

Nephrology Associates

Diseases of the Kidneys, Dialysis,
Hypertension, Renal Transplantation

Eric L. Cheung, M.D.
S. Federico Calaf, M.D.
Sandra Barrow, M.D.
Rangashree Varadarajan, M.D.
Lorigail T. Echipare, D.O.

PAQUETE DE INFORMACIÓN PARA NUEVO PACIENTE

Su cita es en la siguiente oficina:

2301 Circadian Way, Ste. A • Santa Rosa, CA 95407
Phone: 707-526-2027

Instrucciones para su primera cita (si está marcada):

Por favor use tinta para llenar estos formularios, en su totalidad, antes de su cita.

- Traer este paquete, con todas las formas completas.**
- Enviar por correo este paquete a nuestra oficina en el sobre, con todas las formas completas.**
- Estamos solicitado estudios adicionales a ser ordenados por su médico de referencia.**
Todos los estudios solicitados deben ser completados a mas tardar _____ o su cita sera cancelado.
- Traer su tarjeta de seguro médico y una ID, y actualicé cualquier cambio que ocurra.**
Si tiene su consulta por Video, incluya una copia de sus tarjetas de seguro medico y ID.
- Traiga todas las botellas con receta y los medicamentos sin receta que está tomando actualmente.**
O traiga una lista actualizada de todos sus medicamentos actuales, incluida la dosis y la frecuencia.
- Llegar ____ minutos antes para registrarse.** El no hacerlo puede resultar en un retraso de su cita.
- Llamaremos para confirmar su cita.** DEBE confirmar tu cita 48 horas antes o su cita será cancelada.
- Política de Cancelación y No-Presentación.**

Gracias por su cooperación. Esperamos contar con su presencia y asistirle en todo lo que podamos.

NEPHROLOGY ASSOCIATES

2301 Circadian Way, Ste. A • Santa Rosa, CA 95407 • Tel 707-526-2027 • Fax 707-526-2096

Formulario de Información del Paciente		Fecha de Hoy:	
Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:	
Calle:	Ciudad:	Estado/Código Postal:	
Sexo: Masculino Femenino	Estado Civil: Soltero/a/ Casado/a/ Div/ Viudo/a	Seguro Social#	
Idioma Principal:	Raza/Etnicidad:	Empleador:	
E-mail:			
Mejor Manera de Contacto: Teléfono: Casa:		Celular:	Trabajo:
Si usted no está disponible podemos dejar un mensaje? Sí / No			
En caso de emergencia, a quien debemos contactar?			
Relación con el paciente:		Mejor información de contacto:	
Quien es su médico de cabecera?			
Quien es su médico de referencia?			
Información del Seguro			
Seguro Primario:		Seguro Secundario:	
Nombre de Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	Nombre de Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:
Póliza#	Grupo#	Póliza#	Grupo#
Fecha de Vigencia:	Relación con el Paciente:	Fecha de Vigencia:	Relación con el Paciente:
El suscriptor esta empleado?	Tiempo completo o parcial?	Empleador:	Numero de Trabajo:
Autorización			
Por la presente autorizo la divulgación de información médica a Nephrology Associates con el propósito de brindar atención médica a mí mismo. Esta autorización se limitará de la siguiente:			
Cualquier registro solicitado <input type="checkbox"/>			
Cualquier registro excepto las relacionadas con: Salud Mental <input type="checkbox"/> Drogas & Alcohol <input type="checkbox"/> VIH/ SIDA <input type="checkbox"/>			
Esta autorización expira:		En 12 meses	Nunca
Firma del Paciente:		Fecha:	

NEPHROLOGY ASSOCIATES

2301 Circadian Way, Ste. A • Santa Rosa, CA 95407 • Tel 707-526-2027 • Fax 707-526-2096

Autorización para Facturar a Medicare en mi Nombre

Nombre del beneficiario (Paciente).	Número HIC (Medicare):
-------------------------------------	------------------------

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se hagan ya sea a mi o en mi nombre a los Drs. Eric L. Cheung, Federico Calaf, Sandra Barrow, Rangashree Varadarajan, Lorigail T. Echipare Nephrology Associates por los servicios prestados por Nephrology Associates.

Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mi que sea divulgada a la Health Care Financing Administration y sus agentes, toda la información necesaria para determinar estos beneficios a nombre de los servicios relacionados.

Yo entiendo que mi firma requiere que se efectúe el pago, y autorizo la divulgación de información médica necesaria para pagar el reclamo. Si alguna otra cobertura de seguro médico se indica en el punto 9 del formulario de reclamación HCFA-1500 o en otro lugar de los otros formularios de las solicitudes aprobadas o reclamaciones representadas electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de información a la compañía de seguro o agencia que se indique. En casos asignados de Medicare, Nephrology Associates se compromete a aceptar la determinación el precio del portador de Medicare como el precio completo, y el paciente es responsable sólo por el deducible, coaseguradora y servicios no-cubiertos. Coaseguros y deducibles se basan en la determinación del precio total del portador de seguros de Medicare.

Firma

Fecha

Nephrology Associates

Diseases of the Kidneys, Dialysis,
Hypertension, Renal Transplantation

Eric L. Cheung, M.D.
Federico Calaf, M.D.
Sandra Barrow, M.D.
Rangashree Varadarajan, M.D.
Lorigail T. Echipare, D.O.

Política de Cancelación y No-Presentación

Sea cortés y llame a Nephrology Associates con al menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita programada. Este tiempo se asignará a alguien que necesite tratamiento urgente. Las citas disponibles tienen una gran demanda y su cancelación anticipada le dará a otra persona la posibilidad de tener acceso a atención médica oportuna.

Los pacientes que no se presenten a su cita programada, no notificaron a la oficina de cancelación o hicieron ningún cambio menos de 24 horas antes de la hora programada de su cita, estarán sujetos a una tarifa de "No-Presentación / Cancelación" de \$ 50.00.

Mi firma a continuación indica que eh leído, entendido y acepto las políticas de Cancelación y No-Presentación, como se describe anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor, escriba su nombre completo: _____

NEPHROLOGY ASSOCIATES

2301 Circadian Way, Ste. A ▪ Santa Rosa, CA 95407 ▪ Tel 707-526-2027 ▪ Fax 707-526-2096

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y TRATAMIENTO

Yo asigno a todos los médicos y/o beneficios médicos y quirúrgicos a los que tengo derecho, incluyendo Medicare y otros programas patrocinados por el gobierno, seguros privados, y otros planes médicos a los DRS. ERIC L. CHEUNG, FEDERICO CALAF, SANDRA BARROW, RANGASHREE VARADARAJAN Y LORIGAIL T. ECHIPARE.

Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mi, por escrito. Una fotocopia de esta asignación se considera valida como la original. Yo entiendo que soy responsable por los *deducibles*, *co-pagos* y *artículos no cubiertos*. Acepto pagar los *co-pagos* requeridos por mi plan de seguro al tiempo de servicio.

Es Nuestra póliza de presentar reclamaciones por nuestros servicios a los planes de salud medico, sin embargo, si su plan de salud medico no proporciona beneficios, usted será personalmente facturado.

Si usted tiene preguntas especificas acerca de su cobertura medica, por favor, póngase en contacto directamente con su seguro medico.

Entiendo que soy responsable de todos los saldos que mi compañía de seguros niegue debido a mi inelegibilidad con mi plan de salud.

Mi firma a continuación indica que eh leído, entendido y acepto las políticas de facturación, como se describe anteriormente.

