



Avondale Medical Center

501 W. Van Buren St. Suite T, Avondale, AZ, 85323

T: 623-932-9905 F: 623-932-6901

REGISTRATION FORM (Spanish)

(Please Print) (Por Favor Escriba Claramente)

Today's Date (Fecha de Hoy):		PCP: Dr. Rohit Malhotra		
PATIENT INFORMATION (INFORMACION DEL PACIENTE)				
Last Name (Apellido Nombre):		First Name (Primer Nombre):	Middle:	
Marital Status: <input type="checkbox"/> Single (Soltero) <input type="checkbox"/> Married (Casado) <input type="checkbox"/> Divorced (Divorciado) <input type="checkbox"/> Separated (Seperado) <input type="checkbox"/> Widowed (Viuda)				
Is this your legal name? (Este es Su Nombre Legal?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Preferred Pharmacy (Farmacia):	Pharmacy Phone# (Telefono Farmacia):	
Birth date (Fecha de Nacimiento):	Age (Edad):	Sex (sexo): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Address (Direccion de Domicilio):				
P.O. Box:	City (Ciudad):	State (Estado):	ZIP Code (Codigo Postal):	Social Security# (Seguro Social):
Home phone# (Telephone Casa):		Alterntive Phone# (Telefono Alternativo):		
Occupation (Ocupacion):	Employer (Empleador):	Employer Phone# (Telefono Empleador):		
How did you hear about us (Como escucho sobre nosotros)? <input type="checkbox"/> Family (Familiares) <input type="checkbox"/> Friend (Amigos) <input type="checkbox"/> Close to home/work (Cerca de caso o trabajo) <input type="checkbox"/> Insurance plan (Plan de Seguro) <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Other (otro)				
IN CASE OF EMERGENCY (EN CASO DE EMERGENCIA)				
Name (Nombre de un Conocido):	Relationship to Patient (Relacion del Paciente):	Home phone# (Telephone Casa):	Alterntive Phone# (Telefono Alternativo):	
Name (Nombre de un Conocido):	Relationship to Patient (Relacion del Paciente):	Home phone# (Telephone Casa):	Alterntive Phone# (Telefono Alternativo):	
The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Avondale Medical Center or insurance company to release any information required to process my claims.				
La informacion anterior es verdadera a lo major de mi conocimiento. Autorizo ami seguro que pague directamente al medico. Yo entiendo que yo soy responsable por cualquier balance que mi seguro no cubra. Tambian autorizo Avondale Medical Center o compania de seguros que libere toda la informacion necesaria para procesar mis reclamos.				
Patient/Guardian signature (Firma del Paciente o Guardian)		Date (Fecha de Hoy)		



Avondale Medical Center

501 W. Van Buren St. Suite T, Avondale, AZ, 85323
T: 623-932-9905 F: 623-932-6901

HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE (SPANISH)

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

All questions contained in this questionnaire are strictly confidential and will become part of your medical record

Name (Last, First, M.I.) Nombre (Apellido, Nombre,):		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB <i>Fecha de nacimiento:</i>	Age <i>Edad:</i>
Marital Status: <i>Estado civil:</i>	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Partnered <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <i>Soltero Asociado Casado Separado Divorciado Viuda</i>			
Previous or referring doctor: <i>Anterior o se refieran médico:</i>			Occupation: <i>Ocupación:</i>	

PERSONAL HEALTH HISTORY (HISTORIA PERSONAL DE SALUD)

Childhood illness: <i>Enfermedades de la infancia:</i>	<input type="checkbox"/> Measles <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Chickenpox <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever <input type="checkbox"/> Polio <i>Sarampión Paperas Rubéola Varicela Fiebre reumática Poliomielitis</i>			
Immunizations and dates: <i>Vacunas y fechas:</i>	<input type="checkbox"/> Tetanus <i>Tétanos</i>		<input type="checkbox"/> Pneumonia <i>Neumonía</i>	
	<input type="checkbox"/> Hepatitis		<input type="checkbox"/> Chickenpox <i>Varicela</i>	
	<input type="checkbox"/> Influenza		<input type="checkbox"/> MMR <i>Measles, Mumps, Rubella</i> <i>MMR Sarampión, Paperas, Rubéola</i>	

