



Mike S. Shin, M.D.
Ear, Nose, and Throat
Facial Plastic and Cosmetic Surgery

Información del Paciente

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del centro _____

Dirección de la calle _____
Ciudad Estado Zip

Teléfono de la casa (____) _____ - _____ teléfono celular (____) _____ - _____

Correo electrónico address _____ @ _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad Género: _____

Estado civil: S / M / D / W Preferencia de idioma _____

Carrera _____ Etnia _____

Número de seguro social _____

Ocupación: _____ Teléfono de trabajo () _____ Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____
Ciudad Estado Zip

Nombre de contacto de emergencia _____ (____) _____ - _____
Número de teléfono

Refiriendo al médico de atención primaria _____

Información del garante (persona responsable del pago de la cuenta)

Nombre de la parte responsable _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Número de seguro social _____ Relación al paciente _____

Dirección de la calle _____
Ciudad Estado Zip

Teléfono de la casa (____) _____ Celda Teléfono (____) _____

Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____
Ciudad Estado Zip

Información del seguro

SEGURO PRIMARIO

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

SSN _____ Relación con el paciente _____

Del suscriptor ID _____ Número de grupo _____

Nombre del seguro _____ Empleador _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

SSN _____ Relación con el paciente _____

ID del suscriptor _____ Número de grupo _____

Nombre del seguro _____ Empleador _____

Compensación del trabajador

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Fecha de la lesión _____ Empleador _____

Compañía aseguradora de trabajadores COMP _____

Número de reclamación _____ SSN _____

Nombre del ajustador (____) _____ Número de teléfono del Ajustador _____



Mike S. Shin, M.D.
 Ear, Nose, and Throat
 Facial Plastic and Cosmetic Surgery

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ DOB _____

Alergias a los medicamentos _____

Farmacia _____ Teléfono _____

Farmacia dirección de la calle _____ Ciudad _____

¿Qué medicamentos está tomando que están prescritos o contador? _____

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Expediente de inmunización ¿Hasta la fecha?..... Sí.....No Copia de inmunizaciones en archivo?.....Si.....No

Realiza Tener metal en el cuerpo Tener marcapasos Problemas con la anestesia
 Humo Beba bebidas alcohólicas

Enumere las cirugías principales con Fechas:

Fecha de la cirugía	Cirugía
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Está embarazada o cree que está embarazada? Sí No

¿Estás amamantando? Sí No

¿Qué otros tipos de médicos o proveedores de atención médica ha visto para este condición?

Preferencia de las pruebas de diagnóstico facility _____

Paciente Reciente Enfermedades (circunde por favor)

Crecimiento en la nariz	Fiebre o escalofríos	Depresión
Obstrucción de la nariz	Erupción cutánea	Ronquidos
Sangrado nasal	Jaquecas	Esputo sangriento
Drenaje de la nariz	Mareos	Dolor torácico
Zumbido en las orejas	Dolor facial	Hinchazón del tobillo
Dolor de oído	Ronquera	Pérdida de peso de 10LBS o más
Drenaje del oído	Acidez	Desmayos o convulsiones
Pérdida de audición	Dolor de garganta	Náuseas o vómitos
Ojos dolorosos	Boca dolorida	Dificultad para tragar
Ojos riego	Crecimiento en la boca	Dificultad para respirar
Picazón en los ojos	Protuberancia en el cuello	Tos o sibilancias
Estornudo	Dolor de cuello	Problemas para ver

Historia médica del paciente (circunde por favor)

Cáncer	Pólipos nasales	Hepatitis o SIDA
Hipertensión	Angina	Pérdida auditiva
Enfermedad tiroidea	Consumo de alcohol	Consumo de tabaco
Golpe	Tuberculosis	Asma/enfisema
Colesterol alto	Alergias	Alergia al látex
Ataque cardíaco	Úlceras/reflujo	Diabetes
Endocarditis	Anemia	Trastorno hemorrágico
Sinusitis	Sangre Transfusión	

Historia médica familiar inmediata (por favor circule y escriba junto a la enfermedad al miembro de la familia)

Cáncer	Pólipos nasales	Hepatitis o SIDA
Hipertensión	Angina	Pérdida auditiva
Enfermedad tiroidea	Consumo de alcohol	Consumo de tabaco
Golpe	Tuberculosis	Asma/enfisema
Colesterol alto	Alergias	Alergia al látex
Ataque cardíaco	Úlceras/reflujo	Diabetes
Endocarditis	Anemia	Trastorno hemorrágico
Sinusitis	Sangre Transfusión	



Mike S. Shin, M.D.

MIKE S. SHIN, MD FINANCIAL &
APAGADOACUERDO SOBRE
POLÍTICAS DE HIELO

Con el fin de reducir la confusión y el malentendido entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado los siguientes y la oficina pólizas. Si tiene alguna pregunta sobre la forma, por favor discutirlos con nuestro gerente de oficina. Nos dedicamos a brindar el mejor cuidado y servicio posible a tú, y considerar su total comprensión de su responsabilidad financiera como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento.

