



RHEUMATOLOGY CENTER OF SAN DIEGO  
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 Rancho Bernardo, San Diego.

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 Mercy Physicians Medical Groups, 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  
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  
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?

	A ti mismo	Relativa		A ti mismo	Relativa
Artritis			Lupus o les		
Osteoartritis			Artritis reumatoide		
Gota			Espondilitis anquilosante		
Artritis infantil			Osteoporosis		
Psoriasis			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** (Nombre del medicamento y reacción): **(esto es importante)**

\_\_\_\_\_

**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**  
 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  
16516 Bernardo Center Dr, Ste 220, San Diego, CA 92128  
Tel (858) 336-2810 • Fax (949) 798-7990

## POLÍTICA FINANCIERA

1. \_\_\_\_ **(iniciales) Copagos:** Su compañía de seguros requiere que cobremos los copagos 48h antes de su cita. Debido a las leyes estatales y federales, no se eximirán los copagos. Cheques devueltos: se cobrará un cargo de \$40 (cuarenta dólares) y deberá pagarse en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito.
2. \_\_\_\_ **(iniciales) Facturación de seguros de salud:** Como cortesía, le enviaremos la factura a su seguro. Una cotización de beneficios no es una garantía de pago.
  - a. Enviaremos la facturación al seguro de salud y lo ayudaremos hasta que se resuelva. El pago de su compañía de seguros generalmente se espera dentro de los 45 días. Después de 45 días, es posible que **Ud sea responsable por el monto total.**
  - b. Usted es responsable de todos los servicios no cubiertos de acuerdo con las pautas de su seguro.
  - c. Si recibimos una notificación de que usted no es elegible para la cobertura o no tenemos un contrato con su seguro, usted será responsable de todos los cargos incurridos y el pago deberá efectuarse al recibir la factura.
  - d. Es posible que su compañía de seguros necesite que Ud les proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud de manera oportuna. Si tiene un plan HMO, Ud es responsable de obtener referencias del médico de atención primaria antes de la cita.
  - e. Usted es responsable de proporcionar una copia de sus tarjetas de seguro más recientes para todos los planes de salud aplicables.
  - f. Las cuentas que tengan más de 90 días de atraso serán remitidas a una agencia de cobro. Se le cobrará una tarifa de recuperación de cobranza de \$40 (cuarenta dólares) además de su saldo pendiente. Usted será responsable de cualquier tarifa cobrada por la agencia de cobranza (es decir, honorarios de abogados, costos judiciales y tarifas de la agencia de cobranza). También hay una tarifa de facturación mensual del 1 % por mes, 12 % anual.
3. \_\_\_\_ **(iniciales) Servicios externos:** Los procedimientos de laboratorio y radiología serán facturados por separado por un proveedor externo. Comuníquese con ellos directamente si tiene alguna pregunta sobre su factura.
4. \_\_\_\_ **(iniciales) Citas perdidas:** Si cancela una cita con menos de **48 horas de anticipación** a la cita programada o no se presenta a su cita, se le cobrará una tarifa de cancelación/ausencia de \$50 (cincuenta dólares). Además, si no me presento a tres citas, puedo ser dado de baja de la práctica. Los planes de seguro médico no cubren las citas perdidas.

**Pacientes de pago privado:** Para pacientes nuevos, se esperan \$ 260 (doscientos sesenta dólares) al momento del registro. Visitas de seguimiento; debe estar preparado para pagar \$160 (ciento sesenta dólares) en el momento en que se presten los servicios.

Por favor confirme su cita dentro de las 48 hrs. Su cita puede cancelarse si no confirma dentro de las 48 horas de su hora programada.

Firma y fecha nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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



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

## 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 DG 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.

### (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.



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

(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  
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**

<http://www.rheumSD.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  
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  
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

\_\_\_\_\_



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

## AVISO Y ACUSE DE RECIBO

### AVISO A LOS PACIENTES

Los médicos están autorizados y regulados por la

Junta Médica de California.

Para comprobar la validez de una licencia o presentar una queja, ingrese a

[www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov),

envíe un correo electrónico a [licensecheck@mbc.ca.gov](mailto:licensecheck@mbc.ca.gov),

o llame al (800) 633-2322.

---

Fecha

---

Nombre del paciente (a maquina o en letra  
imprenta)

---

Firma del paciente

---

Fecha

---

Nombre y relacion del representante con el  
paciente (a maquina o en letra imprenta)

---

Firma del representante del paciente



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

## OPEN PAYMENTS DATABASE NOTICE

Solamente con fines informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web de Pagos Abiertos de los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid.

La Ley Federal Sunshine de Pagos a Médicos exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales universitarios.

[openpaymentsdata.cms.gov](http://openpaymentsdata.cms.gov)

---

Fecha

---

Nombre del paciente (a maquina o en letra  
imprenta)

---

Firma del paciente

---

Fecha

---

Nombre y relacion del representante con el  
paciente (a maquina o en letra imprenta)

---

Firma del representante del paciente



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

## Card on File: Authorization Form

### Information to be completed by cardholder:

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: \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_

Cardholder's Signature

\_\_\_\_\_

Date