



# FORMA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número De Telefono De Casa: \_\_\_\_\_ Número De Celular: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Raza:

- Indio Americano O de Alaska Nativo
- Negro/Afro Americano
- Asiáticos
- Idioma Hawaiano Nativo
- Blanco

Origen étnico: Hispano/Latino  
No Hispanos

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Trabajo# \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

Médico que Referido: \_\_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de su visita hoy?

¿La lesión ocurrió en el trabajo? *SÍ NO*

Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos de los servicios prestados a mi persona incluyendo el saldo restante después del pago de beneficios del seguro posible de salud.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Asignación de beneficios, autorizo el pago médico a Dr. Iannuzzi por servicios profesionales prestados.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Liberación de información-autorizo dar a conocer cualquier información médica necesaria para reclamación del proceso.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Historial De Salud y Medico

Para atender su salud necesito, por favor completar esta forma. Esto es un registro confidencial de su historial médico y se mantendrá en la oficina. No dude en preguntarnos cualquier duda que tenga.

Por favor enliste todos los medicamentos actuales que está tomando (incluyendo todos los medicamentos sin receta)

---

---

---

---

Describir los accidentes graves, lesiones graves, lesiones en la cabeza, fracturas o huesos rotos y cirugías. Por favor incluya las fechas.

---

---

---

Por favor indique todas las alergias que tiene (alimentos, medicamentos, etcetera.)

---

---

---

Fuma:  Exfumador  Actualmente  Nunca

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Historial Médico Pasado O Actual:

- Artritis NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_
- Epilepsia NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_
- Tuberculosis NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_
- Diabético NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_
- En caso afirmativo: Tamaño del zapato: \_\_\_\_\_ A1C último: \_\_\_\_\_
- Cáncer NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_
- Presión Arterial Alta O Baja NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_
- Asma NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_
- EL HIV/SIDA NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_
- Derrame Cerebral NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_
- Hepatitis A, B, C NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_
- Úlcera NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_
- Colesterol NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

Cualquier otra enfermedad? NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

En caso afirmativo enumere: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Información Sobre El Seguro

---

### Seguro primario:

Compañía de seguros de salud:

\_\_\_\_\_ Numero De Poliza: \_\_\_\_\_

### Información del suscriptor/Titular:

(Se aplica a quienes no son el principal titular de la poliza)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Seguro secundario

Compañía de seguros de salud:

\_\_\_\_\_ Numero De Poliza: \_\_\_\_\_

### Suscriptor/titular de la información:

(Se aplica a quienes no son el principal titular de la poliza)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Dr. Peter Iannuzzi  
7817 Bergenline Avenue  
North Bergen, NJ 07047

## Poliza De La Oficina

Lo siguiente es nuestra poliza de la oficina. Si tiene alguna pregunta sobre estos términos, no dude en preguntar.

1. Todo cheque devuelto por cualquier motivo se cargará el importe del cheque más un cargo adicional de \$35.00.
2. Todas las facturas deben pagarse en totalidad dentro de 90 días. Cualquier saldo después de 90 días llevará a un interés del 1.5% mensual hasta que el balance sea cancelado.
3. Cualquier saldo pendiente que nos obligue a utilizar un abogado fiscal/colección / o se convierte en un asunto judicial tendrá cargo adicional añadido a su saldo pendiente de pago.
4. Las primeras formas presentadas por el paciente estarán libres de cargo posteriormente se cobrará una cuota de \$25.00 por forma.
5. Todas las referidos son responsabilidad del guardián del paciente o el paciente.
6. Copias de nuestros archivos requieren por lo menos un aviso de dos semanas de anticipación.
  - a. Cargo de búsqueda x \$15.00  
Por página x \$1.00
  - b. Cargo por rayos x \$5.00

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Estamos aquí para ayudarle, por favor déjanos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietud.