

Por favor, complete la siguiente información, ya que es necesario para nuestros registros médicos electrónicos. Esta información es solicitada por el Estado. Le agradecemos su cooperación para completar este formulario

Nombre : _____ Fecha : _____

Nombre de farmacia: _____

Dirección de Farmacia: _____

Teléfono de farmacia: _____

Raza:

Idiomas asiáticos: _____ Inglés

_____ Negro

_____ Hispano

_____ Blanco

_____ Español

_____ Lengua de Señas

_____ Otros

Origen étnico: _____ Latino
_____ No Latino

Hoja de Información del Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono (____) _____ teléfono celular (____) _____

Numero de Seguro Social: _____ Hombre _____ Mujer _____

Estado Civil: () Soltero () Casado () Divorciado () Viudo

Referido por: _____

Empleador: _____ Teléfono (____) _____

Dirección: _____

Nombre de Esposa: _____ Teléfono (____) _____

Empleador de la Esposa: _____ Dirección: _____

** INFORMACIÓN DEL SEGURO **

Es un caso de Compensacion del Trabajador? Sí _____ No _____ Numero de Reclamo: _____

Nombre de Ajustador: _____ Teléfono: (____) _____

Compañía aseguradora principal: _____ ID #: _____

Dirección: _____ Grupo: _____

SI EL PROPIETARIO DE LA POLÍTICA ES DIFERENTE AL PACIENTE

Propietario: _____ SS #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del Propietario: _____

Seguro Secundario: _____ ID #: _____

Dirección: _____ Grupo: _____

SI EL PROPIETARIO DE LA POLÍTICA ES DIFERENTE AL PACIENTE

Propietario: _____ SS #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del Propietario: _____

Persona a notificar en caso de emergencia: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

Los siguientes documentos son requeridos: (1) Referencia (s) (2) Tarjeta de Seguro (s) (3) Licencia

Por favor, firmar y devolver a la recepcionista:

El abajo firmante esta asegurado y asignar directamente a Joseph B. Baratta, MD, todos los beneficios médicos en su caso, de lo contrario pagaderos a mi nombre. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para garantizar el pago.

Fecha : _____ Firma: _____

**General & Vascular Surgical Associates of North Jersey, P.A.
Joseph B Barata, M.D., F.A.C.S.**

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

PORFAVOR LEA CON CUIDADO

Acepto dar notificación de cancelación a la oficina por lo menos 7 días antes de la fecha de mi cirugía. Habrá un cargo de \$100.00 por cualquier cancelación no realizada en este plazo. Si cancelo el día de la cirugía sin justificación adecuada, habrá un cargo de \$200,00.

Firma: _____ Fecha: _____

Lamentamos que esta política debe aplicarse, pero el aumento de los costos de operación y menor reembolso de seguros médicos requieren esta acción.

Gracias por su cooperación.

Joseph Baratta
General & Vascular Surgical Associates of North Jersey, P.A.
905 Allwood Road, Suite 204, Clifton, NJ 07012

AUTHORIZATION FOR HEALTH INFORMATION DISCLOSURE
This form complies with the HIIPAA Privacy Rule

Patient Information

(Please Print)

Patient Name: _____ Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Date of Birth: _____

I hereby authorize: _____
Name of Physician's office/medical practice disclosing information

Please disclose the following protected health information to:

Street Address: P.O. Box _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Please indicate the information or types of information to be disclosed:

Specify dates (or date ranges) if applicable: _____

This request is for the purpose of: _____

I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand that my revocation must be in writing and addressed to the privacy officer of the above named facility authorized to make this disclosure. I understand that the revocation does not apply or the information that has already been released in response to this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire in six months or on the following date:

I understand that any disclosure of information may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state law. I understand that I need not sign this authorization to assure treatment. I understand that I may inspect and/or copy the information to be disclosed. I understand that authorizing this disclosure is voluntary. I understand that if I have any questions about disclosure of my health information, I may contact the privacy officer at the facility listed above that is authorized to disclose this information and request a copy of this authorization.

I understand that my health record may include information pertaining to the treatment of drug and alcohol abuse, mental illness, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV), sexually transmitted disease, tuberculosis or genetics.

IF YOU DO NOT WISH THIS INFORMATION TO BE RELEASED, PLEASE INITIAL; DO NOT RELEASE _____

Signature of Patient or Authorized representative

Date

Description of Representative's Authority (witness signature required)

Signature of Witness

CUESTIONARIO SOBRE ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER

Información personal

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Sexo (M/F): _____ Fecha de hoy (MM/DD/AA): _____ Proveedor de atención médica: _____

Instrucciones: Esta es una herramienta para la detección de tipos de cáncer hereditarios. Marque (S) para aquellos casos que se apliquen a USTED y/o a SU FAMILIA. Junto a cada enunciado, indique la o las relaciones de parentesco que tiene con la persona y la edad al momento del diagnóstico para cada tipo de cáncer de su familia.

