

J. Richard Lilly, M.D., A.B.F.P., & Associates, P.C.

REGISTRACION DE PACIENTE – Por favor **ESCRIBA** con Claridad

Nombre de Paciente Primer		Segundo		Apellido		Fecha de Nacimiento		Edad		
Direccion			Num. Apt.		Ciudad			Estado	Codigo Postal	
Ocupacion		Seguro Social No.		Estado Civil	Sexo M F	Telefono de Casa		Cellular		
Empleador		Direccion					Telefono de Trabajo			
Nombre de Pareja o Padres				Telefono de Pareja o Padres			Telefono de Trabajo Pareja o Padres			
Direccion de Pareja o Padres										
Contacto de Emergencia			Relacion		Telefono de Casa		Telefono de Trabajo			
Referido Por:				C-Electronico:						

INFORMACION DE SEGURO

Nombre de Compania de Seguro (PRIMARIA)		Co-Pago \$	Numero de ID			Grupo /Codigo	
Direccion de Seguro			Seguro Social del Miembro			Dia de Efectividad	
Nombre del Miembro		Sexo M F	Telefono de Casa		Telefono de Trabajo		
Direccion del Miembro				Fecha de Nacimiento del Miembro		Relacion con Paciente	
Nombre de Compania de Seguro (SECUNDARIO)		Co-Pago \$	Numero de ID			Grupo /Codigo	
Direccion de Seguro			Seguro Social del Miembro			Dia de Efectividad	
Nombre del Miembro		Sexo M F	Telefono de Casa		Telefono de Trabajo		
Direccion del Miembro				Fecha de Nacimiento del Miembro		Relacion con Paciente	

POLICA DE PAGO / AUTHORIZACION DE PACIENTE

Por este medio autorizo el pago directamente a J. Richard Lilly, Dr. en Medicina, A.B.F.P., y Socios, P.C., ya que todo el seguro se beneficia por otra parte pagadero a mí para servicios dados. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los gastos, si pagado por el seguro, y para todos los servicios dados de mi parte o mis dependientes.

He examinado el aviso de la práctica de la práctica de intimidad para la información en cuanto al uso de la práctica de la información de asistencia médica protegida.

Autorizo al susodicho doctor y / o cualquier abastecedor o proveedor de servicios en esta oficina para liberar cualquier información requerida asegurar el pago de ventajas. Autorizo el uso de esta firma o copia en todas las sumisiones de seguros.

Firma: X

Fecha: _____

Account #:

Entered By:

Appt with Dr.:

Historia Personal

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Historia Social	Uso Diario	Intereses	Historia de Familia	Si	No
Tabaco		Mascotas:	Diabetes		
Alcohol			Tuberculosis		
Drogas		Entretimiento:	Cancer		
Te			Problemas del Corazon		
Café		Religion:	Convulciones		
Aspirinas			Alta Presión		
Nombre de Hijos		Fecha de Nacimiento	Educacion	Anos Attendido	
			Secundaria		
			Collegio		
			Doctorado		
			Otro		

Familiares Fallecidos	Relacion	Causa de Muerte

Historia Pasada:	Fecha	Donde
Operacion (Cirugia):		
Hospitalizacion: (Excepto Cirugia):		
Accidentes / Golpes:		
Visita de Emergencia (Excepto Accidentes):		
Enfermedades Anteriores:		

Usa el sinturon seguridad? _____

Usted ha solicitado que nos manden su expediente? _____

POLÍTICA FINANCIERA

La siguiente información se proporciona para evitar cualquier malentendido o desacuerdo sobre el pago por servicios profesionales.

