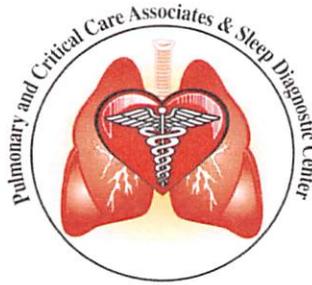


1860 Town Center Drive  
Suite 270  
Reston, VA 20190  
Tel.: 703-318-8157  
Fax: 703-318-7525



19455 Deerfield Ave  
Suite 206  
Leesburg, VA 20176  
Tel.: 703-858-9608  
Fax: 703-858-9618

Estimado paciente:

Estos son los nuevos formularios que debe llenar como paciente. Por favor, llene completamente los formularios y llévelos a su cita junto con lo siguiente:

-Tarjeta de seguro e identificación con foto (PARA TODOS LOS SEGUROS: ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PONERSE EN CONTACTO CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA DETERMINAR SI EL MÉDICO QUE ESTÁ CONSULTANDO ESTÁ DENTRO O FUERA DE LA RED)

-Si su seguro es una organización para la atención de la salud (HMO), traiga la referencia médica correspondiente. NOTA: Si no necesita una referencia médica, llame a la oficina el día hábil anterior a su cita para asegurarse de que lo hayamos recibido.

-Lista de todos sus medicamentos y dosis de estos, así como cualquier alergia y reacción a medicamentos (ver documentación adjunta).

-Si recientemente le han hecho rayos X del tórax o un TAC del tórax, traiga el disco o la película, no solo el informe de interpretación.

-Si ha sido referido, traiga cualquier información útil de su médico para su cita o pida que se lo envíen por fax a nuestra oficina. Por ejemplo: Notas de consulta, estudios de laboratorios, radiología, etc.

Si tiene alguna pregunta acerca de su nueva cita, o si necesita cancelarla o reprogramarla, por favor llame al 703-722-1595. Si por alguna razón no puede acudir a esta cita, necesitamos recibir un aviso con 24 horas de antelación o se le cobrará un cargo de hasta \$120.

¡Gracias por su tiempo y bienvenido(a) a nuestros servicios! Por favor, tenga en cuenta que, si llega 15 minutos tarde a su cita, podría tener que reprogramarla.

-Pulmonary and Critical Care Associates

Reston Office: 1860 Town Center Dr. #270 Reston, VA 20190  
Lansdowne Office: 19455 Deerfield Ave Leesburg, VA 20176

04/11/2019.

***Especializados en cuidados críticos pulmonares y medicina del sueño***



1860 Town Center Drive  
Suite 270  
Reston, VA 20190  
Tel.: 703-318-8157  
Fax: 703-318-7525



19455 Deerfield Ave  
Suite 206  
Leesburg, VA 20176  
Tel.: 703-858-9608  
Fax: 703-858-9618

---

## **POR FAVOR, TENGA EN CUENTA NUESTRAS DE POLÍTICAS DE CONSULTA**

- **Nos reservamos el derecho a cobrar por las citas canceladas o a las que no acuda en caso de que no nos avise al respecto con 24 horas de anticipación.**
  - Tarifa por cita de 15 minutos \$30.00
  - Tarifa por cita de 30 minutos \$60.00
  - Tarifa por cita de 45 minutos \$90.00
  - Tarifa por cita de 60 minutos \$120.00
- **A nuestros pacientes que tienen un Seguro de Atención Administrada (HMO):**

Todos los pacientes que requieran una referencia médica deben contar con ésta en cada consulta. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que contemos con una referencia médica válida. Si no contamos con su referencia médica, deberá reprogramar su cita.

*\*\*Si no cuenta con su referencia médica en el momento de la consulta y debemos reprogramar su cita, se le podría cobrar una tarifa por cita no cancelada o reprogramada con una anticipación mínima de 24 horas\*\*.*
- **Nuestra oficina verifica únicamente la elegibilidad del seguro.** Es responsabilidad del paciente ponerse en contacto con su seguro y determinar si el médico que está consultando está dentro o fuera de la red. Por favor tenga en cuenta lo siguiente: Los gastos no deducibles son mayores si consulta a un médico que no pertenezca a la red.
- **Los copagos se deben pagar en cada consulta. ¡No hay excepciones!**
  - Aceptamos las siguientes formas de pago:
    - Visa, Mastercard, Discover, cheques personales, giros postales y efectivo (monto exacto únicamente)
    - En el momento de su consulta, se agregará una tarifa de administración de \$10 a su estado de cuenta en caso de que no llegase a abonar el copago.
- **Tenga en cuenta que, si llega a su cita más de 15 minutos después de la hora fijada, podría tener que reprogramarla.**
- **Se cobrará una tarifa de \$30 en caso de cheque devuelto.**

He leído y entendido estas políticas de Pulmonary and Critical Care Associates.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

***Especializados en cuidados críticos pulmonares y medicina del sueño***

1860 Town Center Drive  
Suite 270  
Reston, VA 20190  
Teléfono: 703-318-8157  
Fax: 703-318-7525



19455 Deerfield Ave  
Suite 206  
Leesburg, VA 20176  
Teléfono: 703-858-9608  
Fax: 703-858-9618

---

### AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O REVELAR REGISTROS MÉDICOS DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a Pulmonary & Critical Care Associates (el Servicio) a obtener todos los registros médicos que correspondan sobre la atención médica de que yo haya sido objeto en el pasado cualquier médico, hospital u otro profesional de atención a la salud.

