

Victor V. Kitt, M.D.

FORMA DE REGISTRO (Imprima)

Fecha:

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:

Nombre

Inicial

Estado Civil (circule uno)

Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) /
Seperadado(a) / Viudo(a)

Dirección:

Fecha de
Nacimiento:

Edad:

Sexo:

/ /

M F

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

P.O. box:

Seguro Social:

Número de Teléfono:

Etnicidad:

()

Ocupación:

Empleador:

Numero de Trabajo:

()

Quien le refirió a nuestra oficina:

Dr.

Plan de seguridad

Hospital

Familiar/ Amigo

Yellow Pages

Otro

Email:

INFORMACION DE ASEGURANZA

(Por favor de entregar sus tarjetas de seguridad a la recepcionista.)

Persona responsable por los costos

Fecha de
nacimiento

Dirección:

Numero de Teléfono:

/ /

()

Seguro Médico primario:

Número de Seguro Social:

Numero de Póliza:

Numero de Grupo:

Seguro Médico secundario:

Número de Seguro Social:

Numero de Poliza:

Numero de Grupo:

FARMACIA PREFERIDA

Nombre

Dirección:

Numero de Teléfono

Doctor Primario:

Numero de Teléfono:

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de amigo/familiar

Relación al paciente

Número de teléfono/celular:

()

La información anterior es verdadera al mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo a Victor V. Kitt, M.D. o compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos.

Firma de Paciente/Guardián

Fecha

Victor V. Kitt, M.D.

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Razón de su visita:

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

Historial Médico: (i.e. diabetes, presión alta, etc.)

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

Cirugías Previas:

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

Medicamentos:

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

Alergias (medicina, comida, animales):

- | | |
|----------|-----------------|
| 1. _____ | Reacción: _____ |
| 2. _____ | Reacción: _____ |
| 3. _____ | Reacción: _____ |
| 4. _____ | Reacción: _____ |

Historia Familiar (i.e. Cáncer, Diabetes, Problemas de Corazón, etc.):

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

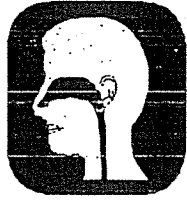
Historia Social:

- Fumador: Si ___ No ___; Cuanto por día/semana: ___; Expuesto a humo secundario: Si ___ No ___
- Bebedor: Si ___ No ___; Cuanto al día/semana: _____

Títulos de trabajo y obligaciones: _____

Actividades: _____

Contacto con animales: _____



VICTOR V. KITT, M.D.

2701 16th Street # A., Bakersfield, Ca. 93301
(661) 322-1258 Fax (661) 637-1112


EAR, NOSE, THROAT, & SINUS DISEASES
HEAD & NECK TUMOR SURGERY
BOARD CERTIFIED IN OTOLARYNGOLOGY

Relación entre Paciente y Doctor

A nuestros nuevos pacientes:

Para construir una mejor relación entre el médico y paciente, por favor tenga en cuenta las siguientes cuestiones:

1. Por favor de llenar las formas cuidadosamente. Algunas medicinas y términos médicos serán difíciles para usted, por favor de preguntarle a nuestra recepcionista o al doctor.
2. Por favor llegue a tiempo a sus citas. Si llega más de quince (15) minutos tarde, su cita será reprogramada para otra hora o día. Si llega más de treinta (30) minutos tarde, entonces consideraremos que faltó a su cita. Si tiene más de dos (2) faltas en su expediente sin razón, entonces la relación entre paciente y doctor será terminada.
3. Preguntas sobre diagnósticos y planes de tratamiento serán contestadas en su cita. Educación y satisfacción del paciente es importante para nosotros. No salga de nuestra oficina con dudas en su mente.
4. La liberación de los registros médicos deben ser solicitados y los formularios requeridos deberá ser llenados. Por favor, siga nuestras pólizas de oficina para cumplir con la ley de confidencialidad. Hay una cuota de \$25.00 que tendrá que ser pagada antes de la liberación de todos los registros.
5. Cada aseguranza tiene sus propias pólizas. Exigimos las reglas de la aseguranza sobre autorizaciones y co-pagos. Denos tiempo para contactar su aseguranza. Los cobros de su visita serán enviados directamente a su aseguranza de nuestra oficina.
6. Nos esforzamos para servir con prontitud. Urgencias hospitalarias o cirugías prolongadas puede retrasar su hora de la cita. El esfuerzo se hará para informarle con antelación o reprogramar su cita para una fecha futura.
7. **Cuestiones relacionados a pacientes menores:**
Los pacientes menores tienen que ser acompañados de sus padres o un guardián. Para los menores que tienen más de una pareja de padres, un portavoz debe ser designado en relación a la información médica y la decisión de los miembros de la familia.
8. La recarga de medicamentos deben ser solicitados durante nuestras horas de oficina. Otro método preferido sería por un FAX de la farmacia elegida por usted. Medicinas como Narcóticos tienen que seguir las reglas del Drug Enforcement Administration (DEA por sus letras en inglés).
9. Si usted no está satisfecho con el servicio del personal o el doctor, usted tiene la opción de elegir otros servicios médicos. El paciente y el médico pueden notificarse, sin indicar las causas.
10. Si está satisfecho con nuestra relación entre médico y paciente, por favor infórmele a los demás! Si no, por favor díganos!
11. Es necesario dar un aviso de 24 horas a nuestra oficina si usted no puede asistir a su cita. Si usted no da aviso, se le cobrará una cuota de \$ 25.00 si no se presenta cada vez. Esta cuota no será reembolsada por el seguro.



Firma del Doctor

Firma del Paciente/ Guardián

Fecha