

AAPRI
Asthma & Allergy
PHYSICIANS OF RHODE ISLAND

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F Otro

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel.: (Casa): _____ (Celular): _____ Correo electrónico: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Tel.: _____ Relación: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Médico Referente: _____

Yo, _____, autorizo a AAPRI a enviar informes de progreso a mi PCP y/o proveedores de referencia

Raza/Etnia (*por favor marque con un círculo*): Blanco Hispano No Hispano Afroamericano Nativo Americano Asiático

Nombre del seguro principal: _____ Nombre del seguro secundario: _____

ID de miembro: _____ ID de miembro: _____

Fecha de entrada: _____ Fecha de entrada: _____

Nombre completo de los garantes: _____ Nombre completo de los garantes: _____

Garantes Fecha de Nacimiento: _____ Garantes Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social de los Garantes: _____ Número de Seguro Social de los Garantes: _____

Consentimiento para el tratamiento de atención médica:

Al firmar a continuación, acepto recibir el tratamiento proporcionado por los proveedores de "AAPRI" hasta que el firmante o tutor lo retire. Esto puede incluir, entre otros, examen físico, pruebas cutáneas y respiratorias, inyecciones y tratamientos respiratorios.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación: _____

Consentimiento para la facturación y reconocimiento de responsabilidad financiera/asignación de beneficios:

Al firmar a continuación, por la presente asigno todos los beneficios del seguro de salud y autorizo los pagos a Asthma & Allergy Physicians of Rhode Island por los servicios prestados. Entiendo que es posible que mi compañía de seguros no apruebe o reembolse mis servicios médicos en su totalidad debido a las tarifas usuales y habituales, exclusiones de beneficios, límites de cobertura, falta de autorización o necesidad médica. Reconozco y entiendo que soy legalmente responsable de las tarifas no pagadas en su totalidad, los copagos, el deducible de la póliza y el coseguro, excepto cuando mi responsabilidad esté limitada por contrato o por la ley estatal o federal.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación: _____

Acuse de recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad:

Al firmar a continuación, reconozco que he leído el Aviso de Práctica de Privacidad de los Médicos de Asma y Alergia de Rhode Island, a través de la publicación en la oficina o solicitando una copia física, por lo tanto, entiendo cómo "AAPRI" puede usar y divulgar mi información de salud, así como también cómo puedo obtener acceso y control de mi información de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

AAPRI

Asthma & Allergy

PHYSICIANS OF RHODE ISLAND

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Síntomas actuales: dificultad para respirar sibilancias tos reacciones alérgicas Otros: _____

Medicamentos actuales (Enumere TODOS los medicamentos, incluidos los recetados, los medicamentos de venta libre y los tratamientos a base de hierbas)

Medicación: _____ Dosis: _____ Iniciada (aproximadamente): _____

Medicación: _____ Dosis: _____ Iniciada (aproximadamente): _____

Medicación: _____ Dosis: _____ Iniciada (aproximadamente): _____

Alergias conocidas (Por favor, describa la reacción)

Fuente: _____ Reacción: _____

Fuente: _____ Reacción: _____

Fuente: _____ Reacción: _____

Historial médico

Hipertensión: Sí No. En caso afirmativo, inicio: _____

Diabetes: Sí No. En caso afirmativo, inicio: _____

Enfermedad cardíaca: Sí No.

En caso afirmativo, inicio: _____

Bronquitis/Enfisema/Neumonía: Sí No.

En caso afirmativo, inicio: _____

Hinchazón abdominal: Sí No.

En caso afirmativo, inicio: _____

Estreñimiento: Sí No. En caso afirmativo, inicio: _____

Diarrea: Sí No. En caso afirmativo, inicio: _____

Reflujo Acidez estomacal: Sí No.

En caso afirmativo, inicio: _____

Asma: Sí No. En caso afirmativo, inicio: _____

Fiebre del heno: Sí No. En caso afirmativo, inicio: _____

Eczema: Sí No. En caso afirmativo, inicio: _____

Cáncer: Sí No. En caso afirmativo, inicio: _____

Tipo/s de cáncer: _____

Antecedentes familiares

Asma: Sí No. En caso afirmativo, ¿quién: _____

Eczema: Sí No. En caso afirmativo, ¿quién: _____

Alergia: Sí No. En caso afirmativo, ¿quién: _____

Historia Ambiental

Suelos - Alfombra Madera

A.C. – Ventana Central

Calor – Zócalo Radiador Forzado

Área de residencia –

Suburbios de la Ciudad Rural

¿Su ambiente es húmedo/húmedo?

