

**POLYCLINIC MEDICAL CENTER, INC.**

3030 Senna Drive

Matthews, NC 28105

Phone: (704) 844-8971 Fax (704) 844-8972

**PATIENT INFORMATION/PERFIL DEL PACIENTE**

Patient/Paciente #: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo de area)

Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_ SSN/Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DOB/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sex/Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Single/Soltero \_\_\_\_\_ Married/Casado \_\_\_\_\_ Divorced/Divorciado \_\_\_\_\_ Widowed/Viudo \_\_\_\_\_ Other/Otro \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

Employer's Name/ Nome del trabajo \_\_\_\_\_ Phone/ Teléfono \_\_\_\_\_

Employer's Address/ Dirección de su trabajo: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Cod.de area)

Spouse's Name/Nombre de su esposo \_\_\_\_\_

Employer/Trabajo \_\_\_\_\_ Phone/ Teléfono \_\_\_\_\_

Person to contact in case of emergency/Persona a quien comunicarse en caso de emergencia:

Name/Nombre \_\_\_\_\_

Relationship/Relación: \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

**Insurance information/Información del seguro:**

Insurance name/Nombre de suseguro medico: \_\_\_\_\_

Insurance address/Dirección del seguro medico: \_\_\_\_\_

Subscriber's name/ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Subscriber's DOB/Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN/Seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relationship to patient/Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Subscriber's employer's name/Nombre del trabajo: \_\_\_\_\_

Date employed/Fecha del trabajo: \_\_\_\_\_

Subscriber's employer's phone number/Telefono de sutrabajo: \_\_\_\_\_

Do you have additional insurance?/Tienes otro seguro medico? Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If yes please complete de following/ Si la respuesta si llene lo siguiente:

Insurance company/Seguro medico: \_\_\_\_\_

Insurance address/Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Subscriber's name/ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Subscriber's DOB/Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN/Seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relationship to patient/Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Subscriber's employer's/Nombre del trabajo: \_\_\_\_\_ Phone/ Telefono de sutrabajo \_\_\_\_\_

# POLYCLINIC MEDICAL CENTER, INC.

3030 Senna Drive

Matthews, NC 28105

Phone: (704) 844-8971 Fax (704) 844-8972

Nombre \_\_\_\_\_

SS nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

1. Authorization para tratamiento: Autorizo a los doctores y al personal médico de Polyclinic Medical Center, Inc. de proveer tratamiento medico para mi. Yo entiendo que este permiso es para tratamiento general solamente y es necesario mi consentimiento anticipado para cualquier procedimiento especial.
2. Permiso para revelar informacion personal de la salud: Autorizo Polyclinic Medical Center, Inc. para que provean toda la información que se a necesaria a mi compania de seguros acerca de mi enfermedad o accidente. Yo autorizo de informacion medica, u otro tipo de informacion acerca de mi, para que la usen en a cualquier agencia de asistencia publica que pueda estar ayudando con el pago por los servicios rendidos a mi.
3. Transferencia de Beneficios de Aseguransa a terceros: Transfiro directamente a Polyclinic Medical Center, Inc. todos los beneficios del seguro, si alguno, que me sean pagables por los servicios prestados. Incluyendo mayores beneficios de seguro medico, Beneficios PIP, beneficios de enfermedad o beneficios por accident causado. Porque cualquier poliza de aseguransa y el procedimiento para todos los resultados delos reclamos por la responsabilidad de terceras partes pagables por cualquier persona, empleador o compania de aseguransa para o por pacientes excepto si la cuenta es pagada completa. Tambien autorizo pagos de siurugia o tratamiento medico incluyendo mayores beneficios medicos dados directamente por un medico, pero no excederse en los cobros de servicios. Tambien autorizo pagos de beneficios medicos diferentes pagado a mi por un servicio profesional efectuado por cualquier medico o personal activo de PMC, Inc. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los costos, sean o no pagables por el seguro. Notificare Polyclinic Medical Center de cualquier cambio en mi cubrimiento en la póliza del seguro. En consecuencia su cuenta sera transferida a una bogado de colecciones, bajo una firma futura a pagar los costos de la bogado y gastos de coleccion. Todas las cuentas sin pagar tendran una tarifa de interes legal. Estoy de acuerdo con beneficios clinicos iguales y limitados a los cobros de PMC, Inc. Por el Servicio en coneccion con beneficio de hospitales, laboratorios y especialistas con cualquier de esas cuentas yo soy responsable por cualquier tratamiento.
4. Certificacion de paciente de Medicare or Medicaid: Autorizacion para revelar informacion y pagos. Yo transfiero los pagos de recivos sin pagar de servicios de un medico o por un medico autorizado para cobrarme. Yo entiendo que soy responsable por cualquier deductible de mi aseguransa y coaseguransa. Yo certifico que la informacion que he dado es aplicada por pagos bajo el titulo IVII y XIX el Seguro Social es correcto y autorizo a cualquier poliza medica. Cualque rinformacion sobre mi sera revelada a la administracion de Seguro Social relacionada con cobros del cuidado medico. Yo autorizolos pagos de beneficio bajo un representante.
5. Propriedad Personal: Yo reconosco cualquier propiedad valuable protesis o cualquier otra cosa traída al Centro Medico no son responsabilidades del Centro Medico y yo soy responsable por cualquier rpropriedad personal que se pierda o sus condiciones no sean apropiadas yo hepuesto esta propiedad bajo control de PMC, Inc. y de supersonal.
6. PapaNicolaus (para mujeres mayores de 18 años): El personal de Polyclinic Med. Ctr, Inc me ha ofrecido un examen femenino (Papanicolaus) y yo deceo aceptar o declinar (circule uno) esta oferta yo entiendo que este procedimiento sera efectuado por un doctor o un asistente de doctor.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Firma del Paciente Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Firma de testigo Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante  
(si el paciente esta incapacitado para firmar)

