

**Potomac Physician Associates, PC**

Nombre: \_\_\_\_\_ ( )femenino ( )masculino Fecha \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ #Casa: \_\_\_\_\_ #Cel: \_\_\_\_\_ #trab: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Marital: S C D V (circule)  
 Contacto en caso de Emergencia \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Otro #: \_\_\_\_\_  
 Razón de su visita hoy día: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO PASADO**

**Marque las condiciones que usted tiene o ha tenido en el pasado:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acidez/Ulceras | <input type="checkbox"/> Colesterol            | <input type="checkbox"/> prob. digestivos/Colon Irritable |
| <input type="checkbox"/> Alergias       | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad    | <input type="checkbox"/> prob. tiroides                   |
| <input type="checkbox"/> Anemia         | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral      | <input type="checkbox"/> prob. Sangrado                   |
| <input type="checkbox"/> Artritis       | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza       | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento           |
| <input type="checkbox"/> Asma           | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas | <input type="checkbox"/> Otra _____                       |
| <input type="checkbox"/> Ataque corazón | <input type="checkbox"/> Epilepsia             |   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer         |  |   |

Tipo \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última colonoscopia? \_\_\_\_\_ ¿Le encontraron pólipos? \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

Nombre del medicamento	Dosis	#/día	Indique los medicamentos a los cuales es alérgico y que tipo de reacción ha tenido:
Indique todos los medicamentos que este tomando al presente e incluya aquellos que son sin receta, vitaminas, suplementos, etc.			
1.			1.
2.			2.
3.			3.
4.			4.
5.			5.

**HISTORIAL SOCIAL (CIRCULE SI O NO)**

¿Usted usa tabaco? SI NO Anteriormente (Año en que lo dejo? \_\_\_\_\_)  
 Que tipo y cuanto por día? \_\_\_\_\_ # años \_\_\_\_\_

¿Usted usa alcohol? SI NO Anteriormente (Año en que lo dejo? \_\_\_\_\_)  
 ¿Cuantos tragos por semana? \_\_\_\_\_

¿Usted utiliza drogas ilícitas? SI NO Anteriormente (Año en que lo dejo? \_\_\_\_\_)  
 ¿Que tipo y cuanto por semana? \_\_\_\_\_ # años \_\_\_\_\_

¿Usted consume bebidas cafeinadas? SI NO  
 Cuantas por día? \_\_\_\_\_

¿Usted hace ejercicio? SI NO  
 Cuantas veces por semana? \_\_\_\_\_

¿Usted utiliza el cinturón de seguridad? SI NO

¿Con quien vive en su casa? \_\_\_\_\_  
 Se siente seguro en su casa? SI NO

\*\*\*\*\*POR FAVOR CONTINUE AL REVERSO\*\*\*\*\*

**HISTORIAL QUIRURGICO**

Cirugías que ha tenido en el hospital o ambulatorias comenzado con la mas reciente:

Fecha	Cirugía
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre?     Si     No

*Historial ginecológico (mujeres solamente)*

Ultima Citología(Papanicolau) \_\_\_\_\_ # Embarazos \_\_\_\_\_  
 Fecha del último Mamograma \_\_\_\_\_ # partos \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última Densitometría Ósea \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR**

¿Algún miembro de su familia ha tenido alguna de estas enfermedades?  
 (Indique la relación i.e. , Mamá, Papá, Abuelos, Hermanos)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma _____                         | <input type="checkbox"/> Diabetes _____   | <input type="checkbox"/> Retardación Mental _____                            |
| <input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento _____        | <input type="checkbox"/> Epilepsia _____  | <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____                                  |
| <input type="checkbox"/> prob. de Sangrado/<br>Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Corazón _____<br>o Edad diagnosticada _____ | <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco _____<br>o Edad diagnosticada _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____<br>o Tipo _____       | <input type="checkbox"/> Presión alta _____                                     | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral _____                              |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis Cística _____             | <input type="checkbox"/> Colesterol _____                                       | <input type="checkbox"/> prob. tiroides _____                                |
| <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad _____           | <input type="checkbox"/> prob. Digestivo/Colon Irritable _____                  | <input type="checkbox"/> Otra _____  |

¿Viven?

Mamá	Si	No
Papá	Si	No
Hermana	Si	No
Hermano	Si	No

Edad al presente o de muerte

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Causa de muerte

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Farmacia de su preferencia: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Médico Fecha



# POTOMAC PHYSICIAN ASSOCIATES

Joanna Delaney, D.O.  
Rebecca M. Gross, M.D.  
Bradley J. Hunter, D.O.  
Uma Jayaraman, M.D.  
Richard H. Pollen, M.D.  
Steven M. Schwartz, M.D.  
Asha Subramanian, M.D.  
James E. Wilson, Jr., M.D.  
Nicole Koch, P.A.-C  
Kellie A. Power, P.A.-C  
Amanda V. Sultani, P.A.-C  
10400 Connecticut Avenue  
Suite 606  
Kensington, MD 20895  
301.942.2212  
301.942.1149 Fax  
www.ppa.md

## Responsabilidad del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nuestros doctores de PPA quieren mantener el costo del cuidado medico bajo y accesible para nuestros pacientes.

Usted puede ayudar tomando responsabilidad en lo siguiente:

1. Favor de notificar de cualquier cambio de plan medico o de su informacion personal.
2. Saber los beneficios de su plan medico. Cada poliza tiene sus propios reglamentos y regulaciones, está en su mejor conocimiento saber cuales son estas regulaciones, si un referido es requerido por su plan medico es su responsabilidad obtener el referido de su dr primario.
3. Nosotros ordenamos exámenes que son medicamente necesarios, pero es su responsabilidad saber la sus beneficios de su plan medico si cubre o no cubre. (esto incluye laboratorio and radiologia).
4. Todas las citas deben ser programadas con anticipacion. Un recargo de \$50.00 aplica para cada cita anual si usted no se presenta o no cancela 24 horas con anticipacion.
5. Su co-pago tiene que ser cancelado el dia de su visita. (esto es requerido por su plan medico)
6. Por favor pagar sus cuenta a tiempo. Si tiene problemas financieros por favor contacte al departamento de contabilidad al (301) 917-6513 antes de su cita.
7. Si un cheque es rebocado porque no hay suficiente fondos o cualquier otra razon, electronicamente nosotros podemos sacar la cantidad escrita en el cheque de su cuenta mas un cobro adicional de \$35.00.
8. Cuando necesite alguna relleno de sus medicamentos referidos o cualquier pedido, nosotros necesitamos 48 horas con anticipacion.



# POTOMAC PHYSICIAN ASSOCIATES

Joanna Delaney, D.O.  
Rebecca M. Gross, M.D.  
Bradley J. Hunter, D.O.  
William T. Jennings, M.D.  
Richard H. Poller, M.D.  
Kavitha Bhat Schelbert, M.D.  
Steven M. Schwartz, M.D.  
James E. Wilson, Jr., M.D.  
Erica Murray, P.A.-C  
Kellie Power, P.A.-C

10400 Connecticut Avenue  
Suite 606  
Kensington, MD 20895  
301.942.2212  
301.942.1149 Fax  
www.ppa.md

## FORMA DE CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Reconocimiento de la Notificación

El panfleto titulado Notificación de las Prácticas de Privacidad provee información sobre como **Potomac Physician Associates** pudiera utilizar su Información de Salud Privada y como cumplimos con los requerimientos de la ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996).

Nuestra notificación de las prácticas de privacidad establece que nos reservamos el ~~derecho de cambiar los términos descritos. Si esto sucediera, publicaremos dichos~~ cambios en nuestras oficinas. Usted tiene el derecho de pedir restricciones en la manera en que se pudiera revelar la información sobre su tratamiento, pago y otras operaciones relacionadas a su cuidado medico. Nosotros no estamos obligados a aceptar sus restricciones pero si así lo hiciéramos, nos comprometemos a mantener dicho acuerdo.

Con su firma usted ratifica y acepta que ha recibido la **Notificación de las Prácticas de Privacidad**.

Firma del Paciente

Fecha

### Consentimiento para el uso y divulgación de su información

Con su firma usted nos da el consentimiento para usar y divulgar su información protegida de salud sobre su tratamiento, pago y las operaciones relacionadas al cuidado de su salud. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento. Debe pedir por escrito esta revocación y la misma no será válida si ya se ha divulgado la información basada en su consentimiento inicial. Yo solicito que los pagos autorizados por Medicare/Aseguradora por servicios prestados a mi persona por el medico o suplidor del servicio sean trasferidos a **Potomac Physician Associates**. Yo autorizo a que se divulgue al Centro de Medicare/Medicaid y sus agentes y alguna otra aseguradora con la cual yo tenga cobertura, la información que sea necesaria para determinar los beneficios y los pagos por los servicios prestados. Yo estoy de acuerdo en proveer los referidos y planes de tratamiento que sean requeridos por mi aseguradora. Todos los co-pagos requeridos según el contrato con la aseguradora serán pagados al momento del servicio.

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente