



Pulmonary • Critical Care • Sleep

Riverside Locación:

4234 Riverwalk Pkwy, Ste 230, Riverside, CA 92505

Ph: 951.781.3672 Fax: 951.781.0365

Irvine Locación:

4 Hughes, Ste 100, Irvine, CA 92618

Ph: 949.679.6874 Fax: 949.242.2772



Hola,

Estamos encantados de que haya programado una cita con **Pacific Pulmonary Medical Group (PPMG)**. Es un honor para nosotros participar en su cuidado de salud.

Los proveedores de PPMG atienden a algunos de los pacientes más complejos y críticamente enfermos en las áreas de **Riverside y el Condado de Orange**, tanto en hospitales de la zona como en nuestras oficinas ambulatorias ubicadas en 5 localidades. Los proveedores de PPMG son especialistas en **enfermedades pulmonares, enfermedades infecciosas, medicina del sueño, hipertensión pulmonar, cáncer de pulmón y medicina de cuidados intensivos**. Todos los proveedores de PPMG están certificados por la junta médica (**Board-Certified**).

Nuestro objetivo es brindarle una atención médica excepcional y un servicio superior. Para ayudarle a tener la mejor experiencia posible durante su visita, le ofrecemos algunos consejos:

1. Por favor, **complete completamente el Cuestionario Demográfico e Historial Médico adjunto** antes de su llegada a la primera cita. Si ha completado toda la documentación requerida con anticipación, debe llegar **al menos 30 minutos antes** de la hora programada para su cita. Si no puede completar la documentación antes de su cita, deberá llegar **60 minutos antes** de la hora programada, de lo contrario su cita puede ser reprogramada. Sabemos que suena a mucho tiempo, pero los proveedores de PPMG desean contar con la mayor cantidad de información posible para brindarle una atención médica excepcional.
2. Por favor, **traiga todos sus medicamentos actuales** o una **lista completa de todos los medicamentos recetados y de venta libre** que esté tomando, incluyendo la **dosis y la frecuencia** de uso.
3. Anote las **preguntas o inquietudes** que desea tratar con el médico durante su visita, para que no se le olvide nada y su tiempo sea bien aprovechado.
4. Por favor, **traiga su(s) tarjeta(s) de seguro médico y una identificación con foto**. Estamos obligados a verificar la identidad y la elegibilidad del seguro de todos nuestros pacientes. También estamos obligados a **cobrar cualquier copago y/o deducible en el momento en que se brindan los servicios**.
5. Traiga **efectivo, cheque o tarjeta de crédito** para pagar su copago o deducible.

Si por alguna razón no puede asistir a su cita, le pedimos que **nos avise con al menos 24 horas de anticipación** para evitar un **cargo de \$50 por cita perdida**. Hemos reservado ese espacio de tiempo especialmente para usted.

Si tiene preguntas o inquietudes antes de su próxima visita, no dude en comunicarse con la Oficina Central de Programación de Citas de PPMG llamando al **(951) 781-3672** para nuestra oficina de Riverside o al **(949) 696-6874** para nuestra oficina de Irvine. Nuestro horario de atención es de **lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.**

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			
DIRECCIÓN POSTAL: CALLE		APTO.		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
FECHA DE NACIMIENTO		TELÉFONO DE CASA		CELULAR		TELÉFONO DEL TRABAJO			
SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		¿PREGNANT? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
MÉDICO QUE REFIERRE (APELLIDO, NOMBRE)				MÉDICO DE CABECERA (APELLIDO, NOMBRE)					
FARMACIA PREFERIDA (Nombre y Dirección):									
LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO PREFERIDO (Nombre Y Dirección):									
CENTRO DE IMÁGENES PREFERIDO (Nombre Y Dirección):									
<input type="checkbox"/> MISMOQUE EL PACIENTE				<u>RESPONSABLE / GARANTE</u>					
APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		RELACIÓN CON EL PACIENTE			
TELÉFONO DE CASA		FECHA DE NACIMIENTO		CORREO ELECTRÓNICO					
DIRECCIÓN POSTAL: CALLE		APTO.		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
<u>SEGURO PRIMARIO</u>									
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN			TELÉFONO			
NÚMERO DE GRUPO			NÚMERO DE PÓLIZA O ID			FECHA DE VIGENCIA			
<u>SEGURO SECUNDARIO</u>									
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN			TELÉFONO			
NÚMERO DE GRUPO			NÚMERO DE PÓLIZA O ID			FECHA DE VIGENCIA			