List any medical problems that other doctors have diagnosed
Enumerar los problemas médicos que otros médicos han diagnosticado

Surgeries *Cirugías*

Year <i>Año</i>	Reason <i>Razón</i>	Hospital

Other hospitalizations *Otros hospitalizaciones*

Year <i>Año</i>	Reason <i>Razón</i>	Hospital

Have you ever had a blood transfusion? *Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?* Yes No

List your prescribed drugs and over-the-counter drugs, such as vitamins and inhalers
Su lista de medicamentos recetados y de venta libre de drogas, como las vitaminas y los inhaladores

Drug Name <i>Nombre de la droga</i>	Strength <i>Fuerza</i>	Frequency Taken <i>Frecuencia Tomada</i>

Allergies to Medications <i>Alergia a medicamentos</i>	
Drug Name <i>Nombre de la droga</i>	Reaction You Had <i>Usted tuvo reacción</i>

HEALTH HABITS AND PERSONAL SAFETY (HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL)

Exercise <i>Ejercicio</i>	<input type="checkbox"/> Sedentary (No exercise) <i>Sedentarismo (no ejercicio)</i>			
	<input type="checkbox"/> Mild exercise (i.e., climb stairs, walk 3 blocks, golf) <i>Ejercicio leve (por ejemplo, subir escaleras, caminar 3 cuadradas, campos de golf)</i>			
	<input type="checkbox"/> Occasional vigorous exercise (i.e., work or recreation, less than 4x/week for 30 min.) <i>Ejercicio vigoroso ocasional (por ejemplo, el trabajo o de recreo, a menos de 4x/week durante 30 min.)</i>			
	<input type="checkbox"/> Regular vigorous exercise (i.e., work or recreation 4x/week for 30 minutes) <i>Ejercicio vigoroso ocasional (por ejemplo, el trabajo o de recreo, a menos de 4x/ semana durante 30 minutos.)</i>			
Diet <i>Dieta</i>	Are you dieting? <i>Está usted a dieta?</i>			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	If yes, are you on a physician prescribed medical diet? <i>En caso afirmativo, ¿está usted en un médico prescribe la dieta médica?</i>			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	# of meals you eat in an average day? <i>El número de comidas que usted come en un día normal?</i>			
	Rank salt intake <i>Rango de la ingesta de sal</i>	<input type="checkbox"/> High <i>alto</i>	<input type="checkbox"/> Med <i>Medio</i>	<input type="checkbox"/> Low <i>bajo</i>
	Rank fat intake <i>Rango de la ingesta de grasas</i>	<input type="checkbox"/> High <i>alto</i>	<input type="checkbox"/> Med <i>Medio</i>	<input type="checkbox"/> Low <i>bajo</i>
Caffeine <i>Cafeína</i>	<input type="checkbox"/> None <i>Ninguno</i>	<input type="checkbox"/> Coffee <i>Café</i>	<input type="checkbox"/> Tea <i>Té</i>	<input type="checkbox"/> Cola
	# of cups/cans per day? <i># De tazas / latas por día?</i>			
Alcohol	Do you drink alcohol? <i>Bebe alcohol?</i>			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	If yes, what kind? <i>En caso afirmativo, ¿de qué tipo?</i>			
	How many drinks per week? <i>Cuántas bebidas por semana?</i>			
	Are you concerned about the amount you drink? <i>Está usted preocupado por la cantidad que usted bebe?</i>			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Have you considered stopping? <i>Has pensado en parar?</i>			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Have you ever experienced blackouts? <i>Alguna vez ha experimentado apagones?</i>			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Are you prone to "binge" drinking? <i>Es usted propenso a la "borrachera" de beber?</i>			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Do you drive after drinking? <i>Usted manejar después de beber?</i>			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Tobacco	Do you use tobacco <i>Usa tabaco?</i>			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Tabaco	<input type="checkbox"/> Cigarettes – pks./day <i>Cigarrillos - paquetes /día</i>	<input type="checkbox"/> Chew - #/day <i>Chew - # /día</i>	<input type="checkbox"/> Pipe - #/day <i>Pipe - # /día</i>	<input type="checkbox"/> Cigars - #/day <i>Cigarros - # /día</i>	<input type="checkbox"/> # of years <i># De años</i>
	<input type="checkbox"/> Or year quit <i>Dejar de fumar o el año</i>				
Drugs <i>Droga</i>	Do you currently use recreational or street drugs? <i>Actualmente el uso de drogas recreativas o de calle?</i>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Have you ever given yourself street drugs with a needle? <i>Alguna vez has dado a ti la calle las drogas con una aguja?</i>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Sex <i>Sexo</i>	Are you sexually active? <i>Es usted sexualmente activa?</i>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	If yes, are you trying for a pregnancy? <i>En caso afirmativo, ¿está tratando de un embarazo?</i>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	If not trying for a pregnancy list contraceptive or barrier method used: <i>Si no se trata de un embarazo lista de anticonceptivos de barrera o el método empleado:</i>				
	Any discomfort with intercourse? <i>Cualquier malestar con el relaciones?</i>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Illness related to the Human Immunodeficiency Virus (HIV), such as AIDS, has become a major public health problem. Risk factors for this illness include intravenous drug use and unprotected sexual intercourse. Would you like to speak with your provider about your risk of this illness? <i>Enfermedades relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), como el SIDA, se ha convertido en un importante problema de salud pública. Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen el uso de drogas intravenosas y relaciones sexuales sin protección. ¿Te gustaría hablar con su proveedor acerca de su riesgo de esta enfermedad?</i>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Personal Safety <i>Seguridad Personal</i>	Do you live alone? <i>Vives solo?</i>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Do you have frequent falls? <i>Tiene frecuentes caídas?</i>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Do you have vision or hearing loss? <i>Tiene la visión o la pérdida de la audición?</i>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Do you have an Advance Directive or Living Will? <i>Tiene usted una directiva anticipada o testamento vital?</i>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Would you like information on the preparation of these? <i>Desea información sobre la preparación de estos?</i>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Physical and/or mental abuse have also become major public health issues in this country. This often takes the form of verbally threatening behavior or actual physical or sexual abuse. Would you like to discuss this issue with your provider? <i>Física y / o mental, el abuso también se han convertido en importantes cuestiones de salud pública en este país. Esto a menudo toma la forma de comportamiento verbal o amenaza real de abuso físico o sexual. ¿Le gustaría debatir esta cuestión con su proveedor?</i>				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

