

Ear, Nose, Throat, & Allergy of Northwest Georgia

Raymond Howard, M.D.

107 John Maddox Drive Rome, GA 30165

Paciente: Nombre preferido _____ Fecha: _____

Primer Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujere

Número de seguro social: _____ Idioma preferido: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____

Estado civil: soltero/niño Casado Divorciado Socio doméstico Viudo

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Método preferido de comunicación: Llamada: Casa Trabajo Celular Texto

Correo Electrónico Portal del paciente

Empleador: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____ Localidad: _____

Cónyuge si está casado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguridad social: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS, O SI EL PACIENTE ES MAYOR DE 18 AÑOS Y TODAVIA SIGUE USANDO LA ASEGURANZA DE LOS PADRES, ESTO ES OBLIGATORIO.

Madre/Guardián: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio si es diferente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de seguro social: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Empleador: _____

Padre/Guardián: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio si es diferente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de seguro social: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Empleador: _____

Con quién vive el paciente: _____ Relación si no es el padre: _____

VEA EL REVERSO PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL: SE REQUIERE UNA FIRMA

Notificación de HIPPA: ENT de NWGA cumple con las leyes de HIPPA y actos de privacidad. Nuestra póliza de privacidad se publicado en el lobby. De acuerdo con estas pólizas, Yo entiendo que a menos que se de un permiso por escrito se ha dado esta información:

La información del paciente solo se puede divulgar a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Inicializa cada espacio que has leído y comprende sus contenidos.

_____ Autorizo a ENT de NWGA a dejar mensajes en mi contestador automático con respecto a mi cuidado y / o citas. Autorizo el pago directamente a ENT of NWGA y autorizo la divulgación de información médica a mi compañía de seguros para procesar reclamaciones. También autorizo a ENT de NWGA a acceder a mis beneficios de farmacia para obtener una lista de mis medicamentos y a prescribir mis recetas electrónicamente. Entiendo que ENT de NWGA solo enviará recetas electrónicamente y no se dará una receta escrita a mano.

_____ Autorizo al Dr. Raymond Howard y a los proveedores de nivel medio en ENT de NWGA a que me examinen y traten. Esto puede incluir procedimientos que son necesarios para diagnosticar mi problema. Incluidos en estos procedimientos están las posibilidades de lo siguiente:

- 1) Laringoscopia flexible: el uso de un endoscopio flexible para controlar la garganta.
- 2) Endoscopia nasal: el uso de un endoscopio para revisar la nariz y el seno. Esto puede incluir la limpieza de la cirugía de los senos o el cauterio nasal y las hemorragias nasales.
- 3) Biopsia si se considera necesario para el diagnóstico de mi problema.
- 4) Limpiezas / desbridamiento de oídos o nasales.

_____ Entiendo que hay riesgos involucrados en cualquier procedimiento que incluye, pero no se limita a: sangrado, cicatrices, dolor y / o infección. Entiendo que mi compañía de seguros puede codificar estos procedimientos como un procedimiento quirúrgico y pagará en consecuencia.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar mi tarjeta e información del seguro correcto / actual y obtener una referencia para mi seguro, si es necesario para mi póliza. Si no tengo mi referencia, tarjeta de seguro actual/correcta, o si mi reclamo es denegado, seré responsable del pago de mi factura, que incluye pero no se limita a cualquier cantidad que el seguro considere responsabilidad del paciente.

He / hemos leído esta divulgación y acordamos que ENT de NWGA, sus empleados y / o agentes pueden ponerse en contacto conmigo / nosotros como se describe anteriormente.

X _____ X _____

Imprimir: paciente / padre, tutor / representante legal

Signo: paciente / padre, tutor / representante legal

Nombre del paciente si no es persona que firma

Fecha

Ear, Nose, & Throat of NWGA

Raymond Howard, M.D.

Patient Medical History

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

¿Quién te refirió a nuestra práctica? _____

¿Razón de la visita? _____

¿En qué fecha comenzaron los síntomas? _____

Problemas (marque todas las casillas apropiadas)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Garganta dolorida | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello |
| <input type="checkbox"/> Plenitud del oído | <input type="checkbox"/> Congestión de la nariz | <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Masa de cuello |
| <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Secreción de la nariz | <input type="checkbox"/> Acedía | <input type="checkbox"/> Mareo |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Goteo postnasal | <input type="checkbox"/> Ronquera | <input type="checkbox"/> Vértigo |
| <input type="checkbox"/> Problemas para tragar | <input type="checkbox"/> Sangrado de nariz | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

HISTORIA médica pasada: (marque todas las casillas apropiadas)

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> Desorden tiroideo | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desorden coronaria | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Desorden de sangrado | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Desorden del riñón | <input type="checkbox"/> Artritis | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Hipertensión / presión alta | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Historial Quirúrgico pasado: (marque todas las casillas apropiadas)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tubos de oído | <input type="checkbox"/> Amígdalas / Anginas | <input type="checkbox"/> Espalda / cuello | <input type="checkbox"/> Apéndice |
| <input type="checkbox"/> Gangoso | <input type="checkbox"/> Adenoides | <input type="checkbox"/> Bypass de corazón | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Sinus | <input type="checkbox"/> Cara | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Historial médico familiar: (marque todas las casillas correspondientes)

- | | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Strokes | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Hipertensión / presión alta |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desorden tiroideo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Historial social (marque todas las casillas correspondientes)

- | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Alcohol: | Actual / Diario <input type="checkbox"/> | Algunos días / Ocasionalmente <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | Antes <input type="checkbox"/> |
| Humo de segunda mano: | Actual / Diario <input type="checkbox"/> | Algunos días / Ocasionalmente <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | Antes <input type="checkbox"/> |
| Tabaco / Cigarrillos: | Actual / Diario <input type="checkbox"/> | Algunos días / Ocasionalmente <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | Antes <input type="checkbox"/> |
| Tabaco / E-Cigs / Vape: | Actual / Diario <input type="checkbox"/> | Algunos días / Ocasionalmente <input type="checkbox"/> | Nunca <input type="checkbox"/> | Antes <input type="checkbox"/> |

Enumere cualquier alergia a medicamentos: _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando ACTUALMENTE: (si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario)

Firma del paciente _____