CONTACTO DE EMERGENCIA

Además de ser mi contacto de emergencia, autorizo a PPMG a comunicarse con la persona listada a continuación respecto a cualquier tema médico y/o financiero.

NOMBRE

RELACIÓN

TELÉFONO DE CASA

TELÉFONO DEL TRABAJO

CELULAR

POR LA PRESENTE AUTORIZO EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL INDIVIDUO MENCIONADO ARRIBA POR LOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA PULMONAR, ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y CUIDADOS INTENSIVOS. AUTORIZO QUE LOS BENEFICIOS DE MI SEGURO SEAN PAGADOS DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR MENCIONADO, RECONOCIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE PAGAR SERVICIOS NO CUBIERTOS. TAMBIÉN AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE A LAS ASEGURADORAS.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO, PADRE/MADRE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

EL GOBIERNO FEDERAL REQUIERE QUE PPMG SOLICITE INFORMACIÓN SOBRE LA RAZA Y ETNICIDAD DE NUESTROS PACIENTES:

ETNICIDAD:

¿ES HISPANO O LATINO?:

- SI
- NO
- PREFIERE NO RESPONDER

RAZA:

SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:

- INDIGENA AMERICANO O NATIVO DE ALASKA
- ASIÁTICO
- NEGRO O AFROAMERICANO
- NATIVO HAWAIANO U OTRA ISLA PACIFICO
- BLANCO
- PREFIERE NO RESPONDER

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Estamos encantados de que haya programado una cita con un proveedor de Pacific Pulmonary Medical Group. Para garantizar que reciba la mejor atención y servicio, nos gustaría conocer más sobre usted y su historial médico. Por favor, tómese el tiempo de responder todas las preguntas de las siguientes páginas. Esperamos verlo(a) en su cita programada.

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

PROVEEDOR QUE REFIERE:

OTROS ESPECIALISTAS INVOLUCRADOS EN SU
ATENCIÓN:

1. Describa el motivo de su visita:

2. Medicamentos a los que es alérgico, con tipo de reacción y gravedad:
(Ejemplo: Advil, picazón, leve)

3. Medicamentos actuales (recetados y de venta libre)
(Por favor incluya nombre, dosis y frecuencia. Ej: Lisinopril 10 mg, 1 tableta diaria)

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

Marque las condiciones que haya tenido alguna vez:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas nasales/sinusales |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico GERD | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre (e.g. DVT, PE) | <input type="checkbox"/> Trauma en la cabeza | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobia | <input type="checkbox"/> Presión alta
(Hipertensión) | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroides |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Otra (especifique): |

HISTORIAL QUIRÚRGICO

Enumere las cirugías que ha tenido y el año:

HISTORIAL FAMILIAR

Marque si algún familiar ha tenido las siguientes condiciones:

	Madre	Padre	Hermano/a	Otro
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra (especifique):				

HISTORIAL SOCIAL

Estado de fumador (seleccione uno)

<input type="checkbox"/> Nunca he fumado <input type="checkbox"/> Exfumador	Año en que comenzó a fumar: _____
Fecha en que dejó de fumar: _____ <input type="checkbox"/> Fumador diario actual <input type="checkbox"/> Fumador ocasional actual	Promedio de consume diario: _____

Otras drogas recreativas (marque si ha usado):

