

Nuevo Registro

EIN 20-1505116

Actualizar

**ARIZONA ASSOCIATED SURGEONS, PLLC**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Charles E. Castillo, MD             | <input type="checkbox"/> Richard J. Harding, MD | <input type="checkbox"/> Shelly Fitzpatrick, NP, CRNFA | <input type="checkbox"/> Brett I. Siegrist, MD |
| <input type="checkbox"/> William R. Friese, MD               | <input type="checkbox"/> David C. Johnson, MD   | <input type="checkbox"/> Edward H. Charles, MD         | <input type="checkbox"/> Douglas J. Carlon, MD |
| <input type="checkbox"/> Ravia B. Bokhari, MD                | <input type="checkbox"/> Sandra B. Gladding, MD | <input type="checkbox"/> Jon A. King, MD               |  |
| <input type="checkbox"/> Adrienne W. Forstner-Barthell, M.D. | <input type="checkbox"/> Keith G. Zacher, MD    | <input type="checkbox"/> Jeromy S. Brink, MD           |  |

**Información del paciente**

Apellido	Segundo Nombre	Primer Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	No. De seguro Social
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Sexo <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
Telefono (Casa) #	Telefono(Trabajo)#	Telefono (Celular) #	MARRIED STATUS: <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> sola <input type="checkbox"/> viuda <input type="checkbox"/> divorciada <input type="checkbox"/> Otro		
Nombre del Cónyuge			Esposo de la fecha de nacimiento		
Refiriéndose Nombre del médico y dirección y código postal			Doctor de su referencia Teléfono		

**Información de la Persona Responsable**

Apellido	Segundo Nombre	Nombre	Telefono (casa)
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Empleador	Ocupación	Telefono (Trabajo)	
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código Postal
Relación con el Responsable			<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> otro

**Los pacientes la información de empleo (Si no es el responsable)**

Empleador del Paciente	Ocupación	Trabajos relacionados <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dirección del empleador		Reclamo # para la compensación a trabajadores
Ciudad	Estado	Código Postal
		Fecha de la lesión

**Información de Emergencia**

Contacto de Emergencia otro entonces cónyuge			Relación
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
			Telefono

**Información de Seguros Suscriptor Parte información**

Primaria de Seguros	Nombre del suscriptor y la seguridad social	Fecha de nacimiento
Número de grupo	Número de identificación	
Dirección	Ciudad	Estado
Secundaria de Seguros	Nombre del suscriptor y Seguridad Social	Fecha de Nacimiento
Número de grupo	Número de identificación	
Dirección	Ciudad	Estado
		Código Postal
		Teléfono

**Asignación de Beneficios y divulgación de los expedientes**

**Asignación de Beneficios**  
Entiendo que soy financieramente responsable por los servicios prestados, independientemente del seguro o el pagador de un tercero. Saldos pendientes de pago sujetos a las tarifas de recogida de 30%, así como los honorarios legales si procede. Además, yo entiendo que puedo ser financieramente responsable de un cargo por cancelación de la cirugía hasta \$150, en caso de que no pueden cancelar o reprogramar por lo menos 24 horas de antelación

Por la presente autorizo el pago directo Arizona asociada Cirujanos PLLC de los beneficios médicos a pagar a mí por los servicios prestados en Arizona Cirujanos Asociados. También entiendo que si mi seguro de los planes requieren una autorización de referencia para mis citas, es mi responsabilidad para obtener una remisión antes de la cita. Yo seré responsable por el saldo no pagado por ninguna de las cuentas si no se hace esto.

X  
Firma del paciente o Firma del Padre o Tutor Fecha

**Los registros de lanzamiento**

Por la presente autorizo .Arizona asociada Cirujanos PLLC para divulgar mis archivos a mi compañía de seguros y / o médico de atención primaria con fin de procesar mi reclamo de seguro. Esta autorización se mantendrá vigente siempre y cuando los cargos son presentados para su reclamo de seguro.

X  
Firma del paciente o Firma del Padre o Tutor Fecha

**INFORMATION CONFIRMED BY STAFF:** \_\_\_\_\_

**INSURANCE CARD SCANNED:** \_\_\_\_\_

Información de contactos

Puedo ser contactado de la siguiente manera(

Se puede dejar un mensaje con información detallada:	Casa	Trabajo	Celular	No
Se puede dejar mensaje con número de contacto para atras:	Casa	Trabajo	Celular	No
Se puede enviar un correo a:	Casa	Trabajo		
Se puede enviar información por fax a:	Casa	Trabajo		

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

La información puede quedar conmigo o con las siguientes personas:

\_\_\_\_\_ Esposo/ esposa                      Nombre y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Orta Persona                      Nombre y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Polisas de la oficina**

Iniciales

**Registros Médicos**

Cuando se soliciten copias de los registros médicos que por favor espere 48 a 72 horas de trabajo para procesar.

