



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO

9850 Genesee Ave, Ste 850, La Jolla, CA 92037 • 16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128
Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

Estimado paciente,

Gracias por elegir El Centro de Reumatología de San Diego para sus necesidades médicas. Estamos ubicados en el XIMED edificio en el campus de Scripps Memorial Hospital en La Jolla, y en Rancho Bernardo.

Nuestro objetivo es hacer su experiencia en nuestra oficina de lo más agradable posible. Para ayudar a minimizar su tiempo de espera, hemos incluido los formularios necesarios para su primera visita. Por favor, complete los formularios y traerlos a su cita junto con su **tarjeta del seguro** y una **identificación con foto**. Por favor, háganos saber si usted tiene un seguro secundario. **También necesitamos la fecha de nacimiento y SSN del titular del seguro.**

Nuestro Departamento de facturación enviara la factura a su seguro por usted. Si no está seguro si nosotros estamos contratados con su seguro, debe comunicarse con su compañía de seguros **antes de su visita**. Si usted necesita una referencia póngase en contacto con su proveedor de atención primaria. Esta referencia debe ser autorizada por su compañía de seguros antes de su cita. Estamos contratados con XIMED IPA, Health Excel, Brand New Day HMO, Tricare Prime y SCMG HMO (**únicamente para pacientes con Graybill e Inland North**).

Si usted tiene alguna pregunta o necesita reprogramar su cita, no dude en contactar con nuestra oficina al (858) 336-2810.

Tania L. Rivera, M.D.

Centro de Reumatología de San Diego



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO
 9850 Genesee Ave, Ste 850, La Jolla, CA 92037 • 16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128
 Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fecha de cita: _____ lugar de nacimiento de _____

Nombre del paciente : _____ idioma preferido: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Zip: _____ correo electrónico _____

Teléfono casa # (____) _____ de móvil #(____) _____ número social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ edad: _____ sexo: ___ raza _____ etnia: Hispana No hispano

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo / a Separado legalmente

Ocupación del paciente: _____ patrón del paciente _____

Contacto de emergencia: _____ relación _____ teléfono #: _____

¿Cómo nos encontraste? Remisión del médico Familia o un amigo Internet Seguros Otros

Nombre de la persona que hace la referencia: _____

Política primaria titular (nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

número: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Principal motivo de su visita hoy: _____

Nombre de médico de atención primaria/Ubicación: _____ teléfono del medico #: _____

Nombre/ubicación de la farmacia: _____ ZIP code de la farmacia: _____

número de teléfono de farmacia _____

Historia médica pasada : Por favor sea tan específico como sea posible

Cataratas	EPOC/Enfisema	Hernia	Epilepsia	hipotiroidismo
Rinitis Alérgica		Cirrosis renal	Anemia	accidente cerebrovascular
Hipertensión	Ácido reflujo (GERD)	Enfermedades de Transmisión Sexual	Bipolar	Cáncer
Enfermedades del Corazón	Acidez Estomacal	Dermatitis	Depresión	VIH
Asma	Hepatitis	Psoriasis	Diabetes	Tuberculosis



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO

9850 Genesee Ave, Ste 850, La Jolla, CA 92037 • 16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128
Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

Antecedentes médicos y familiares ¿Usted (o un miembro de la familia) tienen alguna de estas condiciones?

Table with 6 columns: Condition, A ti mismo, Relativa, Condition, A ti mismo, Relativa. Rows include Arthritis, Osteoarthritis, Gota, Arthritis infantil, Psoriasis, Lupus o les, Arthritis reumatoide, Espondilitis anquilosante, Osteoporosis, Fibromialgia.

Otra enfermedad importante (indíquelos):

Principales cirugías y hospitalizaciones (razón, fecha y nombre del Hospital):

Han roto alguna vez un hueso como adulto? Sí No Por favor explicar:

¿ha sido testeado para Hepatitis B o C? Sí No. fecha y resultado:

¿ha sido testeado para TB (Tuberculosis)? Sí No. fecha y resultado:

Paciente femenino: ¿Está embarazada? ¿Planeando quedar embarazada?