Sí No

Animales – Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo?: _____

Historia Social

Tabaquismo

No, nunca

Sí, actualmente. ¿Ingesta diaria? _____

No, pero antes durante _____ años

Fumadores domésticos: Sí No

En caso afirmativo, Exterior Interior

Ensayo

¿Te has hecho una radiografía o una imagen de los senos paranasales recientemente? Sí No

En caso afirmativo, fecha aproximada: _____

¿Piel probada previamente? Sí No

En caso afirmativo, fecha aproximada de la prueba: _____

Nombre del médico: _____

Resultados: _____

Por favor, califique su disposición a probar cada uno de los siguientes

Explorar opciones dietéticas, incluida la eliminación de alimentos, para identificar los alimentos desencadenantes:

No me interesa Algo Muy

Explorando suplementos, vitaminas, probióticos u otras opciones de reemplazo: **No me interesa Algo Muy**

Acuerdo de contacto

(Por favor, compruebe)

Doy permiso a "AAPRI" para "habilitarme en la web" para el portal Healow, lo que me otorga acceso a mis datos médicos y de cuenta, así como una comunicación óptima con los proveedores y el personal de AAPRI.

Correo electrónico: _____

no deseo estar habilitado para la web, y entiendo que el principal medio de comunicación de la práctica es a través del portal de Healow. Lo que resulta en una reducción del soporte telefónico.

Acuerdo de Política de Cancelación de Citas

Asthma and Allergy Physicians of Rhode Island se compromete a brindar una atención excepcional al paciente, lo que incluye hacer todo lo posible para satisfacer las necesidades de programación de todos. Si no puede asistir a alguna de sus citas, incluidas las pruebas o los procedimientos, comuníquese con nosotros a través del portal de Healow o al 401-751-1235, con no menos de 24 horas de anticipación. Para citas el lunes, comuníquese con el consultorio antes del mediodía, el viernes anterior. Si no se da aviso previo, se le pedirá que pague una tarifa por cita perdida de hasta \$ 150.00. Esta tarifa no está cubierta por su compañía de seguros y se considerará un gasto de bolsillo.

Copagos y Acuerdo de Pagos

Hacemos todo lo posible para evitar cualquier malentendido con respecto a su seguro médico. Tenga en cuenta que la cantidad que se le cotiza puede ser solo una estimación. Es responsabilidad del paciente conocer y comprender los copagos y limitaciones de su seguro, pero nuestro personal estará encantado de trabajar con usted y su compañía de seguros para obtener la información más precisa. Cualquier saldo no pagado por su compañía de seguros es su responsabilidad financiera. Los saldos vencidos pueden resultar en la desactivación de la cuenta, lo que resulta en la imposibilidad de programar nuevas citas. Ayude a mantener las cuentas actualizadas proporcionando los detalles de la tarjeta a continuación.

Nombre en la tarjeta: _____

Fecha de caducidad: _____

Número de tarjeta: _____

CVV: _____

Las copias físicas de este formulario de registro se destruirán al cargarlo en el sistema de registros médicos electrónicos.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y comprendido las políticas de nuestra oficina descritas en este formulario de registro

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación: _____

Instituto de Investigación Clínica

470 Carretera de peaje

Warwick, RI 02886

401-681-4960

Una de las formas en que el Dr. Zwetchkenbaum se mantiene al tanto de los tratamientos de "última generación" es con su participación en los estudios de investigación clínica. Los ensayos clínicos involucran a personas como usted, que se ofrecen como voluntarias para participar en investigaciones cuidadosamente realizadas que, en última instancia, descubren mejores formas de tratar, prevenir, diagnosticar y comprender las enfermedades humanas.

El noventa por ciento de nuestros pacientes que participan solicitan participar en ensayos adicionales. Responder **sí** solo nos permite comunicarnos con usted para ver si puede ser elegible para participar, de acuerdo con los criterios del estudio. No te compromete a participar.

Los médicos de asma y alergias de Rhode Island pueden usar su información protegida para ayudar a identificar si puede calificar para un estudio de investigación realizado por nuestra División de Investigación. Solo nos comunicaremos con usted para hablar sobre la inscripción en un estudio clínico para el cual puede calificar.

¿Le gustaría que nos pusiéramos en contacto con usted si está interesado en participar en un estudio? (*Por favor, compruebe*)

Sí, me gustaría que se pusieran en contacto conmigo si cumpla los requisitos para participar

Correo electrónico: _____ Inicio: _____

Celular: _____ Texto de la llamada (Preferencia(s) de círculo

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

No, me niego a que me contacten, incluso si fuera potencialmente elegible para participar

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Gracias por completar nuestros documentos. ¡Esperamos poder atenderlo!