FAMILY HEALTH HISTORY					
Relationship	Age Edad	Significant Health Problems <i>Importantes problemas de salud</i>	Relationship	Age Edad	Significant Health Problems <i>Importantes problemas de salud</i>
Father <i>Padre</i>			Mother <i>Madre</i>		
Grandmother <i>Paternal</i> Abuela Paternal			Grandmother <i>Maternal</i> Abuela Materna		
Grandfather <i>Paternal</i> Abuelo Paternal			Grandfather <i>Maternal</i> Abuelo Materna		

Relationship	Age Edad	Significant Health Problems <i>Importantes problemas de salud</i>	Relationship	Age Edad	Significant Health Problems <i>Importantes problemas de salud</i>
Siblings <i>Hermanos</i>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Children <i>Hijos</i>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

MENTAL HEALTH (SALUD MENTAL)

Is stress a major problem for you? <i>El estrés es un problema importante para usted?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you feel depressed? <i>Te sientes deprimido?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you panic when stressed? <i>Hacer hincapié en que cuando el pánico?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you have problems with eating or your appetite? <i>Tiene problemas con el comer o el apetito?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you cry frequently? <i>Hacer llorar con frecuencia?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you ever attempted suicide? <i>Alguna vez ha intentado suicidarse?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you ever seriously thought about hurting yourself? <i>Alguna vez ha pensado seriamente en hacerse daño a ti?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you have trouble sleeping? <i>Tiene problemas para dormir?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you ever been to a counselor? <i>Ha estado alguna vez con un consejero?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