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor, escriba su nombre completo: _____

NEPHROLOGY ASSOCIATES

Historial Médico

Por favor, rellene este formulario y traer a su primer cita. Esta es parte confidencial de su historial médico y se mantendrá como parte permanente de su expediente. Divulgación de cualquier información contenida en todas las páginas de este formulario requiere su autorización por escrito según el mandato de regulaciones de Privacidad Salud y Portabilidad (HIPAA)

Nombre:	Edad:	Fecha de Nacimiento:
Fecha de Hoy:	Altura:	Peso:

Su medico de cabecera:

Su medico de referencia:

Motivo de la cita de hoy:

Antecedentes Médicos pasados

Por favor, indique todos sus problemas médicos

Diagnóstico	Fecha	Doctor

Antecedentes Quirúrgicos pasados

Por favor, indique todas las cirugías que ha tenido en el pasado

Tipo	Fecha	Cirujano	Complicaciones si alguna

Medicamentos

Por favor, complete el formulario de todos sus medicamentos, incluyendo cualquier medicamento sin receta, hierbas medicinales, terapias médicas alternativas o remedios naturales.

Nombre de Medicamentos	Dosis	Nombre de Medicamentos	Dosis

Farmacia de Preferencia:

Nombre del Paciente:	Firma & Fecha:
----------------------	----------------

Revisión de Sistemas - Por favor marque Sí, si actualmente tiene, o ha tenido los siguientes:

Problema	SÍ	NO	Problema	SÍ	NO
Cambios de peso reciente, involuntarios			Úlceras estomacales o dolores		
			Ictericia		
Manchas ante sus ojos, retinopatía diabética			Hernia de hiato		
			Reflujo o Acidez		
Visión doble o borrosa, Glaucoma			Sangrado Intestinal		
			Náuseas o Vómitos		
El escuchar o zumbido en los oídos			Diverticulitis		
Llagas en la boca, Úlceras			Hemorroides		
Dificultad al tragar			Excremento con sangre o negro		
Hemorragias nasales			Hepatitis		
Dolores de cabeza frecuentes o graves			Historial de hemorragia interna		
Problemas de sinusitis o ronquera			Problemas de vesícula biliar		
Tos con sangre			Colitis		
Pleuresía			Constipación		
Bronquitis o enfisema			Diarrea		
Asma o Sibilancias			Pierde orina al toser o estornudar		
Hinchazón en las piernas			Cálculos Renales		
Dificultad para respirar			Dificultad al iniciar orina		
Dolores de pecho o angina de pecho			Sangre en la orina		
Mareos o Desmayos			Dificultad para vaciar la vejiga		
Tos persistente			Goteo al terminar de orinar		
Ataques del corazón			Dolores de espalda		
Despierta en la noche con corta respiración			Fiebre o sudores de noche		
Calambres en las piernas al caminar			Glándulas o ganglios linfáticos agrandados		
Latidos cardíacos irregulares, palpitaciones			Moretones fácilmente		
Insuficiencia cardíaca			Problemas de la piel		
Transfusión de sangre previa			SIDA o VIH positivo		
Falta de apetito			Psoriasis		
Ronquidos			Erupciones en la piel		
Anemia			Cambios en el cabello		
Coágulos sanguíneos en las piernas o pulmones			Artritis		
Epilepsia o Convulsiones			Hinchazón de las coyunturas		
Hormigueo en pies y manos			Dolores musculares		
Derrame cerebral			Dolores de coyunturas		
Enfermedad mental			Gota o Lupus		
Depresión			Diabetes o enfermedad de la tiroides		
Tremor o Caídas			OTRO:		
Nombre del Paciente:			Firma & Fecha:		

Nephrology Associates

2301 Circadian Way, Ste. A, Santa Rosa, CA 95407

707-526-2027 FAX:707-526-2096

Directions to Nephrology Associates

2301 Circadian Way, Ste. A, Santa Rosa, CA 95407

1. Start out going North or South on US-101 towards Santa Rosa.
 2. Merge onto CA-12 West towards Sebastopol.
 3. Take the Stony Point Rd Exit, EXIT 5
 4. Turn LEFT onto Stony Point RD-0.35miles
 5. Turn RIGHT on Sebastopol RD-0.6miles
 6. Turn LEFT onto Corporate Center Parkway -0.3miles
 7. Turn RIGHT on Circadian Way.
- Make an immediate right into the parking lot.