Ha estado embarazada alguna vez? Sí No ¿Cuántas veces? ¿abortos/ espontáneo?

Alergias: TIENE ALGUNA ALERGIA ? Sí No (Nombre del medicamento y reacción):

Historia social: ¿Usted bebe alcohol? Sí No ¿frecuencia? ¿Usted fuma? Sí No

cuanto tiempo ha fumado? Cigarros al día? tratando de dejar de fumar? Sí No

Usted antes fumaba (diario)? Sí No ¿cuando dejo de fumar?

¿Utilizas drogas? Sí No Ha tenido una transfusión de sangre? Sí No

Cómo desea ser contactado? Correo electrónico Teléfono

Podemos dejar mensajes en tu buzón de voz? Sí No



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO

9850 Genesee Ave, Ste 850, La Jolla, CA 92037 • 16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128
 Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

Medicamentos actuales: (Lista de cualquier medicamento que esté tomando, incluyendo vitaminas, aspirina y suplementos).
 Utilice una hoja adicional si es necesario.

Nombre	Dosis actuales (fuerza y número de pastillas)	¿Cuándo empezaste a tomarla?	¿Ayudar la medicina?

Ha participado en ensayos clínicos de nuevos medicamentos? Sí No En caso afirmativo, lista: _____

Naturales o terapias alternativas (quiropática, imanes, acupuntura, preparaciones de venta libre, etcetera): _____

Revisión de sistemas: Son cualquiera de los siguientes problemas que te afectan **Hoy en día?**

Cambio de peso	Tos	Problemas con la micción	Cambio de color de los dedos
Fatiga/debilidad	Dificultad para respirar	Dolor en las articulaciones	Dolores de cabeza
Fiebre	Náuseas y vómitos	Hinchazón en las articulaciones	Mareo
Problema ocular	Ictericia	Erupciones cutáneas	Pérdida de la memoria
Problema de oído	Cambio en los movimientos del intestino	Sol sensible (alergia)	Ansiedad, depresión
Dolor en el pecho	Dolor abdominal	Pérdida de cabello	Otros

En la escala a continuación, un número que mejor describe su situación (la **mayoría de las veces**) del círculo del 1-10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MUY BIEN _____ MUY MAL



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO
9850 Genesee Ave, Ste 850, La Jolla, CA 92037 • 16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128
Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

POLÍTICA FINANCIERA

Facturación seguros: Estamos participando con diferentes planes de seguros, recomendamos que siempre verifique con su compañía de seguros que están cubiertos para los servicios en nuestro centro. Facturamos su seguro para los servicios de siempre, sin embargo, es nuestra política recolectar todos los co-pagos y deducibles y gastos de su bolsillo **en el momento de su visita**. Un cargo de \$10 (diez dólares) puede aplicarse en cualquier parte de la anterior no pagó en el momento de la visita.

Planes HMO: Usted es responsable de obtener referencia de médico de atención primaria antes de la cita. También se aconseja informar a la oficina que ha obtenido la referencia. En caso de no obtener una referencia **usted será responsable del pago completo** para la visita de su médico.

Pacientes privados: Se espera un mínimo de **\$220** (doscientos veinte dólares) para consulta de pacientes nuevos (para la estimación de los servicios, por favor llame a nuestra oficina o por correo electrónico billing@rheumsd.com). Visitas de seguimiento; debe estar preparado para pagar **\$140** (ciento cuarenta dólares) en el momento que se prestan los servicios.

Planes de seguro secundarios: Si tienes un plan secundario de seguro que no somos un proveedor participante; se le dará un recibo que le ayudarán a presentar su reclamo secundario.

Colección cantidad: Si nos resulta necesario enviar una cuenta a una agencia de colección, usted será responsable además de una cuota de recuperación de colección de \$40 (cuarenta dólares). Usted será responsable de cualquier cargo cobrados por la Agencia de colección (por ejemplo honorarios de abogado, costas judiciales, honorarios de la Agencia de colección). Cuentas pasado sin pagar 30 días será evaluado una cuota de facturación mensual de 1% mensual, 12% al año.