<input type="checkbox"/> Tabaco de mascar	<input type="checkbox"/> Alcohol	Bebidas por semana: _____
<input type="checkbox"/> Vaper / cigarro electrónico	<input type="checkbox"/> Marihuana	
<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Heroína	
<input type="checkbox"/> Anfetaminas	<input type="checkbox"/> Otra	Especifique: _____

Exposiciones (marque si ha estado expuesto)

Mascotas:

<input type="checkbox"/> Asbesto	<input type="checkbox"/> Polvo de sílice	<input type="checkbox"/> Perro	<input type="checkbox"/> Gato
<input type="checkbox"/> Berilio	<input type="checkbox"/> Minería de carbón	<input type="checkbox"/> Ave	<input type="checkbox"/> Otra
Especifique: _____			

Ocupación (actual y anteriores): _____

Frecuencia de ejercicio:

Diario Semanal Ocasional Rara vez / Nunca

¿Dónde ha vajado en el ultimo año? _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Estatura: _____ Peso: _____ Edad: _____

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SUEÑO

HÁBITOS DE VIDA TRABAJO

¿Trabaja por turnos? Yes No

¿Desde hace cuánto tiempo?: _____

¿Cuál es su queja principal relacionada con el sueño y desde hace cuánto la experimenta?: _____

¿Bebe bebidas con cafeína? Si No Si la respuesta es sí, ¿qué tipo y cuántas?
Café / Te: _____ / día _____ / semana Soda: _____ / día _____ / semana

¿Bebe bebidas alcohólicas? Si No Si la respuesta es sí, ¿qué tipo y cuántas?
Cerveza / Vino / Licor / Cocteles: _____ / día _____ / semana

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL SUEÑO

- ¿Tiene dificultad para relajarse y sentirse listo(a) para dormir? Si No
- ¿Oye, ve o siente cosas que podrían no ser reales al quedarse dormido(a) o al despertar?
(Por ejemplo, escuchar voces o sentir que alguien está en la habitación) Si No
- ¿Tiene problemas para conciliar el sueño? Si No
- ¿Se despierta durante la noche y tiene dificultad para volver a dormir? Si No
- ¿Revisa el reloj con frecuencia durante la noche? Si No
- ¿Tiene dificultad para dormir debido a molestias en las piernas o brazos? Si No
- ¿Ha caminado o hablado dormido(a) alguna vez? Si No
- ¿Tiene pesadillas? Si No
- ¿Tiene antecedentes de mojar la cama?
¿Si si, cuando? De niño De adulto
- ¿Rechina los dientes mientras duerme?
Si la respuesta es sí, ¿utiliza un aparato oral para evitarlo? Si No
- ¿Alguna vez se ha movido bruscamente, tirado las cobijas o caído de la cama mientras duerme? Si No
- ¿Alguna vez ha golpeado o pateado a su pareja o se ha lastimado mientras dormía? Si No
- ¿Alguna vez ha despertado gritando? Si No
- ¿Ronca o le han dicho que ronca? Si No
- ¿Ha experimentado debilidad muscular al sentir emociones fuertes?
(Por ejemplo, siente que su cuerpo, rodillas y/o piernas se debilitan al reír, tener miedo, enojo, etc.) Si No
- ¿Siente sueño durante el día con frecuencia? Si No
- ¿Necesita dormir una siesta durante el día regularmente? Si No
- ¿Despierta con dolor de cabeza? Si No
- ¿Alguna vez ha despertado confundido(a) o desorientado(a)? Si No
- ¿Alguna vez ha despertado sin poder moverse? Si No
- ¿Se siente cansado(a) al despertar? Si No
- ¿Alguien le ha dicho que deja de respirar mientras duerme? Si No

HIGIENE DEL SUEÑO

¿Realiza alguna de las siguientes actividades en la cama antes de dormir? (Marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> Discutir | <input type="checkbox"/> Comer |
| <input type="checkbox"/> Ver Televisión | <input type="checkbox"/> Preocuparse | <input type="checkbox"/> Escribir | <input type="checkbox"/> Usar el celular / Jugar |

¿A qué hora normalmente empieza a quedarse dormido(a)? _____ AM/PM (Ya sea en el sofá, sillón reclinable, cama, etc.)

¿A qué hora normalmente se despierta? _____ AM/PM

¿Cuánto tiempo le toma quedarse dormido(a)? _____ HORAS _____ MINUTOS

¿Cuántas horas duerme en promedio cada noche? _____ HORAS _____ MINUTOS

ALTERACIONES DEL SUEÑO

Mi sueño es frecuentemente interrumpido por (Marque todas las que apliquen):

- | | | | |
|--|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Necesidad de orinar | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Náuseas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis o resfriado | <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Sed |
| <input type="checkbox"/> Molestias en las piernas | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Hijos(as) | <input type="checkbox"/> Ruidos |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ahogo o dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Hambre | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Estrés |
| <input type="checkbox"/> Sueños aterradores | <input type="checkbox"/> Compañero(a) de cama | <input type="checkbox"/> Falta del respiración | <input type="checkbox"/> Mascotas |

Por favor, indique cualquier otro sintoma que interrumpa su sueño y que no esté en la lista anterior: _____

ESCALA DE SOMNOLENCIE DE EPWORTH

Nombre: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

¿Qué tan probable es que se quede dormido o se quede cabeceando en las situaciones descritas a continuación, en contraste con sentirse solo cansado? Esto se refiere a su forma habitual de vida en tiempos recientes. Aunque no haya realizado algunas de estas actividades recientemente, piense en cómo lo habrían afectado.

Use la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

- 0 – Ninguna posibilidad de quedarse dormido
- 1 – Posibilidad leve de quedarse dormido
- 2 – Posibilidad moderada de quedarse dormido
- 3 – Alta posibilidad de quedarse dormido

Por favor, encierre en un círculo un número (de 0 a 3) para cada pregunta:

Situación	Puntaje			
	0	1	2	3
Sentado leyendo	0	1	2	3
Viendo televisión	0	1	2	3
Sentado inactivo en un lugar público (ej. teatro o reunión)	0	1	2	3
Como pasajero en un automóvil durante una hora sin descanso	0	1	2	3
Acostado para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permiten	0	1	2	3
Sentado y hablando con alguien	0	1	2	3
Sentado tranquilamente después de almorzar (sin haber tomado alcohol)	0	1	2	3
En un automóvil, detenido en el tráfico	0	1	2	3
Puntaje Total:				

QUESTIONNAIRE DE BERLIN

1. **Altura:** _____ **Peso:** _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____

CATEGORIA 1

2. ¿Usted ronca?
<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Yo no se
<i>Si usted ronca:</i>
3. Su ronquido es
<input type="checkbox"/> Un poco mas fuerte que la respiración
<input type="checkbox"/> Tan ruidosa como hablar
<input type="checkbox"/> Mas fuerte que hablar
<input type="checkbox"/> Sue puede escuchar en habitaciones contiguas
4. ¿Con que frecuencia ronca?
<input type="checkbox"/> Casi todos los días
<input type="checkbox"/> 3-4 veces a la semana
<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana
<input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes
<input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca
5. ¿Alguna vez sus ronquidos han molestado a otra gente?
<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> No
6. ¿Alguien ha notado que deja de respirar durante el sueño?
<input type="checkbox"/> Casi todos los días
<input type="checkbox"/> 3-4 veces a la semana
<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana
<input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes
<input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca

Preguntas de puntuacion:

Cualquier respuesta dentro del recuadro negro se considere una respuesta positiva

Categorías de puntuacion:

- La categoría 1 es positiva con 2 o más respuestas positivas a las preguntas 2-6
- La categoría 2 es positiva con 2 o más respuestas positivas a las preguntas 7-9
- La categoría 3 es positiva con 1 respuesta positiva y/o un IMC>30

