

NEW MEXICO CARDIAC CARE - H&P

Nombre _____ Fecha _____ Dr. que lo envía _____

¿Por qué vino a ver al cardiólogo?

Marque todos los problemas o síntomas cardiacos que tenga o haya tenido.

- Ataque o infarto al corazón
- Angina de pecho
- Presión alta
- Soplo
- Fiebre reumática
- Ritmo cardiaco anormal (arritmia)
- Palpitaciones o latidos cardiacos irregulares
- Desmayos
- Corazón aumentado de tamaño
- Dolor o presión en el pecho
- Falta de aire
- Mareos
- Piernas hinchadas
- Insuficiencia cardiaca
- Labios o uñas azules o azuladas
- Calambres en las piernas cuando camina

¿Alguna vez ha tenido o le han hecho:

- Una prueba de esfuerzo (stress test)
- Un ecocardiograma
- Un cateterización cardiaca o del corazón
- Angioplastia coronaria (de balón)
- Cirugía de bypass coronario
- Cirugía de las válvulas del corazón
- Estudio o procedimiento de electrofisiología
- Marcapasos o desfibrilador

Cuéntenos sobre su riesgo de desarrollar una enfermedad del corazón

Marque si tiene lo siguiente:

- Presión alta
- Colesterol alto
- Ha fumado alguna vez
- Diabetes

¿Hace ejercicio? Incluyendo el caminar.

¿Algún miembro de su familia cercana ha tenido un infarto al corazón, angina de pecho o cirugía de bypass?

Si la respuesta es sí ¿quién?

Si es una mujer, ¿ya pasó la menopausia o el cambio de la vida?

Si la respuesta es sí, ¿a qué edad? _____

¿Toma una terapia de reemplazo de estrógeno?

Cuéntenos más sobre su corazón:

Cuéntenos sobre sus medicamentos (nombres, dosis o potencia, cuántas veces al día los toma) Incluya medicamentos de venta sin receta:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Nombre del paciente:

Fecha: _____

Haga un círculo alrededor de todos los síntomas que tenga para poder saber más sobre ellos.

Falta de energía, problemas para dormir, pérdida del apetito, cambios en el peso, fiebre.
Problemas en los ojos: Visión doble, visión borrosa, glaucoma, cataratas.
Problemas de audición: Oír un zumbido en los oídos.
Alergias: Fiebre de heno.
Problemas con los senos paranasales.
Problemas de respiración: Sibilancias, tos, tos con sangre.
Asma, tuberculosis.
Problemas de estómago: Indigestión, cambios en la consistencia de las deposiciones, heces con sangre, heces como la brea o chapopote, ictericia, problemas de hígado, úlceras, piedras o cálculos en la vesícula.
Problemas urinarios: Aumento de la frecuencia, infecciones, piedras o cálculos. Hombres: Problemas de próstata, orina en la noche. Mujeres: Periodos menstruales anormales. ¿Podría estar embarazada?
Dolor, hinchazón o enrojecimiento de las articulaciones o coyunturas, artritis, dolor de espalda, dolores muscular o dolor a la palpación muscular, gota.
Salpullido, comezón o picazón u otros problemas en la piel.
Mujeres: Bultitos en los senos, mamografía, Papanicolaou o examen pélvico recientes.
Parálisis (aunque sea temporal), derrame cerebral (stroke), entumecimiento o adormecimiento, pérdida del equilibrio.
Pensamientos inusuales, nerviosismo, llanto o tristeza, depresión, intentos suicidas.
Problemas de la tiroides, diabetes, sed, orina o hambre en exceso.
Sangrado, le salen moretones con facilidad, factores de riesgo para VIH, anemia, cáncer.

REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS

General:

Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta:

Respiratorio:

Digestivo:

Urinario:

Musculoesquelético:

Dermatológico:

Ap. reproductor femenino:

Neurológico:

Psiquiátrico:

Endocrino:

Hematológico:

¿Está recibiendo o ha recibido tratamiento por alguna enfermedad o problema de salud?

