

*Audrey Weissman M.D. Juan Abel Romero Llor, PA-C Manuela Quiceno Quintero, PA-C
Ellen Buchbinder, M.D. Russell Laudon M.D. Yana Michaels, PA-C Neema Lama, PA-C*

FORMA PACIENTE de ENCUENTRO

Fecha _____ Chart # _____ EHR # _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

idioma preferido _____ Raza _____ Etnicidad _____

Genero Hombre Mujer Otro _____ Soltera Casado Divorciado Divuda/o

Residencia _____

Ciduad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

En casa telefono incluyendo codigo de la zona (____) _____

Numero de telefono celular incluyendo codigo de la zona (____) _____ email _____

El mejor número de teléfono para comunicarse con usted en Casa Celular Trabajo

Nombre de su empleador _____ Telefono de trabajo (____) _____

Direcion su empleador _____

Ciudad de su empleador _____ Estado _____ Codigo postal _____

**** Si el paciente es cadsado escribala informacion acerca del esposo/a, Si el paciente es Menor de edad entonces por favor escribe la siguiente información acerca del guardian:**

Nombre _____ Telefono (____) _____

Seguro Primerio- Nombre _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo de la zona _____

Telfono de seguros (____) _____ Nombre de asegurado _____

Seguro Secundario – Nombre _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo de la zona _____

Telfono de seguros secundario (____) _____

La Compensacion de trabajos Sí No Ningún Defecto Sí No

Contacto de emergencia (de otra manera que conyuge) Nombre _____

Relación con el paciente _____ Teléfono del contacto (____) _____

Mecionador por (si el médico – proporcionar nombre completo, dirección, teléfono): _____

Razón de visita: _____

¿Durante que meses los síntomas Estacional Perenne todo el año

Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

¿Los síntomas empeoran? Gato Perro Otros Animales Granero / Heno cosmético Polvo Talco aire acondicionado
 áreas húmedas días fríos clima seco días caluroso día de alta poluution cambio climático clima húmedo el viento el humo
 Perfumes la pintura humea jabon plantas de la casa cortar cespedes Insecticidas periodicos lana viaje / vacaciones
dentro (explique) _____ fuera (explique) _____

¿Alguna de las siguientes causas o empeorar los síntomas? Leche or productos de leche Frutas or jugos de frutas Vegetal
 Huevos o productos de huevos cerveza vino bebidas alcoholica productos de trigo Nueces, frijoles, semillas Queso
 el hongo Chocolate Vinagre pescado marisocs carne las aves de corral Otro _____

¿Jamás ha sido tratado usted con disparos de alergia? Si No

¿en caso afirmativo para que fue tratado usted?

Plenes de cesped deshierbe polenes polenes de arbol Moldes polvo Cockroach Mouse/Rat
 Animales Otro _____

¿Cuándo conseguiste las vacunas contra la alergia? _____ ¿Dónde? _____

¿ hizo los disparos de alergia le ayudan? Si No no recuerdo

¿fuma? Si No si es as: cigarillos puros tubo Narguile Marihuana Otro _____

¿numera por día? _____ ¿Cuanto tiempo? _____ mese _____ anos

¿bebe bebidas alcoholicas? Si No ¿ con qué frecuencia? Social Habitual Histoia alcoholica

¿Medicamentos sin receta? a menudo/actualmente a veces Nunca por delante

¿Su condición médica? Asma Bronquitis Diabetes Enifesma presión alta cardiopatía

dificultad Hormonal alergia a la picadura de insectos problemas estomacales o intestinales intolerancia a la lactose

Sensibilidad al gluten enfermedad de la tiroides

Otro _____

Enumere cualquier medicamento/medicación/alergias al látex: _____

Enumere cualquier alergia o sensibilidad alimentaria: _____

Enumere cualquier alergia a insectos/venenos: _____

historia medica: (Indicar fecha, por qué, dónde y qué tratamiento)

hospitalizado: _____

visita a la sala de emergencia _____

Cirugia: _____

medicamento(s) utilizan ahora (Indicar nombre & dosis): _____

Historia familiar: Asma Colitis Eccema Fiebre del heno migraña Problemas sinusales Ulcera

otra enfermedad: _____

¿Son problemáticas estas exposiciones?