Resultado Final:

Dos o más categorías positivas indican una alta probabilidad de trastornos respiratorios del sueño

CATEGORIA 2

7. ¿Con que frecuencia se siente cansado o fatiga después de dormir?
<input type="checkbox"/> Casi todos los días
<input type="checkbox"/> 3-4 veces a la semana
<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana
<input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes
<input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca
8. ¿Durante tu tiempo despierto/a Te sientes cansado, fatigado o no al máximo de tu capacidad?
<input type="checkbox"/> Casi todos los días
<input type="checkbox"/> 3-4 veces a la semana
<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana
<input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes
<input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca
9. ¿Alguna vez te has quedado dormido o te has quedado dormitando mientras conducias un vehículo?
<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es si, ¿con que frecuencia ocurre?
<input type="checkbox"/> Casi todos los días
<input type="checkbox"/> 3-4 veces a la semana
<input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana
<input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes
<input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca
10. ¿Tienes presión arterial alta?
<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Yo no se
IMC = <input style="width: 100px;" type="text"/>

CATEGORIA 3



Phone: 951-373-5814
Fax: 951-781-0365



Pulmonary • Critical Care • Sleep

Riverside Locación

4234 Riverwalk Pkwy, Ste 230, Riverside, CA 92505

Ph: 951.781.3672 Fax: 951.781.0365

Irvine Locación:

4 Hughes, Ste 100, Irvine, CA 92618

Ph: 949.679.6874 Fax: 949.242.2772



Gracias por elegir a Pacific **Pulmonary Medical Group (PPMG)** como su proveedor de atención médica. Los servicios médicos que usted solicita implican la obligación de garantizar el pago completo de los servicios recibidos. Esta Declaración de Responsabilidad Financiera del Paciente (“Declaración”) le ayudará a comprender esa responsabilidad financiera. No dude en preguntar si tiene alguna duda. Si otra persona (padre, cónyuge, pareja de hecho, etc.) es responsable financieramente de sus gastos o tiene su seguro, por favor comparta esta Declaración con ellos, ya que explica nuestras prácticas con respecto a la facturación de seguros, copagos y facturación al paciente. Al reconocer esta Declaración y/o recibir servicios médicos de Medical Associates Clinic, P.C. (“Medical Associates”), usted acepta:

1. PPMG intentará verificar con anticipación que la compañía de seguros del paciente pagará por los procedimientos médicos específicos. Ocasionalmente, aunque se haya verificado la cobertura antes de que se presten los servicios médicos, la compañía de seguros puede negar la reclamación. Si la compañía de seguros niega el pago o solo paga una parte de la factura médica, el paciente es responsable de pagar el saldo restante. Asimismo, si el paciente no ha cumplido con su deducible bajo un plan de seguros dado, será responsable del monto del deducible además de cualquier cantidad que la aseguradora no cubra.
2. Usted es en última instancia responsable de todas las obligaciones de pago derivadas de su tratamiento o cuidado y garantiza el pago por estos servicios. Usted es responsable de los deducibles, copagos, coseguros u otras responsabilidades del paciente indicadas por su aseguradora o nuestras POLÍTICAS FINANCIERAS, que no estén cubiertas por un seguro suplementario.
3. Usted es responsable de conocer su póliza de seguro. Por ejemplo, será responsable de cualquier cargo si aplica alguna de las siguientes situaciones: (i) su plan de salud requiere autorización previa o referencia de un médico primario (PCP) antes de recibir servicios en Pacific Pulmonary Medical Group, y usted no ha obtenido dicha autorización o referencia; (ii) recibe servicios que exceden la autorización o referencia; (iii) su plan de salud determina que los servicios recibidos en PPMG no son médicamente necesarios y/o no están cubiertos por su plan; (iv) su cobertura de seguro ha caducado o expirado al momento de recibir servicios en PPMG; o (v) ha decidido no utilizar la cobertura de su plan. Si no está familiarizado con su cobertura, le recomendamos contactar directamente a su aseguradora o proveedor de plan.
4. Si su aseguradora no realiza el pago oportuno de su reclamo, usted será responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos. Una vez que su aseguradora procese su reclamo, le facturaremos cualquier responsabilidad pendiente determinada por la aseguradora. Si recibe un pago directamente por servicios facturados por nosotros, usted acepta enviarlo de inmediato a PPMG hasta que su cuenta esté completamente saldada. Si realiza un pago que resulta en un excedente en su cuenta, autoriza a PPMG a aplicar ese sobrepago a cualquier otra cuenta por la cual sea responsable financieramente, incluyendo cuentas propias, familiares o dependientes, y cualquier saldo remanente será devuelto al pagador.