WOMEN ONLY (SÓLO PARA MUJERES)

Age at onset of menstruation: <i>Edad en la aparición de la menstruación:</i>		
Date of last menstruation: <i>Fecha de la última menstruación:</i>		
Period every ____ days <i>Cada período de ____ días</i>		
Heavy periods, irregularity, spotting, pain, or discharge? <i>Períodos pesados, irregularidad, manchado, dolor, o la aprobación de la gestión?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Number of pregnancies ____ Number of live births ____ <i>Número de embarazos ____ Número de nacidos vivos ____</i>		
Are you pregnant or breastfeeding? <i>Está usted embarazada o en período de lactancia?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you had a D&C, hysterectomy, or Cesarean? <i>Ha tenido una D & C, histerectomía, o la cesárea?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Any urinary tract, bladder, or kidney infections within the last year? <i>Cualquier tracto urinario, vejiga, riñón o infecciones durante el último año?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Any blood in your urine? <i>Toda la sangre en su orina?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Any problems with control of urination? <i>Cualquier problema con el control de la orinar?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Any hot flashes or sweating at night? <i>Cualquier sofocos o sudoración por la noche?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Do you have menstrual tension, pain, bloating, irritability, or other symptoms at or around time of period? <i>Tiene la tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad, u otros síntomas en o alrededor del período de tiempo?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Experienced any recent breast tenderness, lumps, or nipple discharge? <i>Experimentado recientemente los senos, bultos, o el pezón, la aprobación de la gestión?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Date of last pap and rectal exam? <i>Fecha de la última citología y examen rectal?</i>		

MEN ONLY (SOLO HOMBRES)

Do you usually get up to urinate during the night? <i>Suele levantarse a orinar durante la noche?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
If yes, # of times _____ <i>Si la respuesta es sí, # de veces _____</i>		
Do you feel pain or burning with urination? <i>Siente dolor o ardor al orinar?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Any blood in your urine? <i>Toda la sangre en su orina?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you feel burning discharge from penis? <i>Se siente la quema de la aprobación de la gestión de pene?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Has the force of your urination decreased? <i>Tiene la fuerza de tu orina disminuyó?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you had any kidney, bladder, or prostate infections within the last 12 months? <i>Ha tenido alguna riñón, vejiga, próstata o infecciones en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you have any problems emptying your bladder completely? <i>Tiene algún problema vaciado completamente su vejiga?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Any difficulty with erection or ejaculation? <i>Cualquier dificultad con la erección o eyaculación?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Any testicle pain or swelling? <i>Cualquier dolor o hinchazón del testículo?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Date of last prostate and rectal exam? <i>Fecha de la última de próstata y examen rectal?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

OTHER PROBLEMS (OTROS PROBLEMAS)

Check if you have, or have had, any symptoms in the following areas to a significant degree and briefly explain. <i>Comprobar si tiene o ha tenido algún síntoma en las siguientes áreas de manera significativa y explicar brevemente.</i>		
<input type="checkbox"/> Skin <i>Piel</i>	<input type="checkbox"/> Chest/Heart <i>Pecho / Corazón</i>	<input type="checkbox"/> Recent changes in: <i>Cambios recientes en:</i>
<input type="checkbox"/> Head/Neck <i>Cabeza / cuello</i>	<input type="checkbox"/> Back <i>Espalda</i>	<input type="checkbox"/> Weight <i>Peso</i>
<input type="checkbox"/> Ears <i>Oídos</i>	<input type="checkbox"/> Intestinal <i>intestinales</i>	<input type="checkbox"/> Energy level <i>Nivel de energía</i>
<input type="checkbox"/> Nose <i>Nariz</i>	<input type="checkbox"/> Bladder <i>la vejiga</i>	<input type="checkbox"/> Ability to sleep <i>la capacidad de dormir</i>
<input type="checkbox"/> Throat <i>Garganta</i>	<input type="checkbox"/> Bowel <i>estrenimiento</i>	<input type="checkbox"/> Other pain/discomfort: <i>Otros dolor / malestar:</i>
<input type="checkbox"/> Lungs <i>Pulmones</i>	<input type="checkbox"/> Circulation <i>la circulación</i>	<input type="checkbox"/> Extremities ie.legs/arms <i>Extremidades ejemplo piernas / brazos</i>