Escriba una lista:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

¿Le han hecho alguna operación o cirugía? ¿Ha tenido alguna lastimadura o lesión?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Estado civil: S C V D

¿Con quién vive?

Ocupación:

Pasatiempos:

Nivel de educación:

Hábitos de salud:

¿Fuma?

Si la respuesta es sí, ¿cuántas cajetillas al día?

¿Por cuántos años?

¿Cuánto alcohol toma?

¿Usa alguna droga?

Marque el recuadro si alguno de los miembros cercanos de su familia (padres, hermanos(as), hijos) tiene o ha tenido:

- Problemas del corazón
- Presión alta
- Diabetes
- Cáncer

¿Hay algún otro problema de salud en su familia?

¿Es alérgico a algún medicamento?

Haga una lista de los medicamentos a los que le tiene alergia

FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE



Las Cruces
PHYSICIAN PRACTICES

Hoy es: ___/___/___

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE						
Nombre del Paciente Apellido		Primero	Segundo	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sr.	Estado Civil (trazar círculo) Soltero/Casado/ Divorciado /Sep/ Viudo
¿Es éste su nombre legal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Si no lo es, ¿cuál es su nombre legal?		Fecha de Nacimiento / /	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T
Dirección de su Casa		Ciudad	Estado	Código Pos.	Teléfono de la Casa ()	
Número del Teléfono Celular ()		Dirección de Corr. Elec. (Se usará para recordarle las citas)			Seguro Social - -	
Ocupación	Empleador		Teléfono del Empleador			
Tipo de Empleo: <input type="checkbox"/> 1 – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> 2 – Tiempo Medio <input type="checkbox"/> 3 – No Trabaja <input type="checkbox"/> 4 – Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/> 5 – Retirado <input type="checkbox"/> 6 – Militar Activo						
Tipo de estudiante: <input type="checkbox"/> F – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> P –Tiempo Medio <input type="checkbox"/> N – No es Estudiante						
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU./Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se Negó a Responder						
Minoría Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No es Ni Hispano Ni Latino <input type="checkbox"/> Se negó a Responder						
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro _____						
Farmacia:		¿Tiene usted testamento vital? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
¿Quién lo Refirió? (Favor de Marcar una Casilla) <input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Directorio Telefónico <input type="checkbox"/> Otro _____						
Otros Familiares que Se Han Atendido Aquí						
Nombre de Su Médico Primario o de Cabecera:			Número Telefónico:			
INFORMACIÓN SOBRE EL RESPONSABLE DEL PAGO						(información usada para estados de cuenta del paciente)
Responsable: <input type="checkbox"/> Otro Paciente <input type="checkbox"/> Persona que Garantiza el Pago <input type="checkbox"/> Usted						<input type="checkbox"/> Marque aquí si la información es la misma que la del paciente
Nombre		Dirección		Teléfono de la Casa		
Fecha de Nacimiento / /		Dirección de Correo Electrónico		()		
Ocupación	Empleador		Dirección del Empleador		Teléfono del Empleador ()	
INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURANZA						(cuando llegue, entregue su tarjeta del seguro en el mostrador)
¿A Qué Se Debe Esta Visita? <input type="checkbox"/> SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (WC, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> MEDICINA OCUPACIONAL (OM, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN VEHÍCULO (MVA, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> FECHA DEL ACCIDENTE						
¿Tiene el paciente seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						
Nombre del Asegurado:	No. de Seguro Social:	Fecha de Naci.	Seguro Desde	Identif. de Grupo	Identif. del Suscriptor (No. de Póliza)	
	- -	/ /	/ /			
Relación o Parentesco del Paciente con el Asegurado <input type="checkbox"/> Misma Persona <input type="checkbox"/> Esposo o Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra _____						
Nombre de la Aseguración Secundaria		Nombre del Asegurado	Fecha de Naci.	Identif. de Grupo	Identif. del Suscriptor (No. de Póliza)	
Relación o Parentesco del Paciente con el Asegurado <input type="checkbox"/> Misma Persona <input type="checkbox"/> Esposo o Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra _____						
EN CASO DE UNA EMERGENCIA, COMUNÍQUENSE CON:						
Nombre (Apellido, Primero)		Relac. o Parentesco con el Paciente	Teléfono de la Casa ()		Otro Teléfono ()	