ACUERDO CONTRACTUAL PARA EL PAGO DE GASTOS MÉDICOS

Entiendo que soy personalmente responsable de todos los gastos médicos incurridos en Pacific Pulmonary Medical Group por atención y tratamiento médico. Acepto pagar todos los gastos médicos dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que me facturen dichos gastos, salvo que haya realizado otros arreglos con PPMG. Si cuento con seguro, autorizo la liberación de mi información médica a mi aseguradora y autorizo el pago de todos los beneficios médicos por parte de mi aseguradora directamente a Pacific Pulmonary Medical Group.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre el letra de molde: _____



Pulmonary • Critical Care • Sleep

Riverside Locación:

4234 Riverwalk Pkwy, Ste 230, Riverside, CA 92505

Ph: 951.781.3672 Fax: 951.781.0365

Irvine Locación:

4 Hughes, Ste 100, Irvine, CA 92618

Ph: 949.679.6874 Fax: 949.242.2772



Política de Citas y Cancelaciones para Pacientes

1. Sólo con cita previa

Pacific Pulmonary Medical Group atiende a los pacientes únicamente con cita previa. Hacemos todo lo posible para brindar atención médica puntual a todos nuestros pacientes. Si llega a la clínica sin cita (walk-in), entienda que será atendido según la disponibilidad del proveedor **Iniciales:** _____

2. Confirmación con 24 horas de anticipación

Se requiere que los pacientes confirmen sus citas a más tardar 24 horas antes de la cita programada. Si no confirma su cita, nos reservamos el derecho de aplicar una tarifa de \$50.. **Iniciales:** _____

Cuando las citas no se confirman dentro de las 24 horas, Pacific Pulmonary Medical Group se reserva el derecho de cancelar la cita y asignarla al siguiente paciente en la lista de espera. Será su responsabilidad llamar a nuestra oficina para reprogramar. **Iniciales:** _____

3. Llegadas tardías

Hacemos todo lo posible para respetar los horarios de las citas y le solicitamos que nos brinde la misma cortesía. Si va a llegar tarde, por favor llame a la oficina para notificarnos y/o reprogramar si es necesario. Entendemos que pueden surgir circunstancias especiales que provoquen retrasos. En ocasiones podemos acomodar a pacientes que llegan tarde, pero esto queda a discreción del proveedor. **Iniciales:** _____

Si llega con más de 15 minutos de retraso sin previo aviso, nos reservamos el derecho de cancelar la cita y aplicar una *tarifa de cancelación de \$50*. **Iniciales:** _____

4. Citas perdidas (No-Show)

Si no puede asistir a su cita, le pedimos que notifique a la clínica al menos con 24 horas de anticipación. No cancelar una cita a la que no asista será considerado una cita perdida o no-show. **Iniciales:** _____

Las cancelaciones repetidas y las no-shows ponen en riesgo su salud y la calidad de la atención que recibe. Si acumula tres no-shows, le indicaremos que consulte con su Médico de Atención Primaria y/o Médico Remitente para reevaluar su atención. Pacific Pulmonary Medical Group se reserva el derecho de dar de alta a pacientes con citas perdidas excesivas. **Iniciales:** _____

