	_____
Diabetes:	Y	N	_____	_____
Enfisema:	Y	N	_____	_____
Infarto:	Y	N	_____	_____
Insuficiencia cardíaca:	Y	N	_____	_____
Hipertensión:	Y	N	_____	_____
Cálculos renales:	Y	N	_____	_____
Otro: _____				
Embarazo:	Y	N		
Parto vaginal _____ c-sección _____			Número de niños _____	

**Historia Social**

Usted Fuma?	Y	N	Cuanto? _____
Bebes alcohol?	Y	N	Cuanto? _____

**Términos Y Acuerdos**

**Consentimiento Para Tratar:** Solicito y doy mi consentimiento a mi médico para proporcionar y realizar dicha atención médica / quirúrgica, pruebas, procedimientos, medicamentos y otros servicios y suministros que se consideran necesarios o beneficiosos para mi salud y bienestar. Reconozco que no se me han hecho representaciones, garantías o garantías en cuanto a los resultados o curas o en las que he confiado.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Divulgación De Información Médica Y Autorización Para Pagar Los Beneficios Del Seguro:**

Autorizo a mi médico a divulgar información de mi registro médico a mi(s) compañía(s) de seguros o agencia gubernamental para el procesamiento de reclamos de beneficios médicos. Solicito que mi(s) compañía(s) de seguros honren mi asignación de beneficios de seguro aplicables a los servicios y paguen todos los beneficios de seguro asignados directamente a mi médico, en mi nombre.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Certificación De Medicare:** Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a mi médico que me trata a divulgar información de mi registro médico a la SSA y /o al Programa Medicare o sus intermediarios o transportistas, o a las Organizaciones de Revisión de Estándares Profesionales para el procesamiento de reclamos de beneficios médicos. Solicito que el pago de los beneficios de autorización se haga directamente a mi médico que me trata, en mi nombre.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Acuerdo financiero:** Entiendo que todas las cuentas son responsabilidad total del paciente y / o la parte / garante responsable del paciente. Mi médico ayudará a los pacientes a obtener beneficios de seguro cuando esos beneficios se asignen a mi médico. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que los pagos del seguro se procesen y paguen rápidamente a mi médico. En caso de incumplimiento del pago, prometo pagar cualquier interés legal sobre el saldo adeudado, junto con cualquier costo de cobro y honorarios razonables de abogados incurridos para efectuar el cobro de esta cuenta o futuras cuentas pendientes.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Firma Del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Padre(s)/ Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Divulgación De Registros E Información**

En Chest Physician Consultants nos tomamos muy en serio nuestros derechos de privacidad y en un esfuerzo por comunicarnos con usted de manera más efectiva y mantener su información de privacidad confidencial (solo para aquellos que ha elegido para recibir su información de salud protegida); le pedimos que complete el siguiente formulario. Este formulario le permite ser la persona que decida a quién podemos divulgar su información y por qué razón.

Yo, \_\_\_\_\_, han recibido una copia impresa o revisado la copia de la oficina de las *prácticas de privacidad* de Chest Physician Consultants.

Me gustaría tener registrados los nombres y números de teléfono de los siguientes familiares / amigos a los que puede discutir o dejar información sobre mi información de salud protegida y / o asuntos financieros.

<b>Nombre:</b> _____	<b>Realización:</b> _____	<b>Teléfono:</b> _____
<b>Nombre:</b> _____	<b>Realización:</b> _____	<b>Teléfono:</b> _____
<b>Nombre:</b> _____	<b>Realización:</b> _____	<b>Teléfono:</b> _____
<b>Nombre:</b> _____	<b>Realización:</b> _____	<b>Teléfono:</b> _____

Además de lo anterior, ¿cómo podemos comunicarnos con usted con respecto a cualquier problema de salud o inquietud que pueda ser confidencial? (Por ejemplo: resultados de laboratorio, radiografías, recordatorios de citas, etc.)