Estoy de acuerdo en que, a mi saber, la información que se da en esta forma es exacta y está al día. Doy permiso para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos enviados por el Centro a cualquier número de celular y/o dirección de correo electrónico que se ha dado aquí; se podrán enviar recordatorios de citas, cuentas, recibos de pago o materiales de mercadotecnia. Comprendo que la atención del paciente la dirige su médico y doy permiso para que se me presten los servicios que sean los adecuados para atenderme según los ordene(n) mi(s) médico(s).

Firma del Paciente/Tutor _____

Fecha _____



AUTHORIZATION TO OBTAIN INFORMATION FROM OTHER PROVIDERS	
NAME:	_____
DOB:	_____
SOC SEC:	_____

This authorization is to OBTAIN medical records from another provider. Please fill in ALL the information requested; leave no blanks. Print full name and address of individual or institution from whom records are to be requested.

Records Requested From: _____

NAME: _____

ADDRESS: _____

CITY: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

The purpose of this disclosure is: _____

Please specify the extent of information you wish released.

A. Records of inpatient, outpatient, or emergency service for the following condition or injury:

B. Records of the period from _____ to _____

C. Specific records needed are: _____

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> admission face sheet | <input type="checkbox"/> pathology report | <input type="checkbox"/> x-ray report | <input type="checkbox"/> discharge summary |
| <input type="checkbox"/> consultation report | <input type="checkbox"/> electrocardiogram report | <input type="checkbox"/> history/physical exam | <input type="checkbox"/> orders/progress notes |
| <input type="checkbox"/> emergency dept. report | <input type="checkbox"/> operative report | <input type="checkbox"/> laboratory report | <input type="checkbox"/> entire chart |
| <input type="checkbox"/> other _____ | | | |

D. Records of treatment for drug/alcohol abuse and/or psychiatric illness and/or AIDS and/or HIV. In authorizing release of information regarding treatment of psychiatric illness, I understand that I have a right to examine and copy any information disclosed under the terms of this release (N.M. Stat. Ann § 43-1-19.) (If the patient is a minor, the patient and legal representative must sign here and below. At least one signature is needed in this section in ALL cases.)

Signature: _____ Date: _____ Signature: _____ Date: _____

This authorization shall be considered invalid after 6 months, (60 days for drug and alcohol abuse records) from the date of signing. Medical information gathered by you after the date of authorization signing is not to be released. The authorizing party may revoke this authorization at any time by notifying the individual institution from which records were requested. I agree that my individual institution form which records were requested, received by written notice to revoke this authorization. I understand that I can receive treatment at New Mexico Cardiac Care even though I have not signed an authorization. I understand that I can receive treatment at New Mexico Cardiac Care even though I have not signed an authorization to obtain my medical records from other providers.

I hereby authorize you to provide the above medical information to New Mexico Cardiac Care. In furtherance of this authorization, I do hereby waive all provisions of law relating to the disclosures hereby authorized.