Cheques devueltos: Estas son aplicará un cargo de \$40 (cuarenta dólares) y debe ser pagado en efectivo, giro postal o por tarjeta de crédito dentro de los 15 días de recibo de nuestra notificación. Cantidad futura podría ser pagado en efectivo, orden de dinero o crédito tarjeta

Teléfono: Se le cobrará para conversaciones telefónicas con el médico que son más de 2 minutos. Serán \$50 (cincuenta dólares) a \$250 (doscientos cincuenta dólares) dependiendo de la longitud de la conversación.

FALTÓ LA CITA O CORTO PLAZO DE CANCELACIÓN

Entiendo que la política financiera anterior. También entiendo que la reumatología centro de San Diego, el PC tiene una política que requiere un aviso de al menos 24 horas para cancelar una cita. Si no doy el aviso requerido o si pierdo una cita para que le cobrará un cargo de \$50 (cincuenta dólares) seguimiento de visitas y \$60 (sesenta dólares) para nuevas visitas. Además si no demuestro a tres citas que pueda descargarse desde la práctica. También entiendo que **seguro médico no paga para citas perdidas** y que facturan estos cargos personalmente.

Firma y fecha nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Impreso (si firma en nombre de la paciente): _____ Relación: _____ Fecha: _____



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO
9850 Genesee Ave, Ste 850, La Jolla, CA 92037 • 16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128
Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

Tania L Rivera, MD

Divulgación de las comunicaciones electrónicas

Fecha de vigencia: 24 de octubre de 2013

Por favor lea bien - esta divulgación de comunicaciones electrónicas («DG divulgación») contiene información importante sobre sus derechos legales.

(1) sus derechos legales

Ciertas leyes y regulaciones requieren que se le proporcione información específica en la escritura, que significa que usted tiene derecho a recibir esa información en papel. Podemos proporcionar dicha información a usted electrónicamente si primero presentamos este DG divulgación y obtener su consentimiento para recibir la información por vía electrónica. A veces, todavía podemos enviar papel de comunicación, sino como una propuesta básica que necesitamos saber que estás dispuesto a recibir comunicaciones electrónicamente por correo electrónico que de lo contrario podemos deba proporcionar en papel o en persona, y que tiene el hardware y el software necesarios para acceder a esta información (y tenga en cuenta que en sección no. 3 siguiente se explican formas de obtener las declaraciones u otra información en el papel incluso después de que usted haya consentido este DG divulgación).

(2) tipos de comunicaciones electrónicas, recibirá

Usted entiende y acepta que podemos proporcionar a usted en formato electrónico, mediante la publicación de la información en la web donde acceder a sus cuentas, a través de correo electrónico (si es aplicable y si usted ha proporcionado una dirección de correo electrónico válida), u otros medios electrónicos, acuerdos, declaraciones, avisos e información y comunicaciones sobre su información personal de salud, servicios, su relación con nosotros, o en otros programas, productos o servicios que son o pueden ser en el futuro a su disposición (colectivamente, "comunicaciones"). Dichas comunicaciones pueden incluir, pero no se limitan a: este DG divulgación y cualquier actualización; El acceso a nuestro sitio web u otros servicios electrónicos, todas las actualizaciones a estos acuerdos y todas las declaraciones, avisos y otras comunicaciones en relación con las transacciones que hacen a través de nuestro sitio web o nuestros otros servicios electrónicos; Cualquier notificación de la adición de nuevos términos y condiciones o la supresión o modificación de los términos y condiciones aplicables a las cuentas, productos o servicios que usted obtenga de nosotros; Nuestra política de privacidad y otras declaraciones de privacidad o avisos (mediante la publicación de tales avisos en nuestro sitio web);

(3) ajuste sus preferencias de comunicaciones electrónicas

Después de que usted da su consentimiento a este DG divulgación, aún podrás establecer tus preferencias para recibir determinadas categorías de comunicaciones en formato electrónico y papel (1); (2) electrónica formato único; o (3) sólo en formato papel.