Si falta a su cita o cancela después de las 9:00 a.m. del día programado, Pacific Pulmonary Medical Group se reserva el derecho de facturarle \$50 por cada no-show o cancelación tardía. **Iniciales:** _____

Valoramos que sea nuestro paciente y sabemos que su tiempo es valioso. Siempre buscamos maneras de mejorar la atención a nuevos pacientes y mantener la relación con nuestros pacientes actuales. A veces puede parecer que espera mucho o que pacientes que llegan después son atendidos primero. Entienda que no se llama a los pacientes en el orden de llegada debido a horarios simultáneos específicos para múltiples servicios y proveedores en nuestra clínica.

Gracias por comprender la importancia de mantener su cita.

He leído y entiendo la Política de Citas y Cancelaciones de la práctica y acepto sus términos. También entiendo que dichos términos pueden modificarse periódicamente.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACION MEDICA

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Telefono de hogar: _____ Teléfono de trabajo _____
Direccion: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Nota: Puede aplicarse un cargo por copias de los registros médicos.

El paciente arriba mencionado autoriza al siguiente centro de atención médica a divulgar los registros:

Nobre de establecimiento: _____ **Numero de telefono de la instalacion:** _____
Direccion: _____ **Numero de fax:** _____
Cuidad/Estado/Código/ Postal: _____

Fechas y tipo de información a divulgar:

- 2 años previos desde la última fecha de atención
 Otras fechas: _____
 Información específica solicitada: _____

El propósito de la divulgación es:

- Câmbio de segurança o médico
 Continuidad de la atención (p. ej., Centro Médico de VA)
 Referencia
 Otro: _____

RESTRICCIONES: Solo se copiarán los registros médicos originados en este centro de atención médica, a menos que se solicite lo contrario. Esta autorización es válida únicamente para la divulgación de información médica con fecha anterior o igual a la fecha de esta autorización, a menos que se especifiquen otras fechas.

Entiendo que la información contenida en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización:

Enviar a: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ **Enviar los registros por correo**

Fax: _____ **Teléfono:** _____ **Enviar los registros por fax**

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, sí revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de administración de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza. **A menos que sea revocada antes, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:** _____ **Si no especificó una fecha, evento o condición de vencimiento, esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de la firma.**

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización y no es necesario firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que será utilizada o divulgada, según lo establecido en el CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el riesgo de una redistribución no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con la persona u organización autorizada que realiza la divulgación.

He leído la presente Autorización para la Divulgación de Información y reconozco que estoy familiarizado(a) y comprendo plenamente los términos y condiciones de esta autorización.

X _____
Firma del paciente / padre / tutor o representante autorizado
(El tutor o representante autorizado debe adjuntar documentación que acredite dicha condición.)

Fecha

Nombre en letra de molde del representante autorizado

Relación / capacidad con el paciente

Dirección y número de teléfono del representante autorizado



Pulmonary • Critical Care • Sleep

Riverside Locación:

4234 Riverwalk Pkwy, Ste 230, Riverside, CA 92505

Ph: 951.781.3672 Fax: 951.781.0365

Irvine Locación:

4 Hughes, Ste 100, Irvine, CA 92618

Ph: 949.679.6874 Fax: 949.242.2772



Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta práctica médica de practices de privacidad. Además, reconozco que una copia del aviso actual será fijada en la zona de recepción, y que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Me gustaria recibir una copia del Aviso de Prácticias de Privacidad modificada por e-mail a:

Imprimir Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Firmado: _____ **Fecha:** _____

Si no está firmada por el paciente, por favor indique la relación:

- El padres o guardián del paciente menor de edad
- Guardián o curador de un paciente incompetente

Nombre y dirección del paciente: _____