Patient Signature: _____ Date: _____

If patient unable to sign, give reason: _____ Date: _____

Signature of legally authorized representative: _____ Date: _____

Relationship to patient: _____ Witness Signature: _____ Date: _____

PLEASE ADDRESS TO THE ATTENTION OF: New Mexico Cardiac Care
 1160 Mall Dr., Las Cruces NM 88011
 Phone: 575-521-3270 Fax: 575-521-3504



Las Cruces PHYSICIAN PRACTICES

RECONOCIMIENTO DE HIPAA, CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y POLÍTICA FINANCIERA

- I. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO.** Por la presente otorgo consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos diagnósticos y/o tratamientos médicos que mi(s) médico(s) considere(n) necesarios o recomendables. Por la presente consiento a que se lleven a cabo todos los procedimientos de enfermería y técnicos y los estudios que indique(n) mi(s) médico(s). Entiendo que mis cuidados médicos podrían requerir la obtención de muestras de mi cuerpo, incluyendo fluidos o tejidos. Esto incluye si hubiera que extraer sangre o remover tejidos durante las pruebas, tratamiento o intervenciones quirúrgicas. Además, entiendo que si alguien de entre el personal médico u alguna otra persona(s) se hubiera expuesto a mi sangre o fluidos corporales, se analizará mi sangre para detectar infecciones de transmisión hemática, Hepatitis C y VIH/SIDA entre otras. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y admito que no se me han dado garantías con respecto al resultado de los tratamientos o exámenes. Tengo derecho a rehusar que se me hagan estudios o tratamientos (dentro de lo permitido por la ley) y a que me digan lo que pudiera suceder si lo hago. Tengo derecho a que no me saquen fotografías ni videos a no ser que yo dé mi consentimiento, excepto lo necesario para mi tratamiento. Es mi intención que este consentimiento permanezca en vigor incluso después de que se haya llegado a un diagnóstico concreto y se haya recomendado un tratamiento. Este consentimiento permanecerá en plena vigencia hasta que se revoque por escrito.
- II. **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad provee información acerca de cómo podríamos emplear y divulgar información protegida sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés). En el Aviso hay una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Reconocimiento. Los términos del Aviso podrían cambiar; si cambiamos el aviso, usted puede solicitar una copia de la versión revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina o recibirá el nuevo aviso la siguiente vez que lo traten en nuestra oficina. La Clínica provee este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

El paciente entiende que:

Iniciales
del
paciente

- La clínica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la posibilidad de revisar este aviso.
- La información de salud protegida se puede divulgar o emplear para fines de tratamiento, pago o actividades sanitarias.
- La clínica se reserva el derecho de cambiar el aviso de prácticas de privacidad.

Doy permiso para que se divulgue mi Información Protegida de Salud para comunicar los resultados, conclusiones, y decisiones de cuidados médicos a las personas enumeradas a continuación. Favor de tener en cuenta que esto no autoriza a estas personas a obtener copias de mis expedientes médicos sin una autorización mía completa y válida.