(4) tipos de comunicación recibirá en papel

Este DG divulgación no se aplica a cualquier comunicación que nosotros determinamos, a nuestra sola discreción, que estamos obligados a entregar en forma impresa las leyes aplicables o que deben recibir en papel en lugar de formato electrónico. Dichas comunicaciones deberán ser enviadas a la dirección principal que mostrar para usted en nuestros registros o si no entrega como requerido por ley o el acuerdo de gobierno. Usted es responsable de proveernos una dirección válida de correo electrónico para aceptar la entrega de las comunicaciones. Para imprimir o descargar la comunicación debe tener una impresora conectada a su dispositivo o disco duro suficiente u otro espacio de almacenamiento para almacenar las comunicaciones.



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO

9850 Genesee Ave, Ste 850, La Jolla, CA 92037 • 16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128
Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

(5) Cómo retirar su consentimiento a este DG divulgación

Conforme a la ley aplicable, puede retirar su consentimiento a este DG divulgación llamando a nuestra oficina. No se le aplicará un cargo por retiro de su consentimiento.

(6) obtener copias de las comunicaciones electrónicas.

Puede imprimir o hacer una copia de las comunicaciones utilizando el botón "Imprimir" (o lo contrario usando la funcionalidad de impresión) o guardar una copia - hacer esto cuando usted primero revisar las comunicaciones. A petición, le proporcionará una copia de cualquier comunicación electrónica proporcionado por nosotros a usted en virtud de este DG divulgación, siempre y cuando recibamos su solicitud dentro de los 12 meses después de la fecha de la comunicación de la primera a su disposición electrónicamente. Puede solicitar una copia de estas comunicaciones llamando.

(7) actualizar su información de contacto

En caso de que se cambia su dirección de correo electrónico u otra información de contacto, usted debe notificarnos tales cambios inmediatamente.

Si usted no puede actualizar o cambiar una dirección de correo electrónico incorrecto o no válido o la otra información de contacto, usted entiende y acepta que cualquier comunicación no obstante se considerará que se han proporcionado a usted si estaban a su disposición en forma electrónica en nuestros sitios web, por correo electrónico a la dirección de correo electrónico que tenemos para usted en nuestros registros, o a través de otros medios electrónicos.

(8) conservar copias para sus registros

Le recomendamos que imprima o descargue una copia de este DG divulgación, el acuerdo de servicio aplicables y otras comunicaciones a conservar para su archivo permanente; Si no ya depositada una copia de nuestra política de privacidad en sus registros, puede obtener otra copia de nuestra política de privacidad.

Tenga en cuenta que información confidencial puede no ser segura y puede verse por extraños sin su conocimiento o el permiso en tránsito por Internet.

Por la presente reconozco que recibí una copia de la divulgación de comunicaciones electrónica del Rheumatology Center of San Diego, y estoy de acuerdo con los términos.

Fecha: _____

(IMPRESIÓN) Nombre: _____

Firma: _____



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO

9850 Genesee Ave, Ste 850, La Jolla, CA 92037 • 16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128
Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Oficina de privacidad puede ser contactada a (858) 336-2810

Por la presente reconozco que recibí una copia del aviso de prácticas de privacidad del Rheumatology Center of San Diego. Además, reconozco que una copia del aviso actual estará **disponible en el área de recepción**, y que será ofrecida una copia revisada en mi próxima cita si ha sido modificado en el aviso de prácticas de privacidad. **Una copia actualizada se puede encontrar también en nuestra página web www.rcsandiego.com**

Fecha: _____

(IMPRESIÓN) Nombre: _____

Auto / paciente de firma: _____

Firma de responsable: _____

Nombre del responsable (impreso): _____

Numero de teléfono: _____

Por favor indique su relación con el paciente:

- Padre o tutor de un paciente menor de edad
- Guardian de paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal del paciente difunto



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO
9850 Genesee Ave, Ste 850, La Jolla, CA 92037 • 16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128
Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Fecha actual: _____

Yo (**tu nombre**), _____ solicitud y dar mi permiso para liberar mi expediente médico como se indica a continuación de las siguientes instalaciones médicas:

_____ (**nombre del médico o centro médico que se va obteniendo registros**) a Rheumatology Center of San Diego PC en la dirección antes mencionada.