Autorizo asimismo al Servicio a revelar todos los registros médicos que correspondan sobre la atención médica de que yo haya sido objeto a cualquier médico, hospital u otro profesional de atención a la salud en cualquier momento. Autorizo además al Servicio a revelar todos los registros médicos que correspondan sobre la atención médica de que yo haya sido objeto a Medicare, a Medicaid, así como a cualquier compañía de seguros, tercero administrador o compañía de servicios médicos administrados.

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

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

1860 Town Center Drive  
Suite 270  
Reston, VA 20190  
Tel.: 703-318-8157  
Fax: 703-318-7525



19455 Deerfield Ave  
Suite 206  
Leesburg, VA 20176  
Tel.: 703-858-9608  
Fax: 703-858-9618

A Pulmonary & Critical Care Associates, PC le gustaría confirmar, para su protección y conveniencia, que en nuestros archivos contamos con la información más actualizada. Por favor llene este formulario y entrégueselo a nuestro personal.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal \_\_\_\_\_ (encierre con un círculo) Casa Celular Trabajo

¿Estamos autorizados a dejar un correo de voz detallado? (encierre con un círculo) Sí No

¿Le gustaría tener acceso a su Portal del Paciente? (Encierre en un círculo) Sí No Ya estoy registrado

Dirección de correo electrónico para acceder al Portal del Paciente \_\_\_\_\_

Información importante sobre el Portal del Paciente: Al tener acceso a este Portal, usted, en su calidad de paciente, entiende que este Portal del Paciente NO debe utilizarse para situaciones urgentes o de emergencia y que está restringido a comunicaciones y peticiones que no constituyan una emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

**RECUERDE:** El método de comunicación que preferimos es a través de nuestro Portal del Paciente. Las reposiciones de medicamentos y la información de autorización de exámenes se le enviarán a la bandeja de entrada de su portal. A aquellos pacientes que no deseen tener acceso a su portal le sugerimos que nos permitan dejarles un mensaje detallado como se indicó anteriormente. Si usted no desea que le dejemos un mensaje detallado y no desea utilizar nuestro portal, debe comunicarse por teléfono con nuestra oficina para comunicarnos esta información.

#### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A PERSONAS / FAMILIARES

De conformidad con las políticas del Gobierno Federal implementadas por la Ley de portabilidad de salud de 1996 (HIPAA), para que su médico o el personal del servicio pueda conversar sobre su condición con miembros de su familia o las personas que usted indique, debemos obtener su autorización previa. En caso de que sufra un episodio crítico o si no está en capacidad de dar su autorización debido a la gravedad de su condición médica, la ley estipula la posibilidad de eximirse de estas reglas.

\_\_\_\_ No autorizo al servicio a revelar ninguna información relativa a la atención médica de que yo sea objeto a ninguna persona, excepto según se establece anteriormente.

\_\_\_\_ Autorizo al servicio a divulgar oralmente toda información relativa a la atención médica de que yo sea objeto a las siguientes personas.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

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

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1860 Town Center Drive  
Suite 270  
Reston, VA 20190  
Tel.: 703-318-8157  
Fax: 703-318-7525



19455 Deerfield Ave  
Suite 206  
Leesburg, VA 20176  
Tel.: 703-858-9608  
Fax: 703-858-9618

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN FINANCIERA A PERSONAS / FAMILIARES**

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

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

**FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD PULMONAR**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Género: M / F  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Farmacia que prefiere \_\_\_\_\_

Nombre Dirección Teléfono

Idioma principal:: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Latino o No latino  
Encierre con un círculo

**HISTORIAL MÉDICO GENERAL**

(por favor seleccione todo lo que corresponda)

- Alcoholismo
- Alergias / Fiebre del heno
- Anemia
- Ansiedad
- Asma
- Fibrilación auricular
- Transfusión de sangre
- Arteriopatía coronaria
- Cáncer: ¿Tipo? \_\_\_\_\_
- Quimioterapia: Finalizó \_\_\_\_\_
- Tratamiento de radiación: Finalizó \_\_\_\_\_
- Marcapaso cardiaco
- Enfermedad cardiovascular
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Varicela
- Cirrosis
- Colitis
- EPOC
- Insuficiencia renal crónica
- Enfermedad de Crohn
- Accidente cardiovascular
- Trombosis venosa profunda
- Depresión
- Diabetes tipo 1:
- Diabetes tipo 2:
- Epilepsia
- Fractura
- Úlcera gástrica
- Enfermedad gastrointestinal
- Enfermedad de reflujo gastroesofágico
- Diabetes gestacional
- Glaucoma
- Soplo cardíaco
- Hepatitis
- Colesterol alto
- Hiperlipidemia
- Hipertensión
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Bomba de insulina
- Dolor articular
- Enfermedad renal
- Disfunción sistólica ventricular izquierda
- Depresión
- Infección renal
- Cálculos renales
- Migraña
- Esclerosis múltiple
- Infarto del miocardio
- Obesidad
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Neumonía
- Trast. neurológico progresivo
- Cáncer de próstata
- Enfermedad pulmonar
- Fiebre reumática
- Artritis reumatoide.
- Zóster
- Apnea del sueño
- Enfermedad de trans. sexual
- Enfermedad terminal
- Enfermedad de la tiroides
- Ataques isquémicos transitorios
- Tuberculosis
- Problemas valvulares

HOSPITALIZACIONES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OTROS ANTECEDENTES MÉDICOS \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO**

Actualmente fuma todos los días Consumidor de tabaco Sí No  
 Actualmente fuma ocasionalmente  
 Exfumador(a)  
 No ha fumado nunca  
 Fumador(a). Se desconoce situación actual  
 Desconocida

Tabaquismo

# De paquete (s) fumados por día \_\_\_\_\_ ¿ Por Cuantos años fumo? \_\_\_\_\_ Fecha para dejar de fumar \_\_\_\_\_