Usted y los siguientes familiares consanguíneos más cercanos deben ser considerados: usted, sus padres, hermanos, hermanas, hijos, hijas, abuelos, nietos, tías, tíos, sobrinos, sobrinas, hermanastros, *primos consanguíneos, bisabuelos, y bisnietos.*

USTED y los antecedentes de cáncer de SU FAMILIA (sea lo más exhaustivo y preciso posible)

	CÁNCER	USTED EDAD al diagnóstico	PADRES/HERMANOS/ HIJOS	EDAD al diagnóstico	FAMILIARES POR PARTE DE SU MADRE	EDAD al diagnóstico	FAMILIARES POR PARTE DE SU PADRE	EDAD al diagnóstico
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	EJEMPLO: CÁNCER DE MAMA	45	-----	---	Tía Prima	45 61	Abuela	53
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE MAMA							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE OVARIO (Peritoneal/Trompas de Falopio)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE ENDOMETRIO/ÚTERO							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE COLON/RECTO							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	10 o más PÓLIPOS COLORRECTALES A LO LARGO DE LA VIDA (Especificar N.º)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	OTROS TIPOS DE CÁNCER (Especificar tipo de cáncer)	Considere los siguientes tipos de cáncer: Melanoma, cáncer de páncreas, de estómago/gástrico, de cerebro, de riñón, de intestino delgado, sarcoma, cáncer de tiroides						

S N ¿Es usted de ascendencia judía asquenazí?

S N ¿Le preocupan sus antecedentes personales o familiares de cáncer?

S N ¿Alguna vez se ha hecho usted o alguna persona de su familia una prueba para detectar un síndrome de cáncer hereditario? (Explique/Incluya una copia del resultado de ser posible)

Señales de Alerta de Cáncer Hereditario (Para completar junto con su proveedor de atención médica - Marque todas las que correspondan)

Sus antecedentes PERSONALES - Señales de alerta

Síndrome de cáncer hereditario de mama y de ovario

- Cáncer de mama diagnosticado a los 50 años de edad o antes
- Cáncer de ovario a cualquier edad
- Dos casos primarios de cáncer de mama
- Cáncer de mama en hombres
- Cáncer de mama triple negativo
- Cáncer pancreático con un cáncer de mama o de ovario
- Ascendencia judía asquenazí con un cáncer asociado al síndrome HBOC adicional*

Síndrome de Lynch** (ver lista de tipos de cáncer a continuación)

- Cáncer colorrectal antes de los 50 años
- Cáncer de útero/endometrio antes de los 50 años
- Histología de MSI alta***antes de los 60 años
- MSI o resultados de prueba inmunohistoquímica de tumor anómalos (de colon/recto/endometrio/útero)
- Dos o más cánceres asociados al síndrome de Lynch** a cualquier edad
- USTED o uno o más familiares tiene cánceres asociados al síndrome de Lynch**

* Los tipos de cáncer asociados al síndrome HBOC incluyen: *cáncer de mama, ovario y páncreas*

** Los tipos de cáncer asociados al síndrome de Lynch incluyen: *cáncer de colon, de endometrio/útero, de estómago/gástrico, de ovario, de uréter/pelvis renal, de vías biliares, de intestino delgado, de páncreas, de cerebro y adenomas sebáceos*

***La histología de MSI alta incluye: *mucinoso, de células en anillo de sello, infiltrado linfocitario en el tumor, reacción linfocítica tipo Crohn o patrón de crecimiento medular*

Sus antecedentes FAMILIARES - Señales de alerta

Síndrome de cáncer hereditario de mama y de ovario

- Pariente consanguíneo con cáncer de mama antes de los 50 años
- Pariente consanguíneo con cáncer de ovario a cualquier edad
- Dos o más casos de cáncer, ya sea en un familiar o en dos o más familiares del mismo lado de la familia, uno antes de los 50 años de edad
- Un familiar hombre con cáncer de mama
- Combinación de cáncer de páncreas o cáncer de mama u ovario en el mismo lado de la familia
- Tres o más familiares con cáncer de mama a cualquier edad
- Una mutación en los genes BRCA1 o BRCA2 detectada anteriormente en su familia

