

Clínica Para Todos
2170 East Lohman Ave, Suite A
Las Cruces, NM 88001
Phone: 575-644-0480
Email: Clinicaparatodos20@gmail.com



(Tal y como está escrito en su tarjeta de aseguranza)

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento / / Casado Soltero (a) Niño (a) Otro _____

Seguro Social #: - - Hombre Mujer _____

Teléfono: () - Email: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: () _____

Nombre: _____ Relación: _____ Nombre: () _____

Persona de Asegurada: Yo mismo Esposo (a) Niño (a) Otro _____

Empleado: Si No Nombre de Empleador _____ Teléfono () _____

Clínica Para Todos
2170 East Lohman Ave, Suite A
Las Cruces, NM 88001
Phone: 575-644-0480
Email: Clinicaparatodos20@gmail.com

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Nombre Del Paciente:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo doy autorización a los médicos y otros profesionales de la salud que cuiden de mi para llevar a cabo los exámenes de rutina los procedimientos de diagnóstico, hospitalización y tratamientos terapéuticos que sean necesarias, mientras que yo soy un paciente de la **Clínica Para Todos**. Los procedimientos de diagnóstico de rutina y tratamientos médicos incluyen pero no se limitan a ECG, radiografías, análisis de sangre y la administración de medicamentos.

Estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no hay garantías de los resultados de los tratamientos o exámenes médicos.

Yo entiendo que las practicas medica con el fin de ofrecer atención medica de calidad, desarrolla y mantiene la información de salud que pueden incluir notas del médico, el historial médico y fisios, los informes de los medicamentos, las pruebas y resultados y planes de tratamientos. Estoy de acuerdo que esta información sobre la salud se utilizara para lo siguiente:

- Atención y planes de tratamiento
- Los estados de cuentas
- La comunicación entre los proveedores de salud interdisciplinarios
- Verificación de servicios por parte de terceros pagadores y agencias
- Control de calidad por la **Clínica Para Todos**

CESION DE SEGUROS O BENEFICIOS

Yo reconozco que soy responsable de todo pago por servicios prestados, sin embargo, en el caso de que tengo derecho a beneficios de atención medica de cualquier tipo que sea, yo asigno los beneficios a **Clínica Para Todos** y cualquiera de sus proveedores contratados de salud. Yo autorizo a **Clínica Para Todos** y los proveedores de servicios adecuados de atención de salud para solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios prestados durante este admisión o visita.

Yo certifico que el seguro y otra información de beneficio de cobertura suministrada por mi son correcta. Si mi compañía de seguro requiere la autorización previa para los servicios que se recibió, yo entiendo que es mi responsabilidad de comunicarme con mi oficina de personal y compañía de seguro para obtenerlo. Si no lo hago, podría ser responsable de todo o parte de los gastos cubiertos de otro modo.

Iniciales del

Paciente: _____

Clinica Para Todos

Do you have any of the following symptoms:

- **Fever or chills**
Yes or No
- **Cough**
Yes or No
- **Shortness of breath or difficulty breathing**
Yes or No
- **Fatigue**
Yes or No
- **Muscle or body aches**
Yes or No
- **Headache**
Yes or No
- **New loss of taste or smell**
Yes or No
- **Sore throat**
Yes or No
- **Congestion or runny nose**
Yes or No
- **Nausea or vomiting**
Yes or No
- **Diarrhea**
Yes or No
- **In the past 2 wks have you encountered someone that was COVID positive?**
Yes or No

Clínica Para Todos
2170 East Lohman Ave, Suite A
Las Cruces, NM 88001
Phone: 575-644-0480
Email: Clinicaparatodos20@gmail.com

TO:

FROM: Clínica Para Todos

RE: REQUEST FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS
SOLICITUD DE LIBRACION DE REGISTROS MEDICOS

I HEARBY REQUEST THAT MY MEDICAL RECORDS BE RELEASED TO :
DOY PERMISO DE QUE MIS EXPEDIENTES MEDICOS SEAN REVELASOS A:

Dolores I Cordova C-FNP

(PHYSICIANS NAME)

2170 E Lohman Ave, Suite A, Las Cruces, NM 88001

(ADDRESS, CITY, STATE, ZIP CODE)

X

(Patient's Printed Name)
(Nombre del Paciente Imprimido)

(Date of Birth)
(Fecha de Nacimiento)

X

(Patient's Address)
(dirección del Paciente)

X

(Patient's Signature)
(Firma de Paciente)

(Today's Date)
(Fecha de Hoy)

**RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD POR EL PAGO DE FACTURA
MEDICA**

Yo como paciente garantizo el pago de todos los cargos incurridos por los servicios prestados por la **Clínica Para Todos** para el paciente cuyo nombre aparece en el lado opuesto de esta página, con deducción de los importes abonados por cualquier tercer pagador. Te garantizamos la cantidad adecuada por cargos no cubiertos por la aseguranza, entre ellos los co-pagos, deducibles etc.

