



81719 Doctor Carreon Blvd., Suite A Indio, CA 92201
• Phone: (760) 347-0707 • Fax: (760) 347-3378

43576 Washington St., Suite 100 La Quinta, CA 92253
• Phone: (760) 360-4433 • Fax: (442) 300-2356

Información De Paciente

Apellido _____ Primer Nombre _____ MI _____

Dirección de casa _____ Ciudad _____ ST _____ Zip _____

Teléfono de casa: () _____ Cel.: () _____ M F C S V D

Fecha de Nacimiento _____ SSN _____ Correo Electrónico: _____

Raza _____ Etnico _____ Lenguaje _____

Requiere un intérprete en su idioma: SI _____ NO _____

Contacto de Emergencia _____ Relación _____

Teléfono del contacto de emergencia _____

Nombre de farmacia _____ Ciudad _____ ST _____

FIESTA RESPONSABLE

Nombre del responsable de esta cuenta _____

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____ SSN _____

Empleador _____ Número de teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

INFORMACION DEL SEGURO

Seguro Primario: _____

Seguro Primario ID Número: _____ Numero del grupo _____

Seguro Secundario: _____

Seguro Secundario ID Número: _____ Número del grupo _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS: Autorizo a mis beneficios de seguro a pagar el Doctor y reconozco que soy financieramente responsable por servicios que no son beneficios cubiertos. Autorizo a mi médico para liberar cualquier información pertinente requerir a efectos de facturación.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____



81719 Doctor Carreon Blvd., Suite A Indio, CA 92201

• Phone: (760) 347-0707 • Fax : (760) 347-3378

43576 Washington St., Suite 100 La Quinta, CA 92253

• Phone: (760) 360-4433 • Fax: (442) 300-2356

Historia Médica: Si una sección no se aplica a usted, por favor abordarlo con un N/A.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Apellido, primer nombre, Inicial

Anote su queja principal(s): _____
Describa su condición (es decir, Inicio, Causa, etc.)

Anote la fecha y el tipo de procedimientos de diagnóstico (es decir, MRI= Resonancia Magnética, CT scans=tomografía computarizada escaneos, rayos X, etc.) que corresponden a la condición por la cual está siendo evaluado hoy.

Historia médica & Revisión de sistemas, por favor circule lo que le aplique:

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

Enfermedades transmisibles: Ninguna Hepatitis A-B-C VIH TB Otro _____

Neurológico: Dolor de Cabeza Ataque Cardíaco Epilepsia Aneurisma Otro _____

Cardiovascular: Dolor de Pecho Presión Alta Sanguínea Enfermedad del Corazón Otro _____

Respiratorio: Enfermedad Pulmonar Asma Dificultad para Respirar Otro _____

¿Fumador/a? NO YES ¿Cuántos años? _____ ¿Cuántos Paquetes por día? _____

Gastrointestinal/Abd. & Pelvis: Úlcera Hernia Histerectomía Otro _____

Músculo Esquelético: MSD Artritis Dolor de Espalda o Cuello Otro _____

Metabólico: Enfermedad del Hígado Enfermedad de Tiroides Trastorno Sanguíneo Cáncer
Diabetes _____ MED _____ Insulina _____ Otro _____

Genitourinario: Enfermedad del Riñón Dolor al orinar Urinario Frecuente Posible Embarazo
Disfunción Sexual

Problemas de los ojos: Ceguera Cataratas Glaucoma Problemas de visión

O.N.G: Pérdida de Audición Sangrado de Nariz Mudo Problemas al ingerir Alimentos

Psicológico: Ansiedad Depresión Fatiga Nerviosismo Otro _____



81719 Doctor Carreon Blvd., Suite A Indio, CA 92201
 • Phone: (760) 347-0707 • Fax: (760) 347-3378

43576 Washington St., Suite 100 La Quinta, CA 92253
 • Phone: (760) 360-4433 • Fax: (442) 300-2356

Hospitalización/Cirugías previas (anote tipo de Cirugía y fecha)

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____
 5. _____ 6. _____

Medicamentos que Actualmente está tomando

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____
 5. _____ 6. _____

Alergias

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____
 5. _____ 6. _____

Historia Social del paciente

1. Uso de alcohol _____ Nunca _____ Raramente _____ Moderado _____ Diariamente _____
 2. Uso de Drogas Tipo/frecuente _____ Nunca _____
 3. Hábitos de sueño _____
 4. Hábitos de ejercicio _____
 5. Dieta _____
 6. Quejas relacionadas sexualmente _____
 7. Pasatiempos _____
 8. Nivel de Stress: ninguno _____ Raramente _____ Moderado _____ Dario _____

