

# 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) /  
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

Seguro Médico primario:

Numero de Póliza:

Seguro Médico secundario:

Numero de Póliza:

### PARTE RESPONSABLE

Si el paciente es menor, use la información del padre / tutor aquí

Nombre:

Relación al paciente:

Fecha de Nacimiento:

/ /

Numero de Teléfono:

( )

Seguro Social:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

### FARMACIA PREFERIDA

Nombre

Dirección:

Número de Teléfono

Doctor Primario:

Número 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, MD**  
**2701 16<sup>th</sup> St. Suite A Bakersfield, CA 93301**

*Formulario de reconocimiento y comunicación HIPAA*

Reconozco que he leído y aceptado el Aviso de Prácticas de Privacidad de **Victor V. Kitt, MD**.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** (Guardian o representante autorizado):

\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Relación al Paciente:** \_\_\_\_\_

Valoramos su derecho a la privacidad; por lo tanto, nos gustaría que determine cómo manejar nuestras comunicaciones telefónicas con usted. Rutinariamente llamamos a los pacientes por las siguientes razones:

1. Para confirmar citas
2. Resultados de laboratorio
3. Para responder a sus preguntas y/o inquietudes

Si intentamos comunicarnos con usted y usted no está disponible, ¿qué le gustaría que hagamos?

\_\_\_\_\_ Deje la información en un contestador / correo de voz # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No deje información en mi contestador / correo de voz, ni con ningún miembro de mi familia

\_\_\_\_\_ Deje la información en mi correo electrónico

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Deje la información con los miembros de mi familia.

Concedo permiso a **Victor V. Kitt, MD** para discutir mi cuidado con las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Victor V. Kitt, M.D.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Razón de su visita:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

Cirugías Previas:

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

Medicamentos Recetados:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Medicamentos sin receta (vitaminas, hierbas):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Alergias (medicina, comida, animales):

- |          |                 |
|----------|-----------------|
| 1. _____ | Reacción: _____ |
| 2. _____ | Reacción: _____ |
| 3. _____ | Reacción: _____ |
| 4. _____ | Reacción: _____ |
| 5. _____ | Reacción: _____ |

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

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

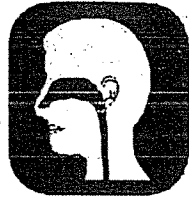
Historia Social:

- 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 (mascotas): \_\_\_\_\_



# **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