Usted firma a continuación forma un acuerdo vinculante entre Mike S. Shin, MD, Inc, el proveedor de servicios médicos, y el paciente que está recibiendo servicios médicos, o la parte responsable de los pacientes menores (aquellos que son menores de 18 años de edad). La parte responsable es la persona que es financieramente responsable del pago de las facturas médicas.

NO SHOW Y POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Con el fin de proporcionar el mejor servicio y disponibilidad posible a todos nuestros pacientes, por favor llámenos lo antes posible si usted sabe que usted necesita cancelar o reprogramar su cita. No hay ningún espectáculo, cancelación tardía o tarifa de reprogramación si no cancela o reprograma su cita antes de las 24 horas de su cita. La tarifa es de \$50.00 para las visitas de oficina, y \$100.00 para los procedimientos de oficina, o prueba auditiva (prueba de audio). La tarifa es de \$300.00 para la cirugía.

POLÍTICA DE FORMULARIOS Y EXPEDIENTES MÉDICOS

Habrà un honorario del formulario \$25.00 para cada forma de FMLA, forma del seguro, y para los expedientes médicos.

PÓLIZA DE COPAY Y BALANCE

Pague cualquier copago requerido en el momento de la visita.

Un acuerdo por escrito debe ser hecho entre el gerente y la parte responsable. éste para cualquier disposición de pago realizada. El saldo completo se debe a la recepción de la declaración.

POLÍTICA DE IMPAGO A CUENTA

Para cualquier proceso de cobro u otras acciones legales que sean necesarias para cobrar una cuenta vencida, el paciente o la parte responsable del paciente entienden que el Dr. Mike S. Shin tiene el derecho de revelar a Kings Credit Services todos los datos personales y de cuentas relevantes información necesaria para cobrar el pago de los servicios prestados. Una vez que se haya colocado una cuenta en nuestra agencia de cobranzas, habrá una carga adicional de \$25.00 que se añadirá a su cuenta, y tendrá que encontrar otro médico para hacerse cargo de su atención.

POLÍTICA DE CHEQUES DEVUELTA

Si un pago se realiza en una cuenta mediante cheque, y el cheque se devuelve como fondos no suficientes (NSF), cuenta cerrada (AC), es responsabilidad del paciente o tutor del paciente por el monto de cheque original, además de un cargo de servicio de \$25.00. Le enviaremos una carta para notificar a la parte responsable del cheque devuelto. Si no hay respuesta dentro de 10 días a partir de la fecha de la carta, la cuenta será enviada a nuestra agencia de cobro y un cargo por demora de \$25.00 se añadirá al saldo pendiente, y un cargo adicional de servicio de cheque \$25.00.

PÓLIZA DE SEGURO

Como cortesía, le archivarémos su reclamo de seguro si usted le asigna los beneficios al médico, en otras palabras, usted acepta que su seguro le pague directamente al médico. Si usted compañía de seguros no paga la práctica dentro del período de tiempo razonable (dentro de 45 días), usted puede ser responsable del saldo de la cuenta. Si no nos notifica cualquier cambio en el seguro, usted es totalmente responsable de cualquier monto no pagado por su compañía de seguros.

ACUERDO FINANCIERO

Por la presente autorizo a Mike S. Shin, M.D. para que proporcione a mi compañía de seguros toda la información que ellos solicitan acerca de mi enfermedad o lesión presente. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre por los servicios prestados a mí por la parte que acepte la asignación. Entiendo que soy financieramente responsable de hacer pagos rápidos a la cuenta de Mike S. Shin, M.D. como se presentan las facturas. Acepto pagar intereses a la tasa legal en caso de que la cuenta se convierta en delincente, y si se hace necesario que la cuenta sea remitido a un abogado para la recolección, pagaré los honorarios del abogado real y los gastos de cobro. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por esta asignación. También entiendo que el hecho de no hacer el pago por cualquier servicio no cubierto resultará en que mi cuenta sea enviada a los servicios de crédito de Kings.

AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Me han presentado y dado una copia de la notificación de política de privacidad de esta práctica, detallando cómo mi información puede ser utilizada y divulgada según lo permitido por la ley federal. Entiendo el contenido de la notificación, y sujeto a las siguientes restricciones relativas a mi información médica personal. Acepto las divulgaciones nombradas en el aviso: aviso de prácticas de privacidad de Mike S. Shin, M.D.

Tengo Entender y acordado por Mike S. Shin las políticas de la oficina y desean continuar el cuidado.

Paciente nombre _____

Paciente/ Firma del tutor _____ Fecha _____

Firma de witness _____ Fecha _____