Historia Médica Familiar

	Edad	Enfermedades	Si fallecido, causa de muerte
--	------	--------------	-------------------------------

Padre			
Madre			
Hermanos/as			

Esposo/a			
Hijos/as			



81719 Doctor Carreon Blvd., Suite A Indio, CA 92201
 • Phone: (760) 347-0707 • Fax: (760) 347-3378

43576 Washington St., Suite 100 La Quinta, CA 92253
 • Phone: (760) 360-4433 • Fax: (442) 300-2356

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Coachella Valley Nephrology-CVN

Autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro a CVN por los servicios prestados a mí. Entiendo que es mi responsabilidad saber mis beneficios seguros y si están cubiertos los servicios que voy a recibir. Entiendo y acepto que seré responsable de cualquier pago o saldo CVN es incapaz de recoger de mi aseguradora por cualquier razón.

MEDICARE/MEDICAID/SEGURO DE CHAMPUS BENEFICIOS:

Certifico que la información dada por mí en la aplicación de pago en estos programas es correcta. Autorizo la liberación de cualquiera de mis archivos que estos programas pueden solicitar. Por la presente ordeno que pago de mis prestaciones autorizados hacer directamente CVN o los médicos en mi nombre.

AUTORIZACIÓN A LA INFORMACIÓN PERSONAL NO PÚBLICA DE LIBERACIÓN:

Certifico que he recibido y leído una copia de la CVN, grupo de política de privacidad de información de paciente. Por la presente autorizo CVN o el médico individualmente a cualquiera de mi médico o incidental información no pública personal que sea necesario para la evaluación médica, tratamiento, consulta o la tramitación de beneficios de seguro.

AUTORIZACIÓN PARA CORREO, LLAMADA O CORREO ELECTRÓNICO:

Certifico que entiendo los riesgos de la privacidad del correo, llamadas telefónicas y correo electrónico. Autorizo a mi médico por correo, llamadas o correo electrónico, con comunicaciones con respecto a mi salud, incluyendo, pero no limitado a las cosas tales como recordatorios de citas, arreglos de referencias y resultados de laboratorio o representante CVN. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a mí CVN ese efecto en la escritura.

LABORATORIO /RAYOS X/ SERVICIO DE DIAGNOSTICOS

Yo entiendo que podría recibir una cuenta separada, si mi salud medica requiere de exámenes lo que incluye Laboratorios, Rayos X y otros servicios médicos. Yo entiendo que financieramente soy responsable de cualquier servicio que no sea cubierto y no sea reembolsado por mi aseguranza por cualquier motivo.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO:

Yo autorizo conscientemente la evaluación, prueba y tratamiento dirigido por CVN o lo que se designado del médico.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma de Representante _____ Fecha _____

Nombre de Representante (Imprimir Firma) _____ Fecha _____



81719 Doctor Carreon Blvd., Suite A Indio, CA 92201
• Phone: (760) 347-0707 • Fax: (760) 347-3378

43576 Washington St., Suite 100 La Quinta, CA 92253
• Phone: (760) 360-4433 • Fax: (442) 300-2356

**PERMISO PARA DISCUTIR
INFORMACION DE SALUD
PROTEGIDA CON OTROS**

Autorizo a Coachella Valley Nephrology para hablar a las siguientes personas acerca de mi salud y revelar mi información médica incluyendo facturación y seguros. Entiendo que esta autorización no incluye información sobre VIH, psiquiátricos, drogas o alcohol los registros, que debe ser autorizado en un comunicado separado.

Nombre del Paciente: _____

Esposo/a: _____

Hijos:
1. _____ 2. _____

Guardian: _____

Cuidador/a: _____

Hermana: _____

Hermano: _____

Amigo/a: _____

Contaco de Emergencia: _____

Otro: _____

Usted puede discutir mi (por favor marque todo lo que aplique)

- Notas de visita
- Resultados de laboratorio
- Rayos X
- Informes
- Todos los servicios y tratamientos prestados

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

Firma del paciente/tutor _____

Fecha _____

Nombre del Paciente

(Por favor imprime) _____

Fecha de nacimiento del paciente _____