Avondale Medical Center

501 W. Van Buren St. Suite T, Avondale, AZ, 85323
T: 623-932-9905 F: 623-932-6901

POLÍTICA FINANCIERA

Sabemos que elección de médico es una decisión muy importante y le damos las gracias por elegir nuestra oficina. Por favor, tómese un minuto para leer atentamente el presente reseña de algunas de nuestras políticas financieras.

INFORMACIÓN CON RESPECTO A SU COBERTURA DE SEGURO

Usted debe de ser informado y comprende los detalles de su cobertura de seguro de salud y cumplir con cualquier asociados requisitos (por ejemplo, pre-certificación, la obtención de referencias, faciliten información acerca de condiciones preexistentes, etc.). También es su responsabilidad proporcionar nuestra oficina con todos los requerimientos de información con respecto a su cobertura de seguro médico. Es importante notificar si hay algún cambio seguro a su información. En casos surgen complicaciones durante el proceso de facturación, Usted tiene la obligación de proporcionar rápidamente asistencia e información a nuestra oficina de facturación (internos y / o externos) y si u no esta información oportuna prestación o denegación de asistencia en los resultados de cobertura, podrá (en determinadas circunstancias) pasan a ser personalmente responsable de pagar por los servicios.

PACIENTES SIN SEGURANSA

Si no tiene seguro de salud actual, todo pago realizado para cualquier servicio sera pagado en el momento de su visita.

PROVEEDOS NO PARTICIPANTE BENEFICIOS O NO CUBIERTO

Si no participamos con su seguro, o si los servicios suministrados no son cubiertos por su plan de seguro médico particular, entonces usted es responsable de pagar para todos los servicios en el momento de su visita. Si desea (Al recibir su solicitud y el pago completo) una declaración para sus registros y / o su reembolso. (NOTA: En determinadas circunstancias y nuestra entera discreción podemos facturar directamente su compañía de seguros como fuera de la red en lugar de proveedor acepta pago directamente de usted. Y si lo hacemos, usted acepta ceder su pago a los derechos de nuestra oficina y adelante EE.UU. a todos los controles usted recibe en relación con los servicios que le han proporcionado a usted.)

PROVEEDOR DE PARTICIPANTES Y BENEFICIOS CUBIERTOS

Participar con nosotros si su seguro de salud y los servicios porteador solicitada son cubiertos servicios bajo su plan de seguro médico particular, entonces nosotros directamente su factura de seguro. Dentro de su plan, usted puede ser responsable de ciertas cantidades pagar (por ejemplo, co-pagos, deducibles, y honorarios por servicios no cubiertos), que se deben al tiempo del servicio.

TIPOS DE PAGOS; CHEQUES SIN FONDOS

Nuestra oficina acepta dinero en efectivo, cheques, master card, visa, american express. Si si cheque no tiene fondos (ejemplo, denegada por insuficiencia de fondos), se le debe pagar una tasa adicional de \$ 35.00 que serán exigibles y debido inmediatamente.

PERCEPCIÓN DE SALDO PENDIENTE

Todos los saldos pendientes serán exigibles dentro de 30 días. A menos que nos han apongamos de acuerdo de pago por escrito, es importante que pague todos los saldos, en su totalidad, antes o en el momento de su visita. Los saldos que quedan pendientes para un período de 90 días o más podrá ser sometido a una agencia

de cobros o oficina de abogados. Si su cuenta se refiere a una agencia de colecciones, usted será responsable del pago de una colección cargará el 35% de su saldo pendiente, que se añade a su saldo pendiente y los intereses correspondientes. Si su cuenta se refiere a un abogado fuera, usted será responsable de pagar todos los honorarios de abogado razonables y los costos de la corte, que se añaden a su saldo pendiente y los intereses correspondientes.