IRRIANTES: Productos de limpieza Detergents Olores de cocimiento Perfumes Talco Humo de tabaco

otra clase de humos _____ Naftalinas Vapors de motores pintura de laca cera goma de pegar

repletetes de insectos Fertilizantes amoniaco desodorantes de cuartos vapores quimicos Cloro

Otro _____

Articulos de baño: Jabon Chamu Crema de rasurar locion de rasurar desodorante vaporizado fijador de cabello

tonico para el cabello tinte de cabello crema de manos cosmeticos pasta dentrifica crema dental enjuque bucal

esmalte de unas Otros _____

Comidas: Alcohol Cerveza Queso Chocolate Liquidos bien frios Huevos Pescado Jugos Leche Nueces Condimentos

Los Mariscos Fesas Vegetales Productos de trigo Vino Otro _____

alergia a demicamentos: Penicilina Sulfa Aspirina/NSAIDS Latex Anestesia

drogas sin recetas (Specify = especifique _____

ANIMALES: cuales de estos son sus animals caseros: Pajaro Gato Perro Jerbo Hamster Caballo Conejo

Otro _____

¿es su estado peor quando esta cerca de animales? Si No Síntomas _____

mordedura del insecto O picaduras: hinchazon grande debilidad sudar falta de aliento nariz congestionada resollar

Otro _____

CLIMA: Aire acondionad cambio de temperatura frio humedo caliente contaminado niebla luz solar Otro _____

Ropa Nueva (sin lavar): Abrigo Ropas de limpieza en seco Zapatos Seda Ropa almidonada Sueter Lana Otro: _____

Nombre: _____ Chart # _____ EHR # _____

Contactos de Piel: almohadas de plumas Flores cortadas arboles de Navidad hierbas cortadas Polvo Fibra de vidrio Abrigo de piel
 Hemo plantas caseras Joyeria Colchon muebles sobrecargados Plasticos Planta Ponzonosa Goma alfombra crema de zapatos
 almohadillas rellenas Otro _____

GENERAL: Maeos Fatiga Demayos Gripes frequencias Nerviosidad Sinusitis Otro _____

Dolores de Cabeza: ¿Dónde? parte posterior de la cabeza frontal (cara) derecha izuierdaw

¿Cuándo?: día noche tanto de día como de noche

síntomas: punzante agudo dolorido con Vomitos con nariz tapada

síntomas: mejor cuando deurme peor con tension ane sus ojos Otrp _____

síntomas causados por: Migrana Comida Medicinas Sinusitis tensión Otro _____

PIEL: ampollas quemazon caspa eccema urticaria escosor transpiracion erupsion cutanea rojiza picazon hinchazon
 pie de alteta **¿Dónde?** _____ ¿Tu problema empeora después de comer? Si No

OJOS: desenfoque de la vision picazon Mareo Glaucoma Infeccion Supuraion sangrando hinchazon rojiza presion
 Otro _____

NARIZ: hemorragia nariz fracturada picazon polipo goteo post nasal estornudo ronquido bloqueada problemas para oloer
 cirugía previa Otro _____

LENGUA: sucia picason dolorida inflamada problemas para saborear Otro _____

BOCA: Adenoids extirpadas mal aliento cambio de voz carraspeo frecuente picazon en el paladar dolor de garganata
 repire por la boca amigdalitis frecuente labios inflamados amigdalas removidas dificultad para tragar

MUCOS: sangriento marron claro verde amarillo espeso delgado **Fuente del moco:** pulmones nariz garganta
cantidad por día: cucharilla cuchara media taza Otro _____

PECHO: bronquitis toser tose cuando resuella emfisema problemas de corazon presioni alta Pneumonia
 falta de aire tensión problemas para dormer problemas al caminar problemas al trabajar sibilancia
 (TB) Tuberculosis Cancer Otro _____

ESTOMAGO: encias sangrantes sangre en el excremento calambre diarre Gas dlor fuerte del excremento muco en el excremento
 heces recales Vomito Otro _____ **¿Qué alimentos lo hacen peor?** _____

ARTICULACIONES: dolor rigidez inflamacion Otro _____

MENSTRUACIÓN - para mujeres sólo: Regular Irregular supurar escosor calambre infeccion dolor

ultima mentruacion (fecha): _____ **Esta usted ahora en cinta?** Si No

si es así, ¿qué tan lejos a lo largo de usted está _____

Esta tomando usted pastillas para evitar embarazo? Si No En caso afirmativo, ¿qué está usando? _____

MENOPAUSIA-sólo para mujeres: Síntomas de la menopausia: los sofocos de calor insomnio humor cambia sesquedad vaginal
 Otro _____

Rinon: infeccion de la veia escalo frios fiebre urinacion frecuente infeccion dolor infeccion recurente Otro _____

¿Dónde usted vive? Cuarto Apartamento casa del ladrillo casa de madera casa movable sotano Otro _____

¿edad de la casa?: Nuevo – menos de 10 anos Medio – 11 - 30 anos Viego – mas de 30 anos

LOCALIDAD: Ciudad – 5 barrios de ciudad de NYC Suburbios Campos Hacienda Cerca de fabrica Cerca de panaderia costa
 montanas Desierto silos de grano pantano gallinero establo Otro _____

Su problemas empeora en: Dormitorio cuarto de bano cuarto de estar cpcoma Attico Garaje sotano dentro de casa
 fuera de casa Otro _____

PROBLEMAS PEORES DE USO: almohadas de plumas edredón

Tipo de calefaccion: radiador aire forzado aire filtrado pompa de calor electrico calor de vapor Otro _____

Tipo de enfriamiento Nada Ventana en ;a pared Central la Fan Otro _____

su problemas se empeora cuando en casa en el trabajo en el carro en el bote ejercitando salon de belleza en las escuela
 menjandro el carro barriendo limpiando la casa hacienda la cama cerca de fan cerca humedcedor cerca de vaporizador cerca de
ventanas cerca de conductos de calefaccion en dias ventosos tomando duchas calientes o frias nadando en piscine lugares humedos
 Otro _____

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Chart # _____ EHR # _____

Tenga en cuenta que es responsabilidad del paciente regresar a esta oficina para obtener sus resultados con respecto a cualquier prueba realizada en esta oficina y los resultados de las pruebas ordenadas en un centro exterior por esta oficina.
Es concebible que en cualquier consultorio un informe anormal pueda ser colocado erróneamente en una tabla sin que el médico haya visto el informe. También es posible que el informe de un consultor se pierda por correo sin que el médico sepa que había visto al especialista o los resultados de la consulta. También es muy importante que regrese a esta oficina cuando se le avise de una visita

de Seguimiento - up, para que haya continuidad de su atención médica.
Es responsabilidad del paciente regresar a esta oficina, con el fin de evitar estos problemas. Se recomienda encarecidamente a los pacientes que regresen a la oficina para todos los seguimientos para garantizar que todos los problemas se solucionen de manera oportuna y adecuada. Usted, el paciente también debe compartir la responsabilidad de mantener su atención médica.
Agradecemos su cooperación y le pedimos que firme a continuación indicando su comprensión de nuestra política de oficina.

Asignación de beneficios

Autorizo a la parte mencionada anteriormente a divulgar la información médica necesaria para el procesamiento de mis reclamos médicos.

Firma _____ Fecha _____ Nombre completo: _____

Asigno el pago de beneficios a la parte antes mencionada.