- El pronto pago que nos permite controlar los costes. Cuentas pendientes de costos tanto de nosotros tiempo y dinero, por lo tanto, todos los pacientes se deben establecer mecanismos financieros para el pago de su cuenta a través de un abogado, compañía de seguros responsable, o el pago directamente del paciente en el momento del servicio.
- Todas las cuentas de los pacientes se deben pagar dentro de los 30 días de servicios prestados. Como una cortesía nuestra práctica se establecerá un plan razonable de pagos mensuales para satisfacer sus necesidades o factura de la compañía de seguros que proporcionan información sobre, como la parte responsable de su lesión. Si el pago de esta empresa no se paga dentro de los 30 días, el paciente será responsable y una factura por estos servicios. Es en su mejor interés para ayudar a esta oficina para obtener el pago directamente de la compañía de seguros o los proveedores, de modo que fuera de los gastos de bolsillo son limitados. Si un abogado lo representa a usted, por favor, dar a esta oficina que la información y un contrato de cesión se hará con el abogado que las facturas pagadas en el momento de la liquidación.
- Cabe mencionar que la cobertura de su seguro de acuerdo entre usted y su compañía de seguros de automóvil, su compañía empleadores del CMI, o la compañía de seguros del lugar en el que resultaron heridos. Es su responsabilidad de efectuar el pago de gastos no cubiertos por su reclamo. Usted tendrá que pagar por los servicios en el momento de la visita o establecer por escrito los acuerdos financieros con nuestra práctica hasta que su problema de seguros se ha resuelto.
- Cada mes recibirá un estado de cuenta mensual por los servicios que se deben pagar en 30 días. Si usted está experimentando una serie de circunstancias fuera de su control, por favor llame a nuestra oficina y estaremos encantados de hacer arreglos especiales.
- Todos los pacientes negarse a efectuar el pago después de 60 días desde la notificación sin seguro de pendientes o un acuerdo financiero que nos obligan a limitar su crédito en el futuro hasta que el saldo anterior es el dolor en los acuerdos financieros completos o por escrito se llevan a cabo. Todos los pacientes tendrán que firmar un acuerdo legal por escrito con nuestra práctica para aliviar cualquier delincuencia actual.
- Por favor, infórmenos de inmediato si un error aparece en el comunicado.
- Nuestra práctica está convencido de que un buen médico / paciente se basa en la comprensión y la comunicación abierta. He dado instrucciones a nuestro personal para hacer todo lo posible a su disposición para aclarar cualquier malentendido que pudiera tener sobre el equilibrio. Esperamos que posiblemente se evite cualquier desacuerdo sobre el pago por servicios profesionales. Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestra política o necesita ayuda, póngase en contacto con nosotros inmediatamente.

Gracias,
Personal Administrativo

Firma del paciente:

Fecha:

J. Richard Lilly, MD., A.B.F.P., & Associates, P.C.

La Salud y Sus Antecedentes Medicos

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Motivo de Consulta _____

Historia Social del Paciente (por favor, marque uno)

Estado Civil	Sortero/a	Casado/a	Separado	Divorciad	Viudo/a		
Uso de Café o Cafeína	Nunca	<1 por día	1 taza / día	2 tazas/día	>2 tazas /día		
Uso de Tobacco	Nunca	Previamente/dejado					
Cuanto paquetes al día?	Cuantos años tiene o fumaba?						
Uso de Alcohol	Nunca	Raro	Moderado	Diario	Lo usaba, pero pare		
Consumo de drogas ilícitas	Nunca	Tipo / Frecuencia					
Ejercicios	Nunca	Semanal	<5 día/Se	4 día/Se	3 día /Se	2 día /Se	Diario
Exposición excesiva en el hogar o en el trabajo	Nunca	Polvo	Desolventes	Partículas en el Aire		Ruido	
Arreglos de Vivienda	Por su cuenta		Con Familia				
Sueño	Dificultad para conciliar el sueño		Continua perturbaciones		Ronquios	Despertar de Madrugada	
	Somnolencia durante el día						

Cuántas veces se despierta a usar el baño? _____

Medicamentos

Alergias

Nombre	Dosis	x Por Día	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Antecedentes Medicos

Ha tenido alguna vez lo siguiente? (Circulo "no" o "si;" dejar en blanco si no esta seguro)

Sarampion	Si	No	Anemia	Si	No	Problema de espalda	Si	No	Hepatitis	Si	No
Paperas	Si	No	Infecciones de la vejiga	Si	No	Presion arterial alta	Si	No	Ulcera	Si	No
Varicela	Si	No	Epilepsia	Si	No	Baja la presion arterial	Si	No	Enfermedades renal	Si	No
Tos Ferina	Si	No	Migrana	Si	No	Hemorroides	Si	No	Enfermedades de la Tiroides	Si	No
Escarlatina	Si	No	Tuberculosis	Si	No	Fecha de la ultima radiografía de rayos	_____		Tendencia a la hemorragia	Si	No
Difteria	Si	No	Diabetes	Si	No	Asma	Si	No	Cualquier otra enfermedad (Por favor lista)	Si	No
La viruela	Si	No	Cancer	Si	No	Urticaria o eczema	Si	No			
Nuemonia	Si	No	Poliomielitis	Si	No	SIDA o VIH+	Si	No			
Fiebre reumatica	Si	No	Glaucoma	Si	No	Infecciosas Mono	Si	No			
Enfermedad del Corazon	Si	No	Hernia	Si	No	Bronquitis	Si	No			
Artritis	Si	No	Sangre o plasma transfusiones	Si	No	Prolapso de la valvula mitral	Si	No			
Enfermedad venerea	Si	No				Acciente cerebrovascular	Si	No			

FEMENINO

Quando fue su ultima menstruacion?(inicio y fin)	_____
Con que frecuencia tiene su periodo?	_____
Cuanto tiempo dura el ciclo anterior?	_____ dias
Le dan colicos menstruales?	Yes No
Cuántas toallas va usted a traves de cada día?	_____
Cuántos hijos ha tenido ?	_____
Cuántos embarazos ha tenido	_____

MASCULINO

Tiene la disfunción eréctil?	Si	No
Tiene la eyaculación precoz?	_____	_____

AMBOS Masculino y Femenino

Personal (Optional, and you may discuss this with doctor instead or not at all)

Con que frecuencia tiene relaciones sexuales? _____

Se obtienen placer de los episodios de romance? _____

Si No

Historial médico familiar

	Padre	Madre	Los padre del padre	La madre de la madre	Hermano	Hijos
--	-------	-------	------------------------	----------------------------	---------	-------

Enfermedades del Corazon
Presion Alta
Acc. cerebrovascular
Cancer
Glaucoma
Diabetes
Epilepsia /Convulsion
Trastorno sangrado
Enfermedad renal
Enfermedad de la tiroides
Enfermedad mental
Osteoporosis
Otros (especificar)

Si fallecio,cuasa de muerte
Padre _____
Edad de muerte _____
Madre _____
Edad de muerte _____
Hermano / Hermana 1

Edad de muerte _____
Hermano/ Hermana 2

Edad de muerte _____
Hijo/a1 _____
Edad de muerte _____
Hijo/a 2

Edad de muerte _____

Hospitalizaciones ateriores/Cirugias/Enfermerdad grave,y Alergias

Lesiones (por favor lista)	Si	No	Hospitalizaciones	Si	No
Cirugia pasada (por favor lista)	Si	No	Transfucion de sangre	Si	No

Que	Cuando	Hospital, Ciudad, Estado

Algun otro problema ?

(por favor marque si o no y explicar)

Constitucional:	Perdida de peso,escalofrios,fiebre etc	Si	No	_____
Ojos:	Dolor, vision borrsa,etc.	Si	No	_____
Las orejas,la nariz,y gargarta:	La audicion, problemas dentales,etc.	Si	No	_____
Corazon y circulacion:	Dolor en el pecho,calambres ternera,etc.	Si	No	_____
Pulmones:	Difilcultad para respirar,sibilancias,etc.	Si	No	_____
Estomago y los intestinos:	Dolor adominal,vomito de sangre,etc.	Si	No	_____
Vejjga y rinones:	Sangre en la orina, ardor, etc.	Si	No	_____
Hueso,articulaciones y musculos:	La columna vertebral, el brazo o la piernas problema etc.	Si	No	_____
La piel y de mama:	Erupiones,bultos o protuberancias	Si	No	_____
Neurologicas:	Debilidad,entumecimiento equilibrio,etc	Si	No	_____
Psiquiatrico:	Nerviosismo,depression,etc.	Si	No	_____
Endocrino:	Diabetes, enfermedades del tiroides	Si	No	_____
Globulos:	Anemia, leukemia,etc.	Si	No	_____
Alerica y la inmunidad:	Perdida de peso,escalofrios,fiebre,etc	Si	No	_____

Por favor ,tenga cuenta — En el caso de que un miembro del personal es una ecposicion accidental a fluidos corporles de un paciente por pinchazos con agujas u otros medios, la ley estatal nos permite hacer el trabajo de laboratorio necesarias para investigar la exposicion.

Firma del paciente _____ Fecha: _____
(Paciente de 18 anos o mayor de esa edad o tutor legal)

Firma del medico _____ Fecha: _____

J. Richard Lilly, M.D. and Associates

Hyattsville (5804)

Hyattsville (5806)

Riverdale

Bowie

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE

Nuestros profesionales y personal estan comprometidos con la excelencia en la atencion al paciente, y siempre estamos buscando maneras de mejorar. Por favor tome un momento para responder a la breve evaluacion siguiente. Todas las respuesta seran confidenciales.

Dr. Lilly Dr. Flores Dr. Sarwar Dr. Tasneem
 Dr. Towns Dr. Stern Dr. Sevugan Dr. Terry
 Dr. Waktola Dr. Patel N.P. Wiggins N.P. Njoku
 Dr. Hiller Medical Assistant

Por favor, indique su nivel de satisfaccion con las siguientes elementos:

	Muy Satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
La Disponibilidad de este cita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilidad y Competencia del Personal que Hacen la Citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conveniencia del Horario de Oficina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza de la Oficina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explicacion del Procedimiento/ Examenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para Escuchar y Comunicarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competencia del Peronal de Enfermeras/A.M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competencia del Personal de la Oficina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El Tiempo de Espera en la Oficina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fue su cita para hoy confirmada? SI NO

Ha completado su encuesta anual de salud? SI NO

******* MAS ATRAS POR FAVOR *******

En general, que tan satisfecho estuvo usted con el cuidado y tratamiento que ha recibido en nuestra oficina?

Very
Satisfecho
□

Satisfecho
□

Insatisfecho
□

Muy
Insatisfecho
□

Por favor lista de cualquier empleado que usted siente que merece reconocimiento:

Que sugerencias tiene para mejorar su experiencia general con nuestra practica?

Firma _____

Fecha _____