# POLYCLINIC MEDICAL CENTER, INC.

3030 Senna Drive  
Matthews, NC 28105  
Phone: (704) 844-8971 Fax (704) 844-8972

## HISTORIA MÉDICA/MEDICAL HISTORY

Nombre/Name \_\_\_\_\_ Edad/Age \_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/Headache                                | <input type="checkbox"/> Congestive heart failure                    | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria/Incontinence      |
| <input type="checkbox"/> Alta presión/Hypertension                               | <input type="checkbox"/> Arritmia/Arrhythmia                         | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas/Venereal Disease   |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/Stroke/TIAs                            | <input type="checkbox"/> Alergia/fiebre alta/Allergies/hay fever     | <input type="checkbox"/> Falta de respiración/shortness of breath |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia /Epilepsy                                     | <input type="checkbox"/> Desconforto respiratorio/Orthopnea          | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto/Hyperlipidemia           |
| <input type="checkbox"/> Fatiga/cansancio/fatigue                                | <input type="checkbox"/> Crónica obstrucción pulmonaria/COPD         | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina/Scarlet Fever         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes                                       | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática/Rheumatic Fever            | <input type="checkbox"/> Problema de próstata/Prostate Disease    |
| <input type="checkbox"/> Palpitación/Heart Palpitations                          | <input type="checkbox"/> Úlcera/Ulcer                                | <input type="checkbox"/> Problema de hígado/ Liver disease        |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón/Heart Murmur                        | <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales/GI disorder    | <input type="checkbox"/> Endocrine disease                        |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho/Chest pain, angina                       | <input type="checkbox"/> Intolerancia lactosa/Lactose intolerance    | <input type="checkbox"/> Artritis/Arthritis                       |
| <input type="checkbox"/> Mareos/Desmayo/Dizziness/fainting                       | <input type="checkbox"/> Problemas Renales/ Renal disease            | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                             |
| <input type="checkbox"/> Calambres/Claudication                                  | <input type="checkbox"/> Problemas de Eñsias/GU disorder             | <input type="checkbox"/> Ansiedad! Anxiety                        |
| <input type="checkbox"/> Infarto Myocardial/MI                                   | <input type="checkbox"/> Difusión sexual/Sexual Dysfunction          | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso/Weight loss              |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Estreñimiento/Bowel irregularity            | <input type="checkbox"/> Gota/Gout                                |
| <input type="checkbox"/> Asma/Asthma   | <input type="checkbox"/> Problemas Menstruales/Menstrual dysfunction |   |
| <input type="checkbox"/> Problema congénito del Corazón/Congenital Heart Disease |  |   |

## HISTORIA SOCIAL/ SOCIAL HISTORY

### HABITO/HABITS

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fumador/Smoke _____ cajetillas al día/packs daily<br>Por cuánto tiempo? How long? _____ | <b>Dieta/Diet:</b><br><input type="checkbox"/> Cuanta sal ingiere/salt intake: _____   |
| <input type="checkbox"/> Interesado en dejar de fumar/Interested in stopping smoking?                            | <input type="checkbox"/> Cuanta grasa ingiere/Fat intake: _____  |
| <input type="checkbox"/> Rutina de ejercicios/Exercise routine: _____  | <input type="checkbox"/> Contacto con sangre o fluidos corporales en el trabajo<br>Contact with blood or body fluids at work |
| <input type="checkbox"/> Café, cuántas tazas al día/Coffee cups daily _____                                      | <b>Dormir/Sleep</b><br><input type="checkbox"/> Dificultad para dormir/Difficulty falling asleep                             |
| <input type="checkbox"/> Alcohol: tipo/cantidad/Alcohol: type/amount _____                                       | <input type="checkbox"/> Levantarse temprano por la mañana/Early morning awakening   |
| <input type="checkbox"/> Drogas ilícitas/illicit drugs   | <input type="checkbox"/> Sueño durante el día/Daytime drowsiness   |
| <input type="checkbox"/> Drogas de la calle/Street drugs: Tipo/cantidad/Type/amount _____                        |  |