Síndrome de Lynch** (ver lista de tipos de cáncer a continuación)

- Dos o más familiares con un cáncer asociado al síndrome de Lynch**, uno antes de los 50 años de edad
- Tres o más familiares con un cáncer asociado al síndrome de Lynch** a cualquier edad
- Una mutación asociada con el síndrome Lynch identificada anteriormente en la familia

Revisión de la Evaluación del Riesgo de Cáncer (Para completar después de hablar con el proveedor de atención médica)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

For Office Use Only: Patient offered hereditary cancer genetic testing? YES NO ACCEPTED DECLINED

Follow-up appointment scheduled: YES NO Date of Next Appointment: _____

Historial del paciente Formulario de Admisión

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Queja Principal (en sus propias palabras): _____

Historia de la enfermedad actual: ¿Dónde está el problema? _____

(Marque o escribir en la mejor respuesta por debajo)

Calidad / Sentimiento? __ Picazón __ Quemadura __ Embotado __ puñaladas __ Estable __ Apretado _____

La irradiación del dolor hacia dónde? (Parte del cuerpo o ningún otro dolor) _____

La intensidad del dolor? __ Poco __ Moderado, __ Grave, ¿Con qué frecuencia? _____

Duración-¿Cuánto tiempo ha pasado? (# Horas, días, semanas) _____

Momento? __ Mañana __ Constante __ Intermitente __ Fin del día, _____

Contexto - Cuando ocurre esto? (Después de comer, acostado, caminando, con el esfuerzo, en reposo?) _____

Cosas que hacen que empeore? __ Comer __ descanso, __ Esfuerzo __ Flexión __ Evacuacion Intestinal __
Descanzando __ Estress __ Medicación __ Sentarse or pararse __ Fumar __ Cambios Climáticos __ urinacion, _____

Cosas que hacen que esta mejor? __ Analgesics __ Compreso fresco __ elevación diuretica __ ejercicio,
__ fluidos __ Comida __ Calefaxion __ Duchas Calientes __ Hielo __ inhaladores __ medicacion __
nitroglycerin __ resto __ medicamentos para el dolor _____

Síntomas Asociados __ ansiedad __ Aumento del apetito __ Eructos, __ Hinchazon __ Dolor en el pecho __
Estreñimiento __ Diarrhea __ Dificultad para dormir __ tragar, __ Mareo __ Tos secas __ Fatiga __
Desmayos __ Fiebre __ Flatulencia __ Dolores de cabeza __ Malestar __ Acidez __ Irritabilidad __ Dolor en
las articulaciones __ Náuseas __ Entumecimiento __ Palpitación __ Falta de aliento __ Hormigueo __
Debilidad __ Ganancia/Perdida de peso

Otro: _____

Antecedentes personales: __ A-fib __ SIDA o VIH __ Drogas de abuso __ Anemia __ Deficiencia de hierro
__ Ansiedad / Depresión __ Artritis __ Asma __ Bronquitis __ Enfermedad Coronaria __ Cáncer
__ Enfermedades Crónicas __ Enfermedad Carotida __ Enfermedad Congestiva Pulmonar Obstructiva
__ Fracaso del Corazon / HDD __ Insuficiencia Renal Crónica __ Accidentes Vascular Cerebral __ TIA
__ Diabetes __ Vena Profunda __ Trombosis __ Diverticulitis __ Enfermedad de Reflujo Gastroesophageal
__ Hepatitis __ Hernia __ Hipertensión __ Hipercolesterolemia __ Hipertensión arterial periférica
__ Meningitis __ Enfermedades Periférico __ Edema __ Ulcera péptica __ TB __ Trastorno de la tiroides
Otro: _____

Historial Quirúrgica (Procedimientos y fechas)

Historya GYN: (Por favor, introduzca las fechas) LMP: _____ Menopausia: _____ Ultima Pap _____

¿Está embarazada? Sí / No ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ Nacidos vivos? _____

¿Qué tipo de anticonceptivos utiliza? _____

MEDICAMENTOS: (por favor todos los medicamentos que está tomando, incluyendo dosis por favor)

ALERGIAS: (por favor todas las alergias que tenga o escribir "sin alergias medicamentosas")

Firma: _____ Fecha: _____

General & Vascular Surgical Associates of North Jersey, PA

Joseph B. Baratta, MD, FACS

Diplomate of American Board of Surgery

Elizabeth Coll, APN, RVT

Board Certified Nurse Practitioner

Brendon DiDonna, MMS, PAC

905 Allwood Road, Suite 204

Clifton, NJ 07012

Tel: (973) 778-6676

Fax: (973) 778-2666

28 Jackson Avenue

Pompton Plains, NJ 07444

61 Beaver Brook Road, Suite 301

Lincoln Park, NJ 07035



DIRECTIVAS ANTICIPADAS: PARA TODOS LOS PACIENTES 18 AÑOS O MAS:

Directivas anticipada es un mandato federal y estatal de autodeterminación promulgada en 1990. Esto le permite dar instrucciones específicas y la orientación con respecto a sus propios deseos médicos si queda incapacitado. La relación paciente-médico proporciona una oportunidad directa para que usted pueda hablar de este tipo de decisiones.

