

ALLERGY AND ASTHMA CENTER OF THE ROCKIES

FORMULARIO DEMOGRÁFICO

NOMBRE DEL PACIENTE:	APODO O SOBRE NOMBRE:
Fecha de nacimiento:	GÉNERO: M / F
SEGURO SOCIAL:	MÉDICO DE REFERENCIA:
TELÉFONO DE CASA:	MÉDICO DE FAMILIA:
TELÉFONO CELULAR:	OCUPACIÓN:
TELÉFONO DEL TRABAJO:	NOMBRE DE EMPLEADOR:
ESTADO CIVIL: W D M S	DIRECCION DE EMPLEADOR:
SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD POR FAVOR INCLUYA OTROS CONTACTOS QUE PUEDEN ACOMPAÑAR A SU HIJO O QUE PUEDE SER DIVULGADA CON INFORMACION MEDICA.	
NOMBRE, RELACIÓN, Y NUMERO DE TELEFONO CON EL PACIENTE:	¿CÓMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS? GUÍA TELEFÓNICA, PERIÓDICO MÉDICO, AMIGO, VALPAK, TV, OTRO, POR FAVOR LISTA:
1.	
2.	
3.	
4.	

LA PÓLIZA DE ASEGURANZA	INFORMACIÓN DE LOS PADRES
NOMBRE:	NOMBRE DEL MADRE:
Fecha de nacimiento:	NOMBRE DEL PADRE:
RELACIÓN CON EL PACIENTE:	Fecha de nacimiento:
TELÉFONO DE CASA:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:
TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO PARTICULAR:
TELÉFONO DEL TRABAJO:	TELÉFONO CELULAR:
SEGURO SOCIAL:	TELÉFONO DEL TRABAJO:
DIRECCIÓN:	SEGURO SOCIAL:
	DIRECCIÓN:

FORMULARIO DE HIPAA

CONSENTIMIENTO

Consentimiento para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

El consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud protegida por AACR con el fin de diagnosticar o proporcionar tratamiento a mí, obtener el pago para mis facturas de atención de salud o para llevar a cabo operaciones de atención médica de AACR. Tengo entendido que diagnóstico o tratamiento de mí por AACR puede estar condicionado al mi consentimiento evidenciada por mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar una restricción en cuanto al cómo mi información de salud protegida se utiliza o divulga para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica de la práctica. AACR no es necesario ponerse de acuerdo a las restricciones que permito solicitar. Sin embargo, si AACR acepta una restricción que solicito, la restricción es vinculante sobre AACR y William A. Lanting MD.

Tengo el derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que AACR ha tomado medidas en la Dependencia de este consentimiento.

Mi "información de salud protegida" significa la información de salud, incluyendo mi información demográfica, recopilada de mí y creado o recibido por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de atención de salud. Esta información de salud protegida se refiere a mi pasado, presente o futura salud física o mental o condición y me identifica, o hay una base razonable para creer la información mi identificarme.

Entiendo que tengo derecho a revisar AACR, aviso de política de privacidad previo a su firma de este documento. Me ha proporcionado la AACR, el aviso de la política de privacidad. El aviso de la política de privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención de salud de la AACR. Aviso de las políticas de privacidad para AACR, también se proporciona en 2121 e. Harmony Rd, Fort Collins CO suite 310 o 1175 58th Avenue suite 101, Greeley CO. Este aviso de política de privacidad también describe mis derechos y deberes de la AACR con respecto a mi información de salud protegida.

AACR reserva el derecho a cambiar las políticas de privacidad que se describen en el anuncio de la política de privacidad. Me permito llame a la Oficina y solicitar enviarse una copia revisada para mí en el correo o pidiendo uno en el momento de mi próxima cita.

Firma del paciente o Guardian

Fecha

Nombre del paciente o Guardian

Allergy and Asthma Center of the Rockies

Historia Environmental

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Casa:

- ¿En que clase de casa vives? Casa, Apartamento; Dueños O Rentar
- ¿Que año es su casa? _____.
- ¿Cuantos años vives en tu residencia? _____.
- ¿En que otros estados has vivido? _____.
- ¿Que tipo de sistema de calienton tienes? Aire forzado, Agua caliente, Electrico, Estufa de leña, chimineo?
- ¿Que tipo de sistema de enfriar tienen? Aire acondicionar, Enfriador evaporativo, ventanas abiertas?
- ¿Usas humidificador? Si O No.
- ¿La mayoría de su casa tiene alfombra? Si O No.
- ¿Donde se localiza su casa? Ciudad O Rancho.
- ¿Tienes problemas de humedad en su casa? Si O No.