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE CONTACTO

- III. ELECCIÓN DE TRANSMISIÓN ELECTRÓNICA DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Autorizo a la Clínica a que provea una copia del expediente de mi tratamiento médico y un resumen del expediente de cuidados a mi(s) médico(s) de cabecera, a mi(s) médico(s) especialistas y/o a cualquier otro proveedor de cuidados de salud o centros de salud para facilitar mi tratamiento y la continuidad de cuidado. Entiendo que la información divulgada bajo este párrafo podría incluir, entre otras cosas, información confidencial relacionada con el VIH e información acerca de enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, información acerca del abuso de drogas o alcohol o de la dependencia de drogas o alcohol, información acerca de la salud mental o comportamiento (excepto notas de psicoterapia), información de pruebas genéticas, y/o información sobre abortos. El resumen de los cuidados consiste en información de mi expediente médico e incluye, entre otras cosas, información acerca de procedimientos y pruebas de laboratorio llevados a cabo en este episodio de mi cuidado, mi plan de tratamiento, una lista de mis problemas actuales y pasados, y mi lista actual de medicamentos. Entiendo que puedo, pidiéndolo por escrito a la Clínica, revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar información que ya ha sido divulgada bajo esta autorización. Esta autorización se vence automáticamente un año después de la fecha en que termine el episodio de tratamiento actual.
- IV. PARTICIPACIÓN EN INTERCAMBIO(S) DE INFORMACIÓN DE SALUD:** Puede ser que las leyes estatales y federales permitan que esta Clínica participe en organizaciones con otros profesionales médicos, aseguradores, y/u otros miembros de la industria de cuidados de salud y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan unos con otros información acerca de mi salud para alcanzar objetivos que podrían incluir, entre otras cosas: mejorar la precisión y disponibilidad de mis expedientes médicos; acortar el tiempo necesario para acceder a mi información; consolidar y comparar mi información para mejorar la calidad; y cualquier otro motivo que permita la ley. Por este medio autorizo a la Clínica a proveer una copia de mi expediente médico, o partes del mismo, a cualquier intercambio o red de información de salud en el cual participe la Clínica y a cualquier otro participante en dicho intercambio o red de información de salud con vistas al tratamiento, pago, atención médica, y los objetivos mencionados antes, y en conformidad con los términos del convenio de participación de ese intercambio o red de información de salud. La lista completa de intercambios y/o redes de información de salud en los cuales participa la Clínica se encuentra en el Aviso de Prácticas de Privacidad, disponible en la página web de la Clínica, y esta lista se pondrá al día de vez en cuando, cada vez que la Clínica participe en nuevos intercambios o redes de información de salud. Entiendo que la información divulgada bajo este párrafo podría incluir, entre otras cosas, información confidencial acerca de VIH y otra información sobre enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, información acerca del abuso de drogas o alcohol o dependencia de drogas o alcohol, información acerca de salud mental o comportamiento (excepto notas de psicoterapia), información sobre pruebas genéticas, y/o información acerca de abortos. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Sin embargo, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya ha sido divulgada bajo esta autorización. Esta autorización se vence cuando se revoque.
- V. COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO Y TEXTO:** Si en algún momento doy una dirección de correo electrónico o de mensajes de texto donde se me pueda contactar, estoy dando consentimiento a recibir llamadas o mensajes de texto, incluyendo entre otras cosas comunicados sobre facturación y pago de artículos y servicios, a menos que notifique a la Clínica lo contrario por escrito. En esta sección, las llamadas y mensajes de texto incluyen, entre otras cosas, mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, dispositivos telefónicos de marcado automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajería de texto, o mediante cualquier otra forma de comunicación electrónica de la Clínica, sus filiales, contratistas, prestadores de servicios, proveedores de servicios clínicos, abogados, o agentes, incluidas las agencias de cobro. La Clínica se puede poner en contacto conmigo por correo electrónico y/o por mensaje de texto para recordarme una cita, para pedir comentarios sobre mi experiencia con el equipo de salud de la Clínica y para mandarme recordatorios o información sobre salud en general.
- VI. POLÍTICA FINANCIERA:** El abajo firmante, en consideración de los servicios que se prestarán al paciente, se obliga a pagar a la Clínica conforme a sus tarifas y términos normales, y si la factura se envía a un abogado o agencia de recaudación, a pagar honorarios razonables del abogado y los gastos de recaudación. El abajo firmante por la presente transfiere a la Clínica todos los beneficios del seguro por los servicios prestados.

- La Clínica mandará el cobro al seguro como cortesía hacia usted; sin embargo, usted es responsable de la factura completa. **Todos los copagos, deducibles no pagados, y otros servicios que son responsabilidad del paciente se deberán pagar en el momento de la visita.** Si su compañía de seguros aplica los cargos facturados a su deducible, deniega los servicios, o considera que los servicios no están cubiertos, usted es responsable del pago del servicio. **Si no tiene seguro, se espera que pague la factura completa al momento de la visita.**
- En caso de que su compañía de seguros no pague el reclamo en un plazo razonable (45-60 días), usted podría ser responsable de la factura. Si no se recibe pago del garante en un tiempo razonable, o si nos devuelven el correo por no poderse entregar, le pasaremos su factura a una agencia de cobros independiente.
- Si su plan de seguro requiere una remisión o autorización previa, debe presentarla junto con su identificación del seguro en cada visita. Si no tiene la remisión al llegar a la cita, usted es responsable del pago de la visita.
- A los cheques rechazados se les impondrá un sobrecargo. Podría cobrarse una cuota por citas a las que no acuda.