PERDIDAS DE CITAS

Es importante que usted asista a todas las citas. Por el camino de cortesía, normalmente (pero no necesidad) convocatoria para confirmar su nombramiento un día o dos antes de la cita. Si a usted hablar no es posible por cualquier motivo, se pretende dejar un mensaje recordatorio con un familiar o por un contestador automático / correo de voz. Su falta de cancelar una cita en el momento oportuno (es decir, al menos 24 horas antes de la visita) priva a otros pacientes de la oportunidad de visitar nuestra oficina. Usted será responsable de pagar un cuota de \$40.00 para cita de doctor Y/O \$75.00 por cita de especialista. Reconocemos el hecho de que puede haber circunstancias que no le permiten generosas ee.uu. 24 horas previo aviso pero tales circunstancias son excepcionales y muy infrecuentes y estudiará caso por caso.

LIBERACIÓN DE REGISTROS MEDICOS

Registros medicos creado por nuestra oficina no se liberará expresa de confirmidad con el control HIPPA otras leyes o (bajo otras circunstancias lo requerido por la ley). De conformidad con la ley de New Jersey, cobramos una tarifa que fotocopias de \$ 1.00 por página y tienen hasta 30 días para producir sus registros. Si en el marco de la ley permite, podemos cobrarle una subida de las tasas a los abogados que solicitan sus registros.

GASTOS DIVERSOS

Determinados servicios (por ejemplo, conferencias familia completando formas, producción informes descriptivos, cartas personales, etc.) Con anterioridad a la solicitud de tales servicios, debe solicitar una copia de nuestro diversos servicios lista de aranceles.

Al firmar abajo, el paciente o la parte responsable reconoce que el o ella ha leído y entendido la política financiera y acuerda quedar obligado por los terminus y condiciones estipulados.

Firma de paciente o guardian

Fecha

Nombre de paciente o guardian

Fecha



Avondale Medical Center

501 W. Van Buren St. Suite T, Avondale, AZ, 85323
T: 623-932-9905 F: 623-932-6901

Autorizacion para solicitar y utilizar documentos de Information de salud

Nombre: _____ Fecha: _____

Telefono: _____

1. Yo autorizo la version y el uso de information de la salud de el paciente de el nombre cual fue escrito en la informacion de arriba a como se describe a continuation.
2. La siguiente organization esta autorizada para obtener y utilizar registros medicos:

Nombre: Avondale Medical Center: Dr. Rohit Malhotra & Ron Fergison, P.A.

Direction: 501 W. Van Buren St, Avondale, AZ, 85323

3. El tipo de information que se solicita, utiliza o divulga es la siguiente:

_____ Reports de Consulta	_____ Peliculas Diagnosticas
_____ Dosimetry Records	_____ Registros de Dosimetria
_____ Dictado de Doctor/ Asistente de Doctor	_____ Resultados de Laboratorio
_____ Reportes de Radiologia	_____ Cirugia/ Patologia

Otro _____

4. Entiendo que la information en mi expediente de salud puede incluir information relative a enfermedades transmitidas sexualmente, adquirio el sindrome de inmunodeficiencia (SIDA), o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) Tambien puede incluir information sobre los servicios de salud mental o conductual y tratamiento por abuso de alcohol y drogas.
5. Esta information puede ser divulgada y ser utilizada por la persona organizaciones siguientes:
6. Entiendo que tengo derecho a anular esta autorizacion en cualquier momento. Entiendo que si anulico esta autorizacion debo hacerlo por escrito y presenter mi anulacion escrita para el Departamendo de Salud y Informacion. Entiendo que la anulacion no se aplicara a la informacion que ya ha sido lanzada en respuesta a esta autorizacion. Entiendo que la anulacion no se le aplicara a mi compania de seguros cuando la ley proporciona mi asegurador con derecho a impugner una reclamacion en virtud de mi poliza.

Nombre: _____

Relation a Paciente: _____

Direction : _____

Proposito De: _____

Firma del Paciente o de Representante Legal

Fecha