Habitacion:

- ¿Tienes cobijas, sábanas, o muebles de otros estados? Si O No.
¿De que estados? _____.
- ¿Tienes carpeta o alfombras grandes en su habitacion? Si O No.
¿De que son hechos? Carpeta, Lana, Syntetico .
- ¿Tiene colcha de pluma sobre la cama? Si O No.

Cama:

- ¿De que esta hecho su colchon? _____.
- ¿De que esta hecho su almohada? _____.
- ¿Tienes almohadas extras sobre la cama? Si O No.
- ¿Tienes peluches sobre la cama? Si O No.

Mascotas:

- ¿Tienen mascotas? Si O No.
- ¿Que clase de mascota tienes? _____.
- ¿Duerme sus mascotas sobre la cama o en su habitacion? Si O No.
- ¿Tienes animals que viven afuera? Si O No.

Historia de Fumar:

- ¿Fumas? Si O No.
¿Por cuantos años hac fumado? _____, ¿Cuantos Paquetes al dia? _____.
- ¿Estes dispuesto de dejar de fumar?
- ¿Estes expuesto del humo pasivo? Si O No. ¿Por cuantos años? _____.

Trabajo/Actividades:

- ¿En su trabajo estes expuesto a: Humo, Sustancias quimicas, Polvo, Productos de Granja, o Animales?
- ¿Cuando haces los actividades de todos los dias estas exposado a: Humo, Sustancias quimicas, Polvo, Productos de Granja, o Animales? Si O No.
- ¿Que actividades de pasatiempo tienes?

ALLERGY AND ASTHMA CENTER OF THE ROCKIES
POLÍTICA FINANCIERA

Por favor comprenda que se establezcan nuestras políticas financieras para asegurar los recursos financieros necesarios para mantener esta Oficina médica para todos nuestros pacientes. Trabajaremos con usted para asegurar que la atención médica no se convierta en una carga financiera. Con mucho gusto le facturamos a su compañía de seguros por cualquiera de los servicios cubierto.

Hemos de destacar como un proveedor de atención médica que es nuestra relación con usted, no tu compañía de seguros.

Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros.

Póngase en contacto con su compañía de seguros o el departamento de recursos humanos de su empleador con respecto a sus preguntas de beneficio.

RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES:

Tarjetas de asegurancia: Requerimos una copia de su tarjeta de asegurancia actual en cada visita y con cada pedido de antígeno. Necesitamos su firma y una tarjeta actual con cada pedido de antígeno también.

Copagos : **Los copagos son debidos al tiempo de servicio.**

Referencias : Si su asegurancia requiere una remisión, y no proporciona uno en el momento del servicio, usted es responsable de cualquier cargo incurrido.

Cancelaciones : **Para todas las citas existe un requisito de aviso de cancelación de 24 horas del día.**

Hay un cargo de \$ 25.00 para repetir final cancela o no se presenta.

Hay un cargo de \$ 50.00 para el mismo sobre nuevos nombramientos de pacientes.

Si usted tiene seguro de salud con las que participamos:

- Será facturar a su reclamación de seguros para usted.
- Esperamos que cualquier copago requerido al tiempo de servicio.
- Esperamos que pago de deducible y copago ser pagado en su totalidad, después de que nosotros hayamos emitido una declaración para ser pagada en 25 días, a menos que se han hecho arreglos de pago previo.

Si estás no asegurados o no participamos con su asegurancia:

- Le pedimos que firmar un formulario no asegurados.
- Pago por cargos totales vencen en el día de su nombramiento a menos que hayan firmado un crédito acuerdo con nuestra oficina.

General:

Pago de servicios es exigible por la persona que acompaña a cualquier niño menor a menos que se han hecho otros arreglos por adelantado. No se factura a dos personas para la atención. Es la responsabilidad de los adultos que lo acompaña a pagar el importe debido, en pleno y recopilar lo que es contraída por otros.

Aceptamos pagos en efectivo, cheque y tarjeta de crédito (VISA, MASTERCARD). Cheques POSDATADOS son aceptables dentro de 2 semanas y se depositarán en la fecha de verificación.

Si es necesario hacer arreglos de pago, deben hacerse antes a cualquier servicio y pago completo debe ser dentro de 90 días. Las cuentas más de 90 días están sujetos a procedimientos de colección.