Firma _____ Fecha _____ Nombre completo: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Entiendo que, bajo la Ley de Responsabilidad de Portabilidad del Seguro Médico de 1996, tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida (PHI). He recibido, leído y entendido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

La práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que la Práctica proporcionará el Aviso actual de Prácticas de Privacidad a petición.

Firma/Relación: _____ Fecha: _____

***** Sólo uso de Office *****

I was unable to obtain the patients signature.

Employee's Name: _____ Date: _____

Reason: _____

INFORMACION DE FARMACIA

Nombre de la farmacia: _____

Dirección/Ciudad/Zip _____

teléfono # (____) _____ Fax # (____) _____

Política de cancelación

CO-PAGO, COSEGURO, CITAS Y PÓLIZAS DE CANCELACIÓN

Política de co-pago

Todos los copagos deben pagarse en el momento de la visita a la oficina, incluidos todos los copagos de prueba requeridos por su plan de seguro. Si usted tiene un deducible, ese pago también se debe en su totalidad en el momento de la visita.

Si necesita cancelar su cita, requerimos un aviso previo de aviso las 24 horas... Martes para una cita de jueves y sábado por la mañana para una cita de lunes. Recuerde, las citas son de alta demanda y notificarnos de su cancelación permitirá a otro paciente la posibilidad de ser visto por el médico. **Llame al (718) 592-3200 para cancelar su cita.**

CITAS Y POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Nos esforzamos por proporcionar atención médica de calidad de manera oportuna. Esto no sólo requiere que los pacientes que hacen citas, sino también notificar a esta oficina con anticipación si necesita cancelar su cita. Esto nos ayudará a satisfacer mejor las necesidades médicas de nuestros pacientes, incluida una persona que necesita tratamiento urgente.

CANCELACIONES DE LATE SE CONSIDERAN UN "la incomparecencia"

Un "la incomparecencia" es un paciente que no cumplió su cita sin llamar para cancelar 1 día laborable de antemano.

Una falta de presentación en el momento de su cita programada se registrará en su gráfico como UN "la incomparecencia". Esto está sujeto a una tarifa administrativa de \$25 por día (un total de \$75).

YO, _____ han leído y estoy al tanto de las políticas mencionadas anteriormente.

Print patient's full name

Patient's Signature

Fecha

Chart #

EHR #

AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

INTRODUCCIÓN:

Audrey M. Weissman, M.D. entiende que su información médica es privada y confidencial. Además, estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la "información médica protegida" (PHI). "PHI" incluye cualquier información de identificación individual que obtengamos de usted u otras personas que se relacionen con su salud física o mental pasada o futura, la atención médica que recibió o el pago de su atención médica. Según lo exija la ley, este aviso le proporciona la información sobre sus derechos y nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la privacidad de "PHI".

Este aviso también analiza los usos y divulgaciones que haremos de su "PHI". Debemos cumplir con las disposiciones de este aviso como actualmente en vigor, aunque nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando, según lo requieran las leyes federales y estatales, incluyendo pero no limitado a la Regla Omnibus de HIPAA y para hacer que el aviso revisado sea efectivo para todos los "PHI" que mantenemos. Cualquier copia revisada de esta "PHI" estará disponible a petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

DERECHOS DEL PACIENTE:

Usted tiene derecho a obtener una copia de su registro médico en papel o electrónico. Usted tiene derecho a solicitar una corrección a su registro médico en papel o electrónico. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por escrito en un plazo de 60 días. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en costos según lo permita la ley. Puede solicitar una comunicación confidencial y

solicitarnos que limitemos la información que compartimos. Usted tiene derecho a obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información. Usted tiene derecho a presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados: Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para los Derechos Civiles 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llamando al 1-877-696-6775 o visitando: www.hhs.gov/ocr/privacy/complaints/.

OPCIONES de PACIENTES:

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información a medida que: Cuéntale a familiares y amigos acerca de su condición; proporcionar ayuda en caso de desastre; proporcionar atención de salud mental; comercializar nuestros servicios y vender su información.

