



## Aviso de Practicas de Privacidad

**La Portabilidad de los Seguros de Salud y la Rendición de Cuentas (“HIPPA”)** es un programa que permite importantes derechos para comprender y controlar la forma en que su información de salud es usada. "HIPPA" establece las penas que el mal uso información personal de la salud. A continuación se describe cómo podemos usar su información.

Autorizo Harshit M. Patel, MD, PC a utilizar y divulgar información médica personal para cada uno de los siguientes fines: el tratamiento (es decir, entre los proveedores de atención de salud), el pago (es decir, las compañías de seguros), y operaciones de cuidado de salud (es decir, el control de calidad interno ).

Dr Patel divulgar información médica a la compañía de seguros, administración de la seguridad social, terceros administradores, médico, o de cualquiera de las partes que pueden ser responsables de la totalidad o parte de la información médica cargos que sean necesarias con el objeto de permitir la determinación de Beneficios disponibles para los pacientes por los servicios prestados durante este período de la atención. Dr Patel también puede crear y distribuir de-identificado información de la salud mediante la eliminación de la información de identificación. Cualquier otro uso y la divulgación se hará solamente con la autorización por escrito. Usted puede revocar esa autorización por escrito, salvo en la medida en que ya hemos tomado las acciones basándose en su autorización.

Autorizo Harshit M. Patel, MD, de PC para liberar información a nuestros seleccionados instituciones médicas y de laboratorio para los hospitales, audiológica, radiológicos, quirúrgicos, alérgicos, o de otros servicios médicos auxiliares que sean necesarias a los efectos de la programación, la facturación, o la determinación De los beneficios a disposición de la paciente por los servicios prestados durante este período de la atención.

- Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- Entiendo que el solicitante no podrá usar más o divulgar la información médica a no ser que se obtenga la autorización o si tal uso o divulgación es específicamente requiera o permita la ley.
- Entiendo que tengo el derecho de examinar o de recibir una copia de esta autorización, una cuenta de divulgaciones de mi información de la salud, o de mi información personal de la salud por mi requerimiento.
- Entiendo que las declaraciones de la facturación y la correspondencia que manden de nuestra oficina serán enviadas a la dirección enumerada en la página anterior.
- Entiendo que los mensajes confidenciales (es decir recordatorios de la cita) se pueden dejar en tu contestador automático del teléfono o correo de voz en los números de teléfono enumerados en la página anterior (casera, trabajo, o los números de teléfono móvil) a menos que nos pidas no a.
- Entiendo que el diagnostico o el tratamiento de mí por Harshit Patel, MD se puede condicionar sobre mi consentimiento según lo evidenciado por mi firma en este documento.
- Entiendo que tengo el derecho de pedir una restricción en cuanto a cómo mi información protegida de la salud se utiliza o se divulga para realizar las operaciones del tratamiento, del pago o del cuidado médico de la práctica, incluyendo éstos relacionados con los accesos a los miembros de familia, a otros parientes, a los amigos, o a cualquier persona identificado por ti. Harshit Patel, M.D no se requiere convenir las restricciones que puedo pedir. Sin embargo, si Harshit Patel, M.D conviene una restricción que pido, la restricción está atando en Harshit M. Patel, M.D, P.C
- Tengo el derecho de revocar este consentimiento, en escritura, en cualquier momento, excepto hasta el punto de Harshit Patel, M.D, P.C haya tomado medidas en confianza en este consentimiento
- Entiendo que tengo el derecho de repasar Harshit Patel, M.D Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este documento. El Harshit Patel, M.D Aviso de Prácticas se ha proporcionado a mí. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de aplicaciones y de divulgaciones de mi información protegida de la salud que ocurran en mi tratamiento, pago de mis cuentas o en el funcionamiento de las operaciones del cuidado médico del Harshit Patel, M.D, P.C
- Harshit Patel, M.D se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Praticas de Privacidad. Puedo obtener un aviso revisado de las prácticas de privacidad llamando la oficina y la petición de una copia revisada se envíe en el correo o pedir uno a la hora de mi cita siguiente.
- Esta autorización se hará eficaz inmediatamente y en efecto por 2 años.
- Entiendo que tienes el recurso si sientes que se ha violado tu protección de la intimidad. Tienes el derecho de archivar una queja escrita a nuestra oficina, El Departamento de Salud y Servicios humanos, Oficina de los Derechos Civiles, sobre las violaciones de las provisiones de este aviso de las políticas y de los procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represarias contra ti para archivar una queja.

También autorizo a los parientes siguientes, a los amigos, o a la otra gente que puede ser informada sobre mi dolencia o diagnosis general:

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Firma del Paciente/Padres/ Guardian lega

### Consentimiento y Declaracion de Paciente

Las dos siguientes paginas sobreavisa de nuestra políza de facturación, autorización para el tratamiento, asignación de beneficios, lanzamiento de la información médica, y nuestras polizas de privacidad de conformarse con la portabilidad y la responsabilidad del seguro médico actúan (HIPPA).