En caso de que mi cuenta sea referida a un abogado para la colección, me comprometo a pagar lo honorarios razonables de abogado y gastos de cobro.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido una copia del aviso de la **Clínica Para Todos** de prácticas de privacidad ("Aviso"). Entiendo que la información de la práctica medica adquiere o crea en mí solo será revelada a terceros para operaciones de tratamiento, pago y atención medica como se indica en el anuncio o que yo lo autorice por escrito.

Estoy consciente de que, si no doy un aviso de mi cancelación de una cita 24 horas antes y si no me presento a la cita programada, se me cobrara un total de \$20 con o sin seguro médico.

Iniciales de

Paciente _____

**CERTIFICO QUE HE LEIDO ESTA FORMA Y QUE ENTIENDO SU
CONTENIDO.**

Firma

/ /
Fecha

Clínica Para Todos
2170 East Lohman Ave, Suite A
Las Cruces, NM 88001
Phone: 575-644-0480
Email: Clinicaparatodos20@gmail.com

La atención de calidad para nuestros pacientes es nuestra prioridad. Por favor, tómese unos minutos para revisar nuestras reglas de no presentarse y estar de acuerdo con firmar en la parte inferior de esta página. Si tiene alguna pregunta por favor déjenos saber.

Definición de una cita "NO-SHOW"

Clínica Para Todos define una cita "No-Show" como cualquier cita programada en la que el paciente:

1. No llegar a la cita.
2. Cancelar con menos de 24 horas de antelación.
3. Llega con mas de 15 minutos de retraso y por lo tanto no se le podrá ver.

El Impacto de una cita "No-Show"

Las citas de "No-Show" tienen un impacto negativo significativo en nuestra practica y en la atención medica que ofrecemos a nuestros pacientes. Cuando un paciente no se presenta a una cita programada:

1. Potencialmente pone en peligro la salud del paciente al no presentarse.
2. Es injusto para otros pacientes que felizmente habrían tomado el espacio de la cita.
3. No solo respecta el tiempo del proveedor, sino también el tiempo de todo el personal de la clínica.

Como evitar obtener un "No-Show"

1. Confirme su cita.
2. Llegue 15 minutos antes.
3. Dar 24 horas de aviso para cancelar la cita.

Consecuencias de citas de "No-Show"

Si pierde 3 o mas citas dentro de un ano **Clínica Para Todos** se reserva el derecho de no hacerle citas en el futuro, solo se le ofrecerá el servicio de verlo sin cita.

He leído y entiendo las reglas de "No-Show" de la **Clínica Para Todos** como se describió anteriormente.

Firma

Fecha

Nombre del Paciente _____ DOB: _____ Fecha de hoy _____

General

- Cambio en su peso
- Fatiga
- Fiebre o escalofríos
- Debilidad muscular
- Problemas con el dormir

Piel

- Ronchas
- Bolas en la piel
- Comezón
- Resequedad
- Cambios en el color de piel
- Cambios en las uñas o cabello

Cabeza

- Dolor de cabeza
- Golpes / Contusiones
- Dolor de cuello

Oídos

- Sordera
- Zumbido de los oídos
- Dolor de oídos
- Desecho o fluido del oído

Ojos

- Cambios en la vista
- Lentes o lentes de contacto
- Dolor
- Irritación o rojura
- Vista borrosa o vista doble
- Luces en el campo de vision
- Puntos o manchas negras
- Glaucoma
- Cataratas
- Fecha de examen _____

Nariz

- Mermado / congestionado
- Gotera nasal
- Comezón
- Alergias /Coriza
- Le sangra la nariz
- Sinusitis crónica

Garganta

- Sangre en la garganta
- Dientes postizos
- Dolor o ardor de lengua
- Boca reseca
- Dolor de garganta
- Voz ronca
- Afta o algodoncillo
- Heridas o llagas en la boca

Cuello

- Bolas o masas
- Glándulas inflamadas
- Dolor de cuello
- Rigidez de cuello o de nuca

Senos

- Bolas o masas
- Dolor
- Desecho del pezón
- Se autoexámenes de pecho
- Ha dado pecho a su bebe

Respiratorio y pulmonar

- Tos
- Flema
- Tos con flema de sangre
- Falta de respiración
- Silbido
- Dolor con respirar profundo

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Presión sobre el pecho
- Palpitaciones del corazón
- Falta de aliento al hacer ejercicio
- Falta de respiración al acostarse
- Hinchazón de pies o tobillos
- Se despierta súbitamente con falta de aliento o respiración?