- Más recientes resultados de laboratorio y cualquier resultados de laboratorio del sistema inmune, independientemente de la fecha
- Diagnóstico prueba de informes, incluyendo rayos x, resonancia magnética, TAC de columna vertebral y las articulaciones, la densidad ósea (densitometría), EMG informa o biopsias
- Informe de la última visita del paciente
- Otros: _____

Firma del paciente

Fecha de nacimiento (DOB)



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO
9850 Genesee Ave, Ste 850, La Jolla, CA 92037 • 16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128
Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

RELEASE OF MEDICAL RECORDS

Today's date: _____

I (**your name**), _____ request and give my permission to release my Medical Record as indicated below from the following Medical Facility: (**name of doctor or medical facility we will be obtaining records from**) _____

_____ to Rheumatology Center of San Diego PC at the above address.

- Most recent lab results AND any immune system lab results, regardless of the date
- Diagnostic testing reports, including X-Rays, MRI, CT of spine and joints, Bone Density (DEXA scan), EMG reports or biopsies
- Progress report from patient's last visit
- Other: _____

Patient's signature

DOB



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO

9850 Genesee Ave, Ste 850, La Jolla, CA 92037 • 16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128
Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

CONSENTIMIENTO PARA VER SU HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Su medico puede ahora ver su historial de medicamentos usando Surescripts. Es un registro que muestra que medicamento ha sido retirado por Ud de la farmacia. Necesitamos su consentimiento para poder acceder al registro.

Surescripts entiende la importancia de respetarla privacidad y confidencialidad de la historia medica personal. Surescripts les da a los profesionales de la salud acceso electronico y seguro de la informacion que mantienen las farmacias. Esto ayuda a disminuir el costo de salud para todo y ayuda a salvar vidas. Esta disponible tanto en situaciones de emergencia o en una visita medica de rutina. Este acceso es usado por personal de salud autorizado para compartir informacion medica. Surescripts maneja informacion medica personal.

Cierta informacion puede no estar disponible en el reporte, incluyendo los medicamentos que el paciente ha solicitado que se mantengan en privado por problemas de privacidad, medicamentos que son sin receta, medicamentos de bajo costo, medicamentos pagados por el paciente, o errores en el seguro medico. El personal de salud debe verificar que los medicamentos en el reporte sean los que el paciente esta consumiendo actualmente.

Firma

Fecha



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO

9850 Genesee Ave, Ste 850, La Jolla, CA 92037 • 16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128
Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

Autorizacion de cobro de tarjeta de credito

Esta informacion debe ser completada por el dueño de la tarjeta: Estoy de acuerdo y autorizo que se cargue la tarjeta de credito y que se mantenga en mi expediente medico. El uso de este formulario es opcional y para su conveniencia. *English: The undersigned agrees and authorizes medical practice to save the credit card indicated below on file. The use of this form is optional and for your convenience.*

Medical Practice: Rheumatology Center of San Diego PC

Patient's Name: _____

Name as it Appears
on the Credit Card: _____

Type of Credit Card: MasterCard Visa Discover Amex

Last 4 Digits of Card:

Expiration Date: _____

Yo, _____ autorizo a la practica medica para el proceso del pago con la tarjeta de credito ("Card on File"). Yo entiendo que la autorizacion va a mantenerse in efecto hasta que la tarjeta de credito expire. El paciente tambien puede revocar esta decision en escrito.

I, _____
authorize the above medical practice to process the above credit card as "Card on File". I understand this authorization will remain in effect until the expiration of the credit card account. Patient may also revoke this form by submitting a written request to the medical practice.

Firma/ Cardholder's Signature

Fecha/Date