

Name/Nombre: _____ DOB/FDN: ___/___/___

Social Security #/seguridad social: _____ - _____ - _____ Male/Hombre Female/hembra Race/Raza: _____

Single/Soltero Married/Casado Divorced/Divorciado Widowed/Viudo Separated/Separado

How many people live with you?/ cuantas personas viven contigo? _____ Language/ Idioma; _____

Address/ Direccion: _____

Primary Phone /# telefono principal: _____ Work/# Trabajo: _____ City/Ciudad State/Estado Zip
Cell/# Celular _____

Occupation/Ocupacion: _____

Emergency Contact/Contacto de Emergencia: _____ Relation/Relacion: _____ Phone#/Telefono: _____

Reason for Visit/ Motivo de la Visita (si esta lesionado, describa en detalle) _____

Have you ever had, or do you currently have any of these medical conditions? (Please circle medical condition)

Alguna vez ha tenido o tiene actualmente alguna de estas afecciones médicas? (Por favor, circula la condición médico)

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Asma | Enfermedad Inmune | Depression | Problemas sinusales |
| COPD | Hepatitis | PTSD | Problema menstrual |
| Enfermedad cardíaca o vascular | Dolor Cronico | Abuso de sustancias o alcohol | DVT |
| Presion alta | Fibromialgia | Diabetes | Coagulo de sangre pulmonary(clots) |
| Colesterol alto | Derrame Cerebral | Enfermedad de la tiroides (thyro | Enfermedad Renal (kidney) |
| Artritis | Epilepsia | Intestinal probelmas | sleep apnea |
| Hiv | Anxiety | Enfermedad de Piel (skin) | Alergia |

List above or other conditions/ Lista anterior u otras condiciones: _____

Hospitalizations (razon/ año): _____

Surgeries/Cirugia (Que tipo/ año): _____

Family History- Does any disease run in your family? (Please circle medical condition and check yes or no, then specify disease and amily member)

Colesterol alto	Madre	Padre	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuelo Paterna	Hermano	hermana	Nino	Otro
Diabetes	Madre	Padre	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuela Paterna	Hermano	Hermana	Nino	Otro
Artritis Reumatoide/Osteo	Madre	Padre	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuela Paterna	Hermano	Hermana	Nino	Otro
Cancer	Madre	Padre	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuela Paterna	Hermano	Hermana	Nino	Otro
Cardiopatía(heart dis)	Madre	Padre	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuela Paterna	Hermano	Hermana	Nino	Otro
Enfermedad de Tiroides	Madre	Padre	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuela Paterna	Hermano	Hermana	Nino	Otro
Alcoholismo/ abuso de drogas/trastorno bipolar/Ansiedad/ Depresion	Madre	Padre	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuela Paterna	Hermano	Hermana	Nino	Otro

Other family medical problems/Otros problemas medicos familiares: _____

Utiliza productos de Tabaco?	S	N	Que Tipo ?	Paquetes por dia?
Ex fumador ?	S	N	Cantidad por dia?	Cuantos anos?
Tomas alcohol?	S	N	Bebe en promedio, 2 al dia?	Bebes mas de 5 en dos horas? S o N
Haces drogas ilicitas ?	S	N	En caso que si, de que tipo?	Ex usuario de drogas? S o N

Airport Clinic, Inc.

704 Gil Harbin Ind. Blvd
Valdosta, GA 31601

(229) 242-9003
Fax (229) 242-0490

INFORMACIÓN SOBRE LA INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

DOB: _____

Tipo	Recibido (SÍ O NO)	Año
Td/TDAP		
Covid 1		
Covid 2		
1° Covid Booster		
2° Covid Booster		
Gripe		
Pneumovax		
Shingrix 1		
Shingrix 2		
Hepatitis A 1		
Hepatitis A 2		
Hepatitis B 1		
Hepatitis B 2		
Hepatitis B 3		

Política de pago

A nuestros pacientes de seguros privados:

Si tiene un deducible anual en su póliza de seguro de salud que no ha cumplido, el pago de su visita vencerá en el momento del servicio. Presentaremos su reclamo ante su compañía de seguros y aplicaremos su monto facturado a su deducible. Si no conoce esa cantidad de su deducible o no sabe si tiene uno, estaremos encantados de consultar con su proveedor de seguros. Su paciente durante este proceso es apreciado. Si no podemos verificar el monto de su deducible, se le facturará a su seguro el costo de la visita al consultorio. Cualquier cantidad no pagada por su seguro se le facturará por separado. Gracias por su cooperación en este asunto.