¿Podemos dejar mensajes en su teléfono?	<b>Sí:</b> _____	<b>No:</b> _____
¿Puede ser contactado en el trabajo?	<b>Sí:</b> _____	<b>No:</b> _____
¿Podemos enviar correo a su domicilio?	<b>Sí:</b> _____	<b>No:</b> _____

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Aviso De Privacidad Del Paciente**

**Chest Physician Consultants**

---

**Información para el paciente**

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Medio:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**SSN:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.**

**Divulgación de su información de atención médica**

**Tratamiento**

Podemos divulgar su información de atención médica a otros profesionales de la salud dentro de nuestra práctica con el propósito de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

**Pago**

Podemos divulgar su información de atención médica a sus proveedores de atención de seguros con el propósito de pago u operaciones de atención médica.

**Compensación de Trabajadores**

Podemos divulgar su información de salud según sea necesario para cumplir con las leyes estatales de *Compensación De Trabajadores*.

**Emergencias**

Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, u otra persona responsable de su atención sobre su condición médica o en caso de una emergencia de su muerte.

**Salud pública**

Según lo exija la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades de salud pública para fines relacionados con la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades, informar sobre abuso o negligencia infantil, informar sobre violencia doméstica, informar a la administración de la FDA problemas con productos y reacciones a medicamentos, e informar enfermedades y trastornos infecciosos.

**Procedimientos Judiciales Y Administrativos**

Podemos divulgar su información de salud en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial.

**Aplicación De La Ley**

Podemos divulgar su información de salud a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley con el propósito de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumplir con una orden judicial o citación, u otros fines de aplicación de la ley.

**Personas Fallecidas**

Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en los exámenes médicos forenses.

**Donación De Órganos**

Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en la obtención, el banco o el trasplante de órganos y tejidos.

**Investigación**

Podemos divulgar su información de salud a los investigadores que realizan investigaciones que han sido aprobadas por una Junta de Revisión Institucional.

## Seguridad Pública

Puede ser necesario divulgar su información de salud a la persona adecuada para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona en particular o para el público en general.

## Organismos Gubernamentales Especializados

Podemos divulgar su información de salud para fines militares, de seguridad nacional, de prisioneros y de beneficios gubernamentales.

## Sus Derechos De Información De Salud

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. Sin embargo, tenga en cuenta que *Chest Physician Consultants* no está obligado a aceptar la restricción de su solicitud. Tiene derecho a que su información de salud sea recibida o se comunicada a través de un método alternativo o enviada a un lugar alternativo que no sea el método habitual, a su solicitud. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud.

Usted tiene el derecho de solicitar que *Chest Physician Consultants* modifique su información de salud protegida. Tenga en cuenta que, sin embargo, CPC no está obligado a aceptar esa solicitud. Si su solicitud es denegada, se le proporcionará una explicación de nuestro razonamiento y cómo puede continuar en ese asunto.

Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de su información de salud protegida hechas por CPC.

Tiene derecho a una copia de este aviso de Prácticas De Privacidad en cualquier momento si lo solicita.

## Cambios A Este Aviso

*Chest Physician Consultants* se reserva el derecho de modificar este aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento y hará efectivas las nuevas disposiciones para toda la información que mantenga. Hasta que se realice dicha modificación, CPC está obligado por ley a cumplir con este aviso.

CPC está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle un aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este aviso o si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, contáctenos.

## Quejas

Las quejas sobre sus derechos de privacidad o cómo CPC ha manejado su información de salud deben dirigirse a nosotros. Puede presentar una queja formal a:

**DHHS, Oficina de Derechos Civiles**  
**200 Independence Ave. SW**  
**Cuarto 509 F HHH edificio**  
**Washington DC, Maryland 20201**

Este aviso es efectivo de la fecha de hoy que se enumera a continuación

He leído el aviso de privacidad y entiendo mis derechos contenidos en el aviso. A modo de firma, proporciono a CPC mi autorización y consentimiento para usar y divulgar mi información de atención médica protegida con el fin de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de privacidad.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_