Habrá un cargo de \$ 15 por cheques devueltos.

He leído y acepto los términos de esta política financiera. Yo autoriza la publicación de la información médica necesaria para el proceso de reclamaciones o recibir tratamiento. Autorizar el pago se realizan directamente en la clínica por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de los servicios no reembolsados por mi seguro. Entiendo que soy responsable de la obtención de referencias para servicios necesarios y cobrarán por los servicios recibidos sin una remisión en el lugar. Si es necesario hacer arreglos de pago, deben hacerse antes de cualquier servicio o inmediatamente tras la recepción de la declaración inicial; pago completo debe hacerse dentro de 90 días. Las cuentas de más de 90 días, o cualquier pago perdida de su arreglo de pago, están sujetos a procedimientos de colección.

Su Firma: _____

Fecha: _____

FORMULARIO DE HIPAA CONSENTIMIENTO

Asthma and Allergy Center of the Rockies

Consentimiento para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica El consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud protegida por AAACOR con el fin de diagnosticar o proporcionar tratamiento a mí, obtener el pago para mis facturas de atención de salud o para llevar a cabo operaciones de atención médica de AAACOR. Tengo entendido que diagnóstico o tratamiento de mí por AAACOR puede estar condicionado al mi consentimiento evidenciada por mi firma en este documento. Entiendo que tengo el derecho a solicitar una restricción en cuanto al cómo mi información de salud protegida se utiliza o divulga para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica de la práctica. AAACOR no es necesario ponerse de acuerdo a las restricciones que permito solicitar. Sin embargo, si AAACOR acepta una restricción que solicito, la restricción es vinculante sobre AAACOR y William A. Lanting MD. Tengo el derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que AAACOR ha tomado medidas en la Dependencia de este consentimiento. Mi "Información de Salud Protegida" significa la información de salud, incluyendo mi información demográfica, recopilada de mí y creado o recibido por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de atención de salud. Esta información de salud protegida se refiere a mi pasado, presente o futura salud física o mental o condición y me identifica, o hay una base razonable para creer la información mi identificarme. Entiendo que tengo derecho a revisar AAACOR, aviso de política de privacidad previo a su firma de este documento. Me ha proporcionado la AAACOR, el aviso de la política de privacidad. El aviso de la política de privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención de salud de la AAACOR. Aviso de las políticas de privacidad para AAACOR, también se proporciona a 8223 W. 57th St Suite B, 80634 Greeley, CO. Este aviso de política de privacidad también describe mis derechos y deberes de la AAACOR con respecto a mi información de salud protegida. AAACOR reserva el derecho a cambiar las políticas de privacidad que se describen en el anuncio de la política de privacidad. Me permito llame a la Oficina y solicitar enviarse una copia revisada para mí en el correo o pidiendo uno en el momento de mi próxima cita. Yo _____ da mi permission a AAACOR a dejar mensajes sobre mi informacion medical. Por favor lista su numero de Telefono: _____. Firma del paciente o Guardian: _____ Fecha: _____.

Allergy and Asthma Center of the Rockies

INFORMACION MEDICAL

Nombre:		Fecha de Nacimiento:						
Farmacia:								
Lista de medicamentos que estas tomando, incluye medicinas recetadas y las de venta libre.								
1.		6.						
2.		7.						
3.		8.						
4.		9.						
5.		10.						
Lista de las alergias que tiene de los medicamentos, comidas, mosquito, abeja, o avispa y la reaccion.								
1.								
2.								
3.								
4.								
Lista medica de problemas medicos o diagnosis enfermedades medicas.								
1.								
2.								
3.								
4.								
Lista de visitas al hospital o emergencia.								
Año	Sirugias	Visitas de Emergencia	Hospitalizacion mas de 24 hrs.					
Prebas de alergia anteriores.								
Año:	Que typo de preba:	Inyecciones de Alergia: Si o No # Años:	Otras Terapias:					
Medicamentos que has tratado y no ayudan:								
Historia Familiar: Porfavor marca miembros de familia								
	Madre	Padre	Hermanos	Hermanas	Abuela M.	Abuelo M.	Abuela P.	Abuelo P.
Allergias								
Artritis								
Asthma								
Cancer								
COPD								
Diabetes								
Eczema								
Ataque Cardiaco								
Hypertencion								
IBS/Colitis								
Migrañas								
Acides								
Thyriodes								
Otros:								
Su Salud:								
¿Bebes alcohol? Si No ¿Que Clase?			¿Fumas? Pasado Presente Nunca			Cigarros: #/dia		
¿Cuantos tragos por semana?			Tabaco: #/dia Puros: #/dia					
¿Usas drogas de la calle? Si No			¿Estas expuesto a humo de segunda mano?					
Ocupacion:			Ejercicio:			Minutos a la semana:		
Estado Civil:			Typo:					