¿Tiene un "testamento vital" o instrucciones anticipadas?

Si ___ No ___

¿Le gustaría saber más acerca de un "testamento en vida"?

Si ___ No ___

La información dada a los pacientes?

Si ___ No ___

Nombre del paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

SU COMPAÑIA DE SEGUROS

En los últimos años, el número de diferentes programas de seguro de salud ha aumentado a un ritmo increíble. Incluso con una empresa puede haber varios programas con diferentes beneficios y requisitos. No hay manera de que podamos saber, o mantenerse al día con las disposiciones de cada programa. Algunos programas requieren que se use una instalación específica para sus rayos X, ultrasonidos o análisis de sangre. Algunos programas requieren autorización, mientras que otros no. Algunos programas requieren a los pacientes para notificarles de hospitalizaciones o de viajes a la sala de emergencias. Algunos programas requieren notificación sobre hospitalizaciones.

ES SU RESPONSABILIDAD SABER:

Si esta oficina está participando con su plan y programa de seguro. Para asesorar a esta oficina de los requisitos de su programa con antelación, cada vez que le proporcionamos un servicio. Haremos nuestro mejor esfuerzo para cumplir con cualquier requisito razonable que su programa pueda tener.

*** Si usted no paga el balance de su cuenta a tiempo y va a nuestra agencia de colección, usted será responsable de un cobro adicional de 25% *, mas cualquier otro cargo.**

ARCHIVOS

Usted el paciente tiene derecho a cualquier y todos los registros que pertenecen a su condición médica. Por razones médicas / legales nunca publicamos los registros originales. Los informes sólo se entregan al paciente o alguien que el paciente específicamente designa. Copias de las evaluaciones de la oficina, y los resultados de las pruebas externas están disponibles. Si desea ver sus registros o obtener copias de sus registros, la oficina cumplirá con su solicitud por escrito 30 días después de recibir un comunicado por escrito.

PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Con el fin de proteger su privacidad y de conformidad con la Ley Federal no dejamos información médica confidencial en contestadores automáticos o con nadie más que el paciente o el tutor legal del paciente sin autorización previa.

Por favor indique su preferencia debajo:

Podemos dejar mensajes detallados en esta contestadora # _____

Podemos confirmar sus citas en un mensaje de voz

No deje mensajes detallados en ningún contestador automático

usted puede dejar un mensaje detallado con estes

Persona / Personas _____ en este # _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Podemos comunicarnos con usted a través de su correo electrónico?

Si no

Firma

Nombre

Fecha

General & Vascular Surgical Associates of North Jersey PA
Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Uso y divulgación de su información médica protegida

Su información de salud protegida será utilizada por los Asociados Quirúrgicos Generales y vasculares a revelar a otros con el propósito de tratamiento, obtener pago , o el apoyo a las operaciones de atención de salud en el día a día de la práctica.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo su información de salud protegida puede ser usada o revelada . Usted puede revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.

Solicitar una restricción en el uso de la divulgación de su información

Usted puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud protegida.

General & Vascular Surgical Associates pueden o no estar de acuerdo en restringir el uso de la divulgación de su información de salud protegida .

Si General & Vascular Associates está de acuerdo con su solicitud, la restricción será vinculante para la práctica . El uso o la divulgación de la información protegida en violación de un acuerdo sobre la restricción será una violación de las normas federales de privacidad.

Revocación del consentimiento

Usted puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su información de salud protegida . Usted debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya ha ocurrido con anterioridad a la fecha en que se reciba su revocación del consentimiento no se verán afectados.

Reserva de derecho de cambiar las prácticas de política

General y Vascular Surgical Associates se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en este aviso.

Firma

He revisado este formulario de consentimiento y dar mi permiso para Surgical Associates generales y vasculares para usar y divulgar mi información de salud de acuerdo con ella . También he recibido una copia de sus políticas de privacidad

Firma

Fecha

Firma del Representante del Paciente

Relación