VII. CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN, Y SOLICITUDES DE PAGO: Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de salud a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o aseguradoras para el pago de reclamos de Medicare, o a la agencia estatal adecuada para el pago de reclamos de Medicaid. Certifico que la información que di al solicitar pago bajo Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare) es correcta. Solicito que se efectúe en mi nombre el pago de los beneficios asignados.

Acuso recibo del Formulario de Reconocimiento y Consentimiento. También reconozco que se me ha dado oportunidad para hacer preguntas.

Nombre del paciente o representante en letra de imprenta

Firma del paciente o representante

Fecha

Relación al paciente (si no es el paciente): _____

SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL DE LA CLÍNICA

Marque si el paciente decidió no llevarse una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

Indique el motivo de la negativa, si lo conoce:

Firma del Testigo (empleado)

Nombre del testigo (empleado) en letra de imprenta

Fecha: _____

Cuestionario para pagadores secundarios de Medicare

(Formulario corto)

Medicare usa la información incluida en este formulario para determinar si existe otro seguro médico que deba ser el pagador primario en vez de Medicare.

1. ¿Está recibiendo beneficios de alguno de los siguientes programas?

- | | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------|
| Neumoconiosis ("pulmón negro") | <input type="checkbox"/> Sí (Formulario largo Parte I) | <input type="checkbox"/> NO |
| Subsidio de investigación | <input type="checkbox"/> Sí (Formulario largo Parte I) | <input type="checkbox"/> NO |
| Asuntos para Veteranos | <input type="checkbox"/> Sí (Formulario largo Parte I) | <input type="checkbox"/> NO |

2. ¿Su enfermedad/lesión fue debido a un accidente/trastorno en el trabajo?

Sí NO

De ser la respuesta **Sí**, responda las siguientes preguntas:

- Accidente en el trabajo (complete la Parte I del formulario largo).
- Accidente no relacionado al trabajo (complete la Parte II del formulario largo).

3. ¿El paciente tiene un empleo/trabajo actualmente?

Sí (responda la siguiente pregunta) NO

¿Tiene cobertura con un plan de seguro médico grupal (GHP, por sus siglas en inglés)? De ser la respuesta sí, ¿hay menos o más de 20 empleados?

MÁS DE 20 (Formulario largo Parte IV) MENOS DE 20

4. ¿El esposo/la esposa el paciente tiene empleo actualmente?

Sí (responda la siguiente pregunta) NO

¿Su esposo/esposa tiene cobertura con un plan de seguro médico grupal (GHP, por sus siglas en inglés)? De ser la respuesta sí, ¿hay menos o más de 20 empleados?

MÁS DE 20 (Formulario largo Parte IV) MENOS DE 20

5. ¿El paciente tiene derecho a beneficios de Medicare como resultado de:

Edad _____

Insuficiencia renal (del riñón) terminal Sí (Formulario largo parte VI) NO

Discapacidad Sí (Formulario largo parte V) NO

6. ¿Actualmente usted es paciente en un centro especializado de enfermería tal como una residencia para la tercera edad?

(No es necesario el formulario largo, AVISO: Si la respuesta es "sí" cobre a SNF, no a Medicare)

Sí NO

Confirmando que la información previa es correcta.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____



We appreciate you choosing New Mexico Cardiac Care!

Please let us know how you heard about us by checking a box below or writing in your answer in the space provided.

- Bulletin
- Las Cruces Sun-News
- Flyer/Poster
- Post Card
- Billboard
- Radio
- Facebook
- Online Health Risk Assessment
- Google
- Magazine
- Word of Mouth
- Other _____

**1160 Mall Drive
575-521-3270
www.NMCardiacCare.com**