_____ : Puede enviar mi información por fax a (____) _____ : Puede enviar mi información por fax a _____ : Puede dejar un mensaje de voz en mi contestador automático o teléfono celular _____ : Hable con los siguientes miembros de la familia con respecto a mi información médica

USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS:

Podemos usar o divulgar su información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para cada una de estas categorías de uso y divulgación, hemos proporcionado una descripción y un ejemplo a continuación. Sin embargo, no se enumerará todo uso particular de la divulgación en cada categoría.

TRATAMIENTO significa las disposiciones, la coordinación o la gestión de su atención médica, incluidas las consultas entre los proveedores de atención médica con respecto a su atención médica y las derivaciones para la atención médica de un proveedor de atención médica a otro. Por ejemplo, un médico que te trata por una pierna rota puede necesitar saber si tienes diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Además, es posible que el médico necesite ponerse en contacto con un fisioterapeuta para crear el régimen de ejercicio adecuado a su cuidado.

EL PAGO se refiere a las actividades que realizamos para obtener el reembolso de la atención médica que se le brinda, incluyendo facturación, cobros, gestión de reclamos, determinación de elegibilidad y cobertura y actividades de revisión de utilización. Por ejemplo, antes de proporcionar servicios de atención médica, es posible que necesitemos proporcionar información a su pagador de terceros sobre su condición médica para determinar si el curso de tratamiento propuesto estará cubierto. Cuando posteriormente le facturamos al Tercero Pagador por los servicios prestados a usted, podemos proporcionar al Tercero Pagador información sobre su atención si es necesario para obtener el pago. La ley federal o estatal puede requerir que obtengamos una liberación por escrito para usted antes de divulgar cierta información médica especialmente protegida para fines de pago, y le pediremos que firme una liberación cuando sea necesario bajo la ley aplicable. Si pagó por servicios de su bolsillo, debemos acomodar cualquier solicitud que usted proporcione que no divulguemos su PHI relacionada únicamente con esos servicios pagados de su propio bolsillo si la divulgación se va a hacer a un plan de salud para el pago u operaciones de atención médica.

OPERATONS DE CUIDADO DE LA SALUD significa las funciones de apoyo de nuestra práctica relacionadas con el tratamiento y el pago, tales como actividades de aseguramiento de la calidad, gestión de casos, recepción y respuesta a comentarios y quejas de los pacientes, revisión de médicos, programas de cumplimiento, auditorías, planificación empresarial, desarrollo, gestión y actividades administrativas. Por ejemplo, podemos usar su "PHI" para evaluar el desempeño de nuestro personal cuando lo cuida. También podemos combinar información de salud sobre muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. Además, podemos eliminar información que lo identifique de la información de su paciente para que otros puedan usar la información desidentificada para estudiar la atención médica y la entrega de salud sin saber quién es usted.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACION PROTEGIDA

Además de usar y divulgar su información para operaciones de tratamiento, pago y atención médica, podemos usar su "PHI" de las siguientes maneras:

Podemos compartir su información médica para ciertas situaciones tales como:
Saysa; Ayudar con los retiros de productos; Reportar reacciones adversas a medicamentos;
Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica; Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona; Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud; Cumplir con las leyes estatales o federales según sea necesario; En respuesta a las solicitudes de donación de órganos y tejidos; Compartir información de salud sobre usted con organizaciones de adquisición de

órganos; Para las reclamaciones de compensación del trabajador;
Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley;
Con los organismos de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley; Para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial; En respuesta a un tribunal o orden administrativa, o en respuesta a una citación.

Yo, _____ reconocer que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Privacidad de Audrey M. Weissman, M.D.
Print Patient's Full Name

Firma del paciente: _____ Fecha _____

Patient is unable to or refuses to sign this acknowledgement. This acknowledgement form will be retained in your record for six (6) years as required by federal law.

Privacy Official: Audrey Weissman Phone # (718) 592-3200 e-mail address: rpmahw@gmail.com

Chart # _____ EHR # _____