A nuestros pacientes en efectivo / sin seguro;

Debe tener medios de pago disponibles para usted en el momento del servicio. Si no puede pagar una tarifa mínima en el momento del servicio, puede buscar atención en la sala de emergencias. El hospital recibe apoyo del gobierno para ayudar a los pacientes de bajos ingresos.

A nuestros pacientes de Medicare:

Bajo algunas condiciones, Es posible que Medicare no pague por los servicios, procedimientos o medicamentos administrados en la oficina. En estas circunstancias, es posible que se le facture por separado por estos servicios. Debe firmar una exención para que esto ocurra y se le informará de los tratamientos que pueden no estar cubiertos en el momento del servicio.

A nuestros pacientes de Medicaid:

Si su Medicaid está asignado a otro médico o consultorio médico, es posible que necesitemos un número de referencia del para tratarlo. Un número de referencia le permite a su médico de cabecera saber qué se está haciendo por usted y por quién. Bajo algunas condiciones, es posible que no podamos recopilar un número de referencia de su médico. Si esto ocurre, puede optar por esperar y ser visto más tarde por su médico de cabecera, cambiar su consultorio médico primario de Medicaid a nuestras instalaciones o buscar atención médica en la sala de emergencias.

Cualquier pago denegado por su institución financiera se le cobrará una tarifa de servicio de \$ 25.00 además de las tarifas originales.

Por favor, pregunte si desea organizar un plan de pago para cualquier cantidad que se le facturará. Estaremos encantados de trabajar con usted.

Imprimir nombre

de firma del paciente

Fecha

Airport Clinic, Inc.

704 Gil Harbin Ind. Blvd
Valdosta, GA 31601

(229) 242-9003
Fax (229) 242-0490

Formulario de liberación médica

Fecha: _____

Registros solicitados a:

Yo, _____, por la presente autoriza y solicita que divulgue la siguiente información:

Liberar registros a: Airport Clinic, Inc
704 Gil Harbin Industrial Blvd
Valdosta, Ga 31601
Teléfono: 229-242-9003
Fax: 229-242-0490

de la firma del paciente

Fecha de nacimiento

Seguro Social #

Firma de Testigo

Por favor, póngase en contacto con nuestra oficina con cualquier pregunta
229-242-9003

1

Airport Clinic, Inc.

704 Gil Harbin Ind. Blvd
Valdosta, GA 31601

(229) 242-9003
Fax (229) 242-0490

Nombre del paciente: _____
(Por favor, imprima el nombre)

Date de nacimiento: _____
(Obligatorio)

Yo, _____ el abajo firmante, autoriza: Airport Clinic, Inc. a divulgar, por escrito y/o verbalmente, información de salud protegida (PHI) a:

Entiendo que estoy autorizando la divulgación de información médica a la organización / compañía / empleador anterior y sus abogados y / o representantes. La PHI que se divulgará son registros médicos e informes relevantes relacionados con mi tratamiento médico / consulta / examen y / o procedimientos de diagnóstico realizados en Airport Clinic, Inc. o información obtenida de otros proveedores médicos que me brindan tratamiento y que pertenecen a una lesión / ocupacional / información médica para la cual podría afectar mi capacidad para realizar tareas laborales específicas para un empleo potencial para _____

Entiendo que la información divulgada en base a esta autorización puede incluir registros de tratamiento de salud e información sobre el tratamiento médico o las pruebas y la prescripción de medicamentos que podrían prohibirme realizar tareas laborales normales.

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la PHI para ser divulgada según lo permitido por la ley federal HIPAA y la ley estatal. Una copia de la información médica estará disponible para mí o para mi médico de registro a petición suya from _____.

ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE NEGARME A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN.
(No se pueden realizar exámenes físicos para mi empleador potencial sin el consentimiento por escrito).

ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN.
(Para revocar esta autorización, puedo, en cualquier momento, enviar una notificación por escrito a Airport Clinic, Inc. Entiendo que mi revocación de esta autorización es ineficaz en la medida en que Airport Clinic, Inc se ha basado en esta autorización para divulgar la PHI relacionada conmigo).

Mi firma a continuación indica que he leído y entiendo esta Autorización.

Imprimir nombre

de firma del paciente (tutor)

Fecha