Gastrointestinal

- Problemas al tragar
- Agruras
- Cambio en su apetito
- Nausea
- Cambio en sus hábitos de baño
- Sangre por el recto
- Estreñimiento
- Diarrea
- Ojos o piel de color amarillo

Urinarios

- Frecuencia de orina
- Urgencia de orina
- Dolor o ardor con el orinar
- Sangre en la orina
- Se orina por accidente?
- Cambios en la potencia y el calibre de la orina

Vascular

- Dolor de piernas al caminar
- Calambres en las piernas

Muscular

- Dolor muscular o de articulaciones
- Rigidez de huesos o articulaciones
- Dolor de espalda
- Inflamación o hinchazón de las articulaciones o de huesos
- Trauma o accidentes

Neurologic

- Mareos
- Desmayos
- Convulsiones o epilepsia
- Debilidad
- Cosquilleo
- Manos o pies dormidos
- Temblores o tremores

Hematológico

- Moretes fácilmente en la piel
- Sangra muy fácilmente

Endocrinólogos

- Intolerancia al frío o al calor
- Sudores o escalofríos
- Ganas frecuentes de orinar
- Mucha sed
- Cambios en su apetito

Psiquiátricos

- Nervios o ansiedad
- Stress
- Depresion
- Perdida de memoria

Reviewed by _____ NP

Date _____

Health Risk Assessment Form

General

Name: _____
DOB: _____ Gender: _____
Height: _____ Weight: _____
Race: _____

Medical History

Date of last check-up: _____
Allergies: _____
Medications: _____
Previous Medications: _____
Injuries: _____
Surgeries: _____
Blood Pressure: _____
Cholesterol: _____

History of...

Cancer: Me Relation: _____
Diabetes: Me Relation: _____
Stroke: Me Relation: _____
Heart Disease: Me Relation: _____
Heart Attack: Me Relation: _____
Depression: Me Relation: _____
Bipolar Disorder: Me Relation: _____

Females

Last date of most recent cycle: _____
Date of last PAP Smear: _____
Date of last breast exam: _____
Date of last rectal exam: _____
Year of last pregnancy: _____
Did the pregnancy come to term? Yes No

Males

Date of last prostate exam: _____

Well-Being

Rate your overall well-being: Great Good Fair Poor Bad

Rate your health: Great Good Fair Poor Bad

How safe do you feel? Very Not Very Not at all

How satisfied are you with your life? Very Not Very Not at all

How often do you feel depressed? Always Often Occasionally Never

Current therapist: _____
Frequency of sessions: _____
Starting date: _____

Nutrition

How many daily servings of vegetables do you eat? None 1-2 3-4 5-6 More

How many daily servings of fruit do you eat? None 1-2 3-4 5-6 More

How many daily servings of grains do you eat? None 1-2 3-4 5-6 More

How many daily servings of meat do you eat? None 1-2 3-4 5-6 More

How many daily servings of sugar/carbs do you eat? None 1-2 3-4 5-6 More

Drug Use

How often do you smoke tobacco? Never Occasionally Often Daily Used to

How often do you chew tobacco? Never Occasionally Often Daily Used to

When did the tobacco use start? _____
How many cigarettes do you have per day? _____

How many alcoholic drinks do you have per week? _____
How often do you binge drink (5+ drinks in 1 hour)? Occasionally Weekly Daily Never

Have you ever been treated for alcoholism? _____
How often do you black out/lose time? _____

Have you ever used recreational drugs? _____
Which drugs? _____

Have you ever abused prescription drugs? _____
Which drugs? _____

Have you ever been treated for drug use? _____
How often do you use recreational drugs? Daily Weekly Often Occasionally Rarely Never

Exercise

How many days per week do you work on cardio? _____
Length of time spent on cardio each session: _____
How many days per week do you work on strength? _____
Length of time spent on strength each session: _____
Injuries/conditions that interfere with exercise: _____

Other

Volunteer Activities: _____
Who do you live with? _____
Do you require...? Hearing Aid Walker Cane Oxygen Tank Glasses

How often do you get headaches? _____
Food Sensitivities: _____
How many hours of sleep do you get per night? _____
How restful is your sleep? Restful I wake up once or twice I wake up often Fitful