\_\_\_\_\_

**Formas de discapacidad:**

Habrà una conclusión \$ 20.00 y tasa de tramitación de todas las formas que necesitan ser completado relacionados con la discapacidad. Por favor, también permiten a 48-78 horas para estos.

\_\_\_\_\_

**Cancelación de oficina / cambios de citas**

Si usted cancelar o reprogramar una visita al consultorio más de 2 veces con la notificación a nuestra oficina por lo menos 24 horas de antelación, que se darà a conocer de nuestra práctica y ya no será capaz de proveer cuidado para usted.

\_\_\_\_\_

**Cancelaciones de Cirugía / Cambios de citas**

Si va a someterse a una colonoscopia, un procedimiento o una cirugía de cualquier tipo y necesita cancelar o reprogramar, puede estar sujeto a una tarifa de reprogramación de la cirugía de \$ 100.00.

\_\_\_\_\_

**Reconocimiento Confidencial**

**original que se mantuvo en los pacientes permanente los registros medicos**

Reconozco que la Comunicación de la oficina de prácticas de privacidad se ha puesto a mi disposición.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona legalmente autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre

\_\_\_\_\_  
Relación (sí, padre, tutor, etc)

# Colon and Rectal Center of Arizona

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

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ De peso \_\_\_\_\_

Cuál es tu razón para ver al médico: \_\_\_\_\_

Doctor primario : \_\_\_\_\_ Fecha de la última física \_\_\_\_\_

## Antecedentes Médicos y Quirúrgicos

**Por favor circule sí o no a lo siguiente:**

Tiene dolor anal?	Sí o No	¿Cuánto tiempo ha tenido esto? ¿Es constante? Aparece y desaparece? Empeora con el movimiento del intestino? ¿Cuánto tiempo dura?
Tiene sangrado por el ano?	Sí o No	De color rojo brillante? Rojo oscuro? Negro?
Protrusión del recto?	Sí o No	
Inflamación del recto?	Sí o No	
Comazón en el ano y recto?	Sí o No	
Ardor en el ano o el recto?	Sí o No	
Hemorroides?	Sí o No	¿Qué problemas causan las hemorroides para usted
Tiene secreción del recto?	Sí o No	
Tiene mucoso en los movimientos del intestino?	Sí o No	
Tienes el uso de medicamentos en la zona anal?	Sí o No	
¿Tiene problemas para mantener su intestino?	Sí o No	¿El problema son las heces sólidas o líquidas y / o de gas? Si eres capaz de mantener un enema? ¿Con qué frecuencia se producen problemas?
¿Tiene escurrimiento?	Sí o No	¿Con qué frecuencia?
¿Ha cambiado sus hábitos intestinales recientemente?	Sí o No	¿Cómo han cambiado?
¿Sufre de estreñimiento?	Sí o No	¿Cuántos movimientos de intestino por semana? ¿Necesita enemas? ¿Con qué frecuencia? ¿Necesita laxantes? ¿con qué frecuencia? ¿cuáles?
¿tiene alguna historia de enfermedades de transmisión sexual?	Sí o No	¿cuáles? ¿cuándo?
¿Tiene dolor abdominal?	Sí o No	¿Dónde se localiza el dolor? ¿Cuánto tiempo ha estado allí el dolor?
¿Ha perdido peso recientemente?	Sí o No	¿Cuánto? Intencional?

**¿Ha tenido alguna de las siguientes pruebas o procedimientos?**

Prueba	Sí o No ?	Fecha
Electrocardiograma	Sí o No ?	
Del tracto gastrointestinal superior	Sí o No ?	
Colonoscopia	Sí o No ?	
La sigmoidoscopia flexible	Sí o No ?	
Enema de bario	Sí o No ?	

# Colon and Rectal Center of Arizona

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

Anterior Operaciones: (Por favor sea específico en cuanto a motivos y fechas)

Operaciones	Fecha y Razones par Operacion

**Problemas médicos y hospitalizaciones: (incluyendo la presión arterial alta, convulsiones, cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, enfermedad hepática, enfermedad tiroides, asma, accidente cerebrovascular, la hepatitis, el VIH, sangrado intestinal)**

Por favor, lista de problemas médicos y hospitalizaciones:	Razón y Fecha

Además, por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Ha tenido un ataque al corazón? ¿Cuándo? Cardiólogo?	
¿Tiene o ha sido diagnosticado con apnea del sueño? ¿Utiliza una máquina CPAP?	
¿Tiene trastornos de la coagulación o sangrado tendencias?	
¿Tiene un historial de coágulos de sangre anormales?	

## Medicamentos

Medicamento con la dosis y frecuencia	Medicamento con la dosis y frecuencia

Además, por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Utiliza Coumadin, aspirina o anticoagulantes?	
¿Ha usado esteroides en el último año?	
¿Usted o alguien en su familia ha tenido una mala reacción a la anestesia?	

**Alergias (medicamentos, etc)**

De sustancias (medicamentos, alimentos, etc)	Fecha y tipo de reacción

**Historia Social y Hábitos:**

Lugar de nacimiento? \_\_\_\_\_ Donde vives? \_\_\_\_\_ Tiempo? \_\_\_\_\_

Actualmente casadas o relación seria? Si o No ?      Unica?      Divorciado?      Viudo?

Ocupación actual? \_\_\_\_\_ Ocupacion anterior? \_\_\_\_\_

Viajes recientes al extranjero? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Marque con un círculo Sí o No a los siguientes: En caso afirmativo dar detalles:

¿Fuma tabaco actualmente o recientemente a dejado de fumar?	Si o No	¿Cuánto por día? ¿Cuántos años? ¿Cuándo dejar de fumar?
¿Bebe alcohol?	Si o No	¿Bebe usted todos los días o casi todos los días? ¿Cuántos vasos / latas por día?
¿Usted consume bebidas con cafeína?	Si o No	¿Cuánto por día?
¿Utiliza drogas ilegales?	Si o No	¿Qué es lo que usa y cuánto?
Orientación sexual (por favor marque)	Heterosexual    Homosexual Bisexual    Asexual	Número de parejas?

**Historia Familiar**

Por favor, especifique su historia familiar

	Los polipos de colon	Cancer de colon	La colitis ulcerosa / Enfermedad de Crohn	Otros tipos de cáncer (mama, ovario, gástrico, etc.)
Usted				
Madre				
Padre				
Hermana				
Hermano				
Hija				
Hijo				

Por favor, indique Padre o Madre de Familia lado:

	Los polipos de colon	Cancer de colon	La colitis ulcerosa/ Enfermedad de Crohn	Otros tipos de cancer( mama, ovario, gastrico, etc.)
Abuela	P M	P M	P M	
Abuelo	P M	P M	P M	
Tia	P M	P M	P M	
Tio	P M	P M	P M	
Primo	P M	P M	P M	

**Revisión de los sistemas de**

Por favor circule los elementos que se relacionan con su salud:

**Constitucional**

Pérdida de peso      Fatiga      Fiebre

**Ojos**

Lentes/Contactos      Dolor Doble  
Glaucoma      Dolor      Cataratas

**Oído, Nariz, Garganta**

Zumbido en los oídos      pérdida de la audición      vértigo

**Cardiovasculares**

Dolor en el pecho      Palpitaciones      Hipertensión      Desmayos  
Inflamación de tobillos      Otros

**Respiratorias:**

Falta de aliento      Tos con sangre      Sibilancias  
Asma      Escalofríos

**Gastrointestinales:**

Acidez      Náuseas/Vómitos      Dificultad para deglutir  
Ictericia      La noche      sangre en la orina      dificultad para orinar  
La descarga anormal      Enfermedades de transmisión sexual  
Mujeres:      Flujo vaginal      # Embarazos: \_\_\_\_\_  
#Nacidos \_\_\_\_\_      # Abortos Involuntarios \_\_\_\_\_  
# parto vaginal \_\_\_\_\_      # cesárea \_\_\_\_\_  
Última prueba de Papanicolao: \_\_\_\_\_

**Trastornos musculoesqueléticos:**

Artritis      Claudicación

**Piel:**

Erupción / úlceras      lesiones      picazón      ardor

**Neurológicos:**

Convulsiones      debilidad/parálisis      entumecimiento      pérdida de memoria

**Psiquiátricos:**

Dificultad para dormir      Ansiedad      Depresión      Cambios de humor

**Endocrino:**

La pérdida de peso      Calefacción / intolerancia al frío      El cambio en las uñas  
Diabetes      Problemas de tiroides

**Hematológicas:**

Moretones con facilidad las encías      sangrado fácil      glándulas Enlargened      sangrado prolongado

**Alérgica / Inmunológicas:**

La fiebre del heno      Urticaria / Eczema      El VIH / SIDA