#### Facturación

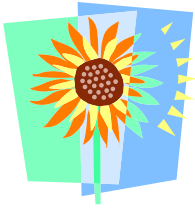
- Yo (paciente, padre, o guardian legal) entiendo que si la información actual del seguro no se recibe a la hora de servicio, seré responsable de pagos completos a la hora de servicios.
- Si soy un paciente de la paga del uno mismo, soy financieramente responsable de todos los servicios recibidos y se rinde ese pago se espera en el servicio del tiempo.
- En la situación de la responsabilidad financiera de la tercera parte de cubrir el coste de tu visita, la responsabilidad primaria y última del pago se reclina con tí (paciente, padre o guardian legal).
- Estamos contratado con un número de planes de cuidado (**PPO, HMO y IPA**). Debemos seguir los términos de estos planes incluyendo sus relaciones financieras y los **co-pagos co-seguro y deductibles obligatorios**, que se requiere ser pago en el día de su cita.
- Va a tener un recargo de \$10.00 si su **Copago, Co-Seguro o Deductible mandatorio** no es pagado en el día de su cita.
- Va a tener un recargo de \$20.00 por cada **cheque que rebote**.
- En el resultado de que su balance este sin pagar por un tiempo, Lo madaremos a una **agencia de coleccion** y tendra un recargo de \$50.00 por este servicio.
- En vista de programas federales (Medicare y Nueva York Medicaid), hemos acordado aceptar como lleno el pago el horario de pago descontado del gobierno. Eres responsable de cual quier **co-pagos y deductibles obligatorios** en el tiempo de servicio (aunque puedes tener co-insurance suplemental que pueda cubrir el co-pago).
- Yo (paciente, padre(s) o guardian legal) entiendo que es mi responsabilidad de traer un **referido valido** en el día de mi cita. Si, no traigo un referido valido me hago responsable de la cita.
- Esta oficina confirma su cita de cortesía, es su responsabilidad de venir a su cita.
- Un cobro de \$25.00 sera aplicado a todos los pacientes que no cancele su cita 24 horas con anticipacion. (except los pacientes en tratamiento con inyeccion de la alergia.

**Autorización para el tratamiento** Consiento por este medio voluntariamente a la asistencia médica para el paciente antedicho de los nombres que abarca procedimientos de diagnóstico y el tratamiento médico del médico, su ayudantes, o los designees como puede ser necesario en su juicio. Reconozco que no se ha hecho ningunas garantías en cuanto a los resultados de tratamientos o de la examinación.

**Asignación de ventajas** Asigno por este medio a Harshit Patel, M.D, P.C todas los derechos, título, e intereses en las ventajas pagaderas a mí por una póliza de seguro o el plan de ventajas bajo los cuales me cubran para los servicios hechos por el médico. Entiendo que soy responsable de todas las cargas no cubiertas por la asignación junto con cualesquiera deductibles y/o coaseguro y prometo por este medio pagar cualquier equilibrio restante.

FIRMA X \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_



Allergy, Asthma & Sinus Center of Long Island

**Harshit M. Patel , M.D. & Niha Qamar, M.D.**

Tel#: (516) 822-6655 o Fax #: (516) 932-2090

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha De Cita:** \_\_\_\_\_

**Fecha De Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Para completar por paciente**

**Escriba en sus propias Palabras la razon de visita:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre de Farmacia:** \_\_\_\_\_

**Direccion/Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Numero de tefono de Farmacia:** \_\_\_\_\_

**Por favor de escribir la lista de todos los medicamentos que actualmente esta to mando:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**Asociado síntomas:**

Nasal: Picazon, Goteo , Congestionado , Estornudo, El roncar, respiradero de la boca , la nariz sangra

Sinosis: Dolor de cabeza, Presion, Infeccion

Oreja: Picazon, Popping, Infeccion, Tubos, Perdida Del Audicion,

Ojo: Picazon, Goteo, Hinchazón, Enrojecimiento

Garganta: Picazon, Goteo Nasal, Ronquera, Estreptococos

Pecho: Tos, Silbidos, Presion, SOB, Bronchitis, Neumonia

Peau: Picazon, Erupcion, Eccema

Di autre: \_\_\_\_\_

**Historia Familiar**

	Padre	Madre	Hermano	Ninos
Asma				
Alergias				
Colmenas				
Eccema				
Cáncer				
Otros				