**POLYCLINIC MEDICAL CENTER, INC.**

3030 Senna Drive

Matthews, NC 28105

Phone: (704) 844-8971 Fax (704) 844-8972

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR/ PATIENTE MEDICAL HISTORY**

Nombre/Name \_\_\_\_\_ Edad/Age \_\_\_\_\_

Medicamento que esta usando actualmente:  
Current Medications and dosages

Medicamentos que le producen alergia:  
Drug Allergies

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia Médica Familiar Is there a history of (Check column that)	Madre/ Mother	Padre/ Father	Abuelos paternos/ Father's Parents	Abuelos Maternos/ Mother's Parents	Hermanos/ Siblings	Hijos/ Children
Problemas del corazón/Heart Disease						
Alta presion/ High Blood Pressure						
Derrame cerebral/Stroke						
Cancer						
Glaucoma						
Diabetes						
Epilepsia/Epilepsy						
Sangrado Excesivo/Bleeding Disorder						
Problema del Riñon/Kidney Disease						
Problemas de thyroides/Thyroid disease						
Problemas mentales/Mental Illness						
Osteoporosis						

**HISTORIA DE HOSPITALIZACIÓN Y OPERACIONES/HOSPITALIZATION OR SURGERY HISTORY**

Causa/Reason	Fecha/Date	Causa/Reason	Fecha/date

MUJERES/WOMEN ONLY: Embarazada? / Pregnant? Si/Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Planeaembarazarse?/Planning Pregnancy? Si\_\_\_\_\_/Yes No\_\_\_\_\_

**POLYCLINIC MEDICAL CENTER, INC.**

3030 Senna Drive

Matthews, NC 28105

Phone: (704) 844-8971 Fax (704) 844-8972

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LISTA DE CONTACTO

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

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

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

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

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

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

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

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Yo me puedo localizer por medio de:

Teléfono: \_\_\_\_\_ Si No Mejor horario de llamarme \_\_\_\_\_

Dejar Mensaje: Si No Dejar solo numero de teléfono: Si No

Por Correo: Si No Por fax: \_\_\_\_\_ Si No

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**POLYCLINIC MEDICAL CENTER, INC.**

3030 Senna Drive

Matthews, NC 28105

Phone: (704) 844-8971 Fax (704) 844-8972

**POR FAVOR PONGA INICIALES EN LA LINEA DESPUES DE LEER**

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que mi pago es al momento de mi registracion.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que he presentado mi tarjeta de aseguransa en todas mi visitas.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que si soy paciente con Medicaid yo traere mi tarjeta actual y firmada.

\_\_\_\_\_ Yo soy responsable por todos los cobros sin pagarpor mi aseguranza, deductible no pagado y entiendo que el pago es requerido al momento de mi registracion.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que soy responsable del 20% del costo total despues que mi deductible haya sido pagado.

\_\_\_\_\_ Soy paciente sin seguro medico entiendo que se requiere un deposito al momento de mi registracion:

\$ 200.00 si soy paciente Nuevo

\$ 126.00 si soy paciente estable

\$ 250.00 si examen fisico

Si mi cobro mas de mi deposito yo pagare la diferencia antes de irme.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que cada uno de los examines y trabajo de laboratorio requieren cobros adicionales sobre el costo de la visita y yo sere informado de todos los cobros antes de efectuar cada examen. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargo ocurridos autorizados por el examen.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que cuando firmo el ABN y si Medicare rehuza pagar cualquier costo yo sere responsable por el pago.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que PMC tomara una fotografia la mantendra en los archives como identificacion solamente y no compartiran con nadie o usar en propaganda publicitaria.

\_\_\_\_\_ Recibire una copia y estoy de acuerdo de lo que he firmado.  
(Firma por favor)

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

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

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**POLYCLINIC MEDICAL CENTER, INC.**

3030 Senna Drive

Matthews, NC 28105

Phone: (704) 844-8971 Fax (704) 844-8972

**REVELAR INFORMACION DEL PACIENTE**

Yo \_\_\_\_\_ autorizo y doy mi consentimiento a PMC, Inc. para revelar la siguiente informacion personal de salud (PHI) que incluye mi nombre, seguro social, dirección, información de pagos, archivos medicos y notas de progreso para:

- a) Otro proveedor y personal de cuidado de la salud, consulta relacionada con cualquier requerimiento.
- b) Administracion y organización de cuidado de la salud para procedimiento de pagos por mis tratamientos.
- c) Uso accidental que incluye firmar papeles y discutir en la sala de espera de PMC's. El personal de cuidado de la salud en discucion privada.

Yo entiendo que excluye sobre mi información personal de cuidado medico sera privada y confidencial dentro PMC. Tambien entiendo y authorize una revocacion porescrito y firmada. Tambien tengo derecho de pedir una copia de mi información personal de salud. Requiero por escrito comunicarte cualquier problema sobre mi, información personal privada de la salud.

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

Fecha de expiración \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testigo Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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