ALLERGY AND ASTHMA CENTER OF THE ROCKIES

Instrucciones De La Prueba De Piel

Por favor lea estas instrucciones cuidadosamente antes de llegar a su cita de su examen de piel, El día de su cita se prepara para estar en la oficina durante varias horas de ese día. Los medicamentos que son recetados y que no son recetados pueden afectar la prueba de piel. Los medicamentos que puedan afectar la prueba incluye: Antihistaminas, medicinas para resfriado, las que ayudan a dormir, bloqueadores de histamine, y algunas antidepresivos.

Los antidepresivos **que no debes de suspender** son: Celexa, Prozac, Paxil, y Zoloft.

Los medicamentos que se necesita **descontinuar 48 horas antes de su prueba** son:

- ❖ Azatadine = Optimine, Trinalin.
- ❖ Bropheniramine = Bromfed, Brophen, Cophene-B, Dallergy XR, Dimetapp Allergy Liqui-gels, Productos de Lordane, Nasahist B, Poly-Histine, Rondec, Ultrabrom.
- ❖ Chorpheniramine = Aller-Chlor, Productos de Atrohist, Chlor-Trimeton, Duravent DA, Extendryl, Kronofed, Nalamine, Ornade Spansule, Formula de Pediacare Allergy, Respar A.R.M., Sudafed Cold and Allergy, Sinutab Sinus and Allergy, Teldrin, Tylenol Cold and Allergy.
- ❖ Clemastine = Contact 12 hour Allergy, Productos de Tavist.
- ❖ Cyproheptadine= Periactin.
- ❖ Dexchlorpheniramine = Dexchlor, Polarmine.
- ❖ Dimenhydrinate = Calm X, Dinat, Dramamine, Dramanate, Hydrate, Triptone Caplets.
- ❖ Diphenhydramine = Allermax caplets, Benadryl, Compoz, Diphen Cough, Diphenhist, Dormarex 2, Genahist, Hyrexin, Nervine Night-time Sleep-Aid, Nytol, Siladryl, Sleep-Eaze, Somenex, Twilight Capsules, Productos de Tylenol Cold and Allergy, Unisom Sleep Gels Max Strength.
- ❖ Doxylamine = Tylenol Flu Nighttime.
- ❖ Phenidamine = Nolahist, Nalamine, Productos de Polyhstine, Productos de Triminic.
- ❖ Tripelennamine = PBZ, PBZ-SR, Pelamine.
- ❖ Drogas de reflujo acido de estomago = Axid, Pepsid, Zantac, Tagamet.

Las medicinas que **debes interrumpir de 5-7 dias** son:

- ❖ Allegra (5 dias).
- ❖ Astelin Aerosol Nasal (7dias).
- ❖ Astepro Aersol Nasal (7dias).
- ❖ Claritan/Clarinx (5dias).
- ❖ Zyrtec (7dias).
- ❖ Xyzal (7dias).
- ❖ Alavert (7dias).
- ❖ Patanase (7dias).

Las medicaciones que debe de **descontinuar 5-7 días antes de su prueba** con permiso de su doctor son:

- ❖ Amitriptylene Hydroxyzine (Atarax, Vistaril), Trazadone.
- ❖ Amoxapine Imipramine (Tofranil), Trimipramine (Surmontil), Clomipramine, Maprotiline, Zanax.
- ❖ Desipramine Nortriptyline Seroquel.
- ❖ Doxepin (Sinequan), Protriptylene (Vivactil).

Se lleva a cabo pruebas de alergia al resarse líquidos antígenos en la espalda de la espalda del paciente, permitiendo, a continuación, a 15 minutos para una reacción que se produzca. Esta reacción es una protuberancia de mosquito que varía en tamaño y enrojecimiento. El tamaño de la reacción determina si será necesaria otra prueba. Una pequeña cantidad de alérgeno se inyecta en los brazos de aquellos que no mostraron reacciones en la parte posterior. El tamaño de las reacciones ayuda al médico a determinar las alergias del paciente y su nivel de sensibilidad, que se analizará una vez finalizada.