Médico

Primario: \_\_\_\_\_

Remitido

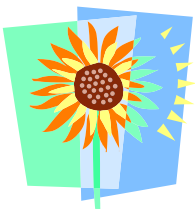
por: \_\_\_\_\_

**A cumplimentar por el medico:**

**Chief Complaint:**

**History of Present Illness:**

**Family History:**



# Allergy, Asthma & Sinus Center of Long Island

**Harshit M. Patel, M.D. & Niha Qamar, M.D.**

Tel#: (516) 822-6655 o Fax #: (516) 932-2090

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha De Cita:** \_\_\_\_\_

**Para completar por paciente**

**Historial médico**

1. ¿Usted ha tenido cirugía nasal o sinusal?  
SI NO

Tipo:

Fecha:

2. ¿Ha tenido una amigdalectomía o  
adnoidectomy? SI NO  
Fecha:

3. ¿Ha tenido tubos oreja? SI NO  
Fecha:

4. ¿Pídale a su vez se realizarán las pruebas  
de la alergia? SI NO

Si es así, ¿usted tiene la prueba en la  
piel o RAST (sangre) pruebas? SI NO

5. ¿Pídale a su vez ha tenido inyecciones  
contra la alergia? SI NO

Si es así, por favor dar fechas:

¿Ayuda?:

6. Lista de todas las alergias a drogas

7. Lista de todas las alergias a los alimentos

8. ¿Alguna vez han tenido una reacción grave a  
una picadura de abejas o de hormigas  
mordida? SI NO

Describir:

**Para los niños menores de 15 años, completa los  
siguientes:**

1. Peso de nacimiento:

2. ¿Existen complicaciones después  
de la entrega? SI NO

Explique

3. ¿Ha sido el crecimiento y el desarrollo  
normal? SI NO

Explicar

4. ¿Vacunación al día? SI NO

**A cumplimentar por el médico:**

**Physical Exam:**

WT: \_\_\_\_\_ HT: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_

**General Appearance:**

**EYES:** Conjuntiva- Normal R L; RED R L

Lids Normal R L;

Edema-

**Ears:** TMS-Normal R L; DULL R L Red R L

Canals- Normal Occluded

**Nose:** Mucosa Normal Pale Red

Edema R- Mild Moderate Severe

L- Mild Moderate Severe

Mucosas- Mild Moderate Copious

Severe White Mucoid

Poyps- None Present R L

Septum- Midline; Deviated R L

Excoriated R L; Perforated

**Oropharynx:** Palate- Normal / Other:

Post Pharynx- Normal Injected

Cobblestoned PND

**Teeth & Gums:** Normal Other:

**Face/Sinus Tenderenss:** Absent Frontal Max

**Neck:** Normal Appearance

**Thyroid:** Normal Enlarged

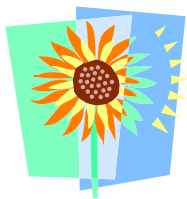
**Lymphatics:** Cuello Axilla Groin

**Chest:** Ventilation- Normal Retractions

Auscultation- Normal

Wheezes R L Bilat FVC

Rhonchi R L Bilat



**Allergy, Asthma & Sinus Center of Long Island**  
**Harshit M. Patel , M.D. & Niha Qamar, M.D.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha De Cita: \_\_\_\_\_

**Para completar por paciente**

**Comprobar las siguientes condiciones médicas que usted tiene actualmente o ha tenido en el pasado.**

	Actual	Pasado
Enfermedad de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pólipos nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroesophageal reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis o diverticulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthirits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migranas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incautación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patología tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____		

Por favor, la lista de todas las hospitalizaciones (incluidos año, y la razón)

- 1.
- 2.
- 3.

**Historia Social**

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Estado civil: S M D W

Pasatiempos: \_\_\_\_\_

Tabaquismo Historia: \_\_\_\_\_

**Enviremonetal Historia** (por favor seleccione las casillas correspondientes.)

Casa:  Casa  Apartamento  Condominio  Casa móvil

Edad: \_\_\_\_\_

Mascotas:  Gato  Interiores  Al aire libre

Perro  Interiores  Al aire libre

Fumadores:  Ninguno  Por dentro  Al aire libre por

Calor:  Central  Radiador

Aire acondicionado:  Central  Ventana

Almohadas:  Pluma  No plumas Edad: \_\_\_\_\_

Cama:  Colchón/boxspring  De agua Edad: \_\_\_\_\_

Pisos:  Frondosas  Alfombra Edad: \_\_\_\_\_

Sótano o crawspace:  Seco  Húmedo  Que

**A cumplimentar por el medico:**

**Physical Exam (continued):**

CVS: \*Heart-

\*PV (observ/palp) -

Abdomen: \*Tederness Mass

\*Liver/Spleen - Normal Enlarged

**Extremities:**

\*Skin: Normal: Other:

Neuro/Psych: \*Orientation

\*Mood/Affect

**Other:**

**Labs/X-rays:**

**Assessment/Plan**

1.

2.

3.

4.

RTC \_\_\_\_\_