

ALBERT RIDLOVSKI, MD, INC  
Medicina Interna  
8112 Milliken Avenue, Suite 103-2  
Rancho Cucamonga CA 91730  
Tel.: (909) 481-0752 Fax: (909) 481-0804

Correo electrónico: [info@albertridlovski.com](mailto:info@albertridlovski.com) [www.albertridlovski.com](http://www.albertridlovski.com)  
Bienvenido a mi práctica, por favor, conteste las siguientes preguntas:

¿Cómo te enteraste de nosotros?

\* Periódicos local      sí no

\* Revista                      sí no

\* Páginas amarillas      sí no

\* La Web                      sí no

\*Una relativa / amigo      sí no

Si es Si, nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

\* Urgente atención      sí no

\* Postales                      sí no

\* 411                              sí no

\* Otro: \_\_\_\_\_

Elijo Dr. Albert Ridlovski, M.D., que mi médico

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

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

Nuestro objetivo es servir a usted y su familia con dignidad, respeto y cuidado de licitación.

También utilizaremos correo electrónico profesionalmente para informarle de los próximos eventos y boletines dentro de nuestra oficina.

Por favor facilítenos su dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Gracias, y si tienes alguna pregunta, por favor siéntase libre de preguntar a nosotros, estamos aquí para usted.

**BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA**

Fecha: \_\_\_\_\_  
 REFERIDO POR: \_\_\_\_\_

(Por favor imprimir claramente)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre) (Medioicial)

Sex: masculino / femenino fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Marital Status: S/ M / D / W E-Mail: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_  
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Zip)

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ teléfonos: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ SS# de cónyuge: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_  
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Zip)

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ relación con el paciente: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Zip)

¿Padre / cónyuge: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ nuestro paciente? Sí No

¿Madre / cónyuge: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ nuestro paciente? Sí no

¿Hijo / hija: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ nuestro paciente? Sí no

**Seguro**

Primar: \_\_\_\_\_ Policía #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Empezanolo fecha: \_\_\_\_\_  
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Zip)

Secondary: \_\_\_\_\_ Policía #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Empezanolo fecha: \_\_\_\_\_  
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Zip)

**Parte Responsable**

Nombre del asegurado : \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

SS#: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ en relación con el paciente: \_\_\_\_\_

número de teléfono de \_\_\_\_\_

COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE FINCIERAMENTE DE TODOS LOS CARGOS (DEDUCIBLE, CO-INS, ETC.), PARA LOS SERVICIOS PARA MÍ, INCLUYENDO EL SALDO RESTANTE TRAS EL PAGO DE LAS PRESTACIONES DE SEGURO POSIBLE.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

AUTORIZO A PAGO DE PRESTACIONES MÉDICAS A MÍ MISMO O DE LOS NOMBRES PROPORCIONADOS POR SERVICIOS PROFESIONALES PRESTADOS.

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

POR LA PRESENTE ACEPTO, CONSENTIMIENTO Y AUTORIZAR ALBERT RIDLOVSKI, M.D., CUALQUIER ASISTENTE MÉDICO, CONTRATISTA INDEPENDIENTE Y / O SUS EMPLEADOS A LA ORDEN O ESTUDIOS MÉDICA, DIAGNÓSTICO / RADIOLÓGICA DE TODA CONDUCTA, ACUPUNTURA, QUIROPRAXIA/OSTEOPÁTICA, TERAPIA FÍSICA O CUALQUIERA Y TODO OTRO TRATAMIENTO, QUE CONSIDERE NECESARIO O CONVENIENTE PARA MI CONDICIÓN FÍSICA Y MENTAL.

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

# Historia médica de la familia

2

	Edad	Salud Pobre	Salud Difuntos	Difunto
Padre	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____
Hermano	_____	_____	_____	_____
Hermana	_____	_____	_____	_____
Abuelos	_____	_____	_____	_____

## Historial médico

¿Fecha de última visita: \_\_\_\_\_ has tenían cualquier enfermedad grave o las peraciones?

Sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Si respondió si, Describa: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente bajo cuidado médico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si respondió si, describa: \_\_\_\_\_

Ha tenido una transfusión de sangre? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ si respondió si, dar fechas aproximadas: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado nunca fen-fen/Redux? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Mujeres: ¿Está embarazada? Si \_\_ No \_\_ Lactancia Si \_\_ No \_\_ Toma píldoras anticonceptivas?

Sí \_\_ No \_\_

Comprobar (✓) si han tenido o tienen actualmente a cualquiera de los siguientes:

S __ N__ VIH/ SIDA	S _____ N cáncer	S _____ N	S _____ N
positivo	S _____ N	materiales alergias	enfermedades
S _____ N abuso de	dependencia química	S _____ N madre	respiratorias
alcohol y drogas	S _____ N	utiliza alcohol	S _____ N
S _____ N naflaxis	problemas de	S _____ N del	reumática/escarlatina
S _____ N Anemia	colesterol	sistema nervioso	S _____ N falta de
S _____ N	S _____ N	S _____ N Sirugia	respiración
artritis,Ruma	quimioterapia	del corazon	S _____ N Y
S _____ N válvulas	S _____ N	S _____ N atención	erupción de la piel
de corazón artificial	Problema Circulatorio	psiquiátrica	S _____ N espina
S _____ N artificiales	S _____ N ¿Tos	S _____ N Pierde O	bífida
de uniones	persistente por?	gana rápido peso?	S _____ N
S _____ N asma	S _____ N	S _____ N	enfermedades o
S _____ N	enfermedades del	tratamiento de	problemas intestinales
enfermedades de la	hígado	radiación	
S _____ N cirugía de	S _____ N	S _____ N	S _____ N Ulceras/
implantes	enfermedad de la	amigdalitis	Colitis
S _____ N inchazón	tiroides o fallo de	S _____ N la	S _____ N
de pies o los tobillo	S _____ N Habit de	tuberculosis	enfermedades
	tabaco		venéreas

Lista de medicamentos que está tomando actualmente si cualquier:

Lista las alergias si cualquier:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Autorización

He revisado la información y es preciso a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta información se utilizará por el médico para ayudar a determinar el tratamiento; si hay algún cambio en el estado de mi salud, informaré a el doctor.

Autorizo a mi compañía de seguros a pagar al médico o al grupo médico todas las prestaciones de seguro o caso contrario yo seré responsable por el balance. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros.

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

Pago es debido en completo en el momento del tratamiento, a menos que se han aprobado disposiciones anteriores

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE PACIENTES INDIVIDUALES

ALBERT RIDLOVSKI M.D.  
8112 Milliken Avenue, Suite 103-2  
Rancho Cucamonga CA 91730  
TEL.: (909) 481-0752 FAX: (909) 481-0804

Correo electrónico: [info@albertridlovski.com](mailto:info@albertridlovski.com)

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente, le doy mi autorización para revelar mi información de salud protegida sólo en la forma determinada, por la razón y a los particulares específicas a continuación.

Descripción específica de la información que se utiliza o divulga:

---

---

---

Motivo (evento) de divulgación solicitada:

---

---

Persona autorizada a recibido alguno de mi información médica:

---

Entiendo que esta autorización dispone que:

- tengo el derecho a tener acceso a mi información de salud protegida que se utiliza o divulga.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento por ponerse en contacto con su oficial de privacidad por escrito a la dirección.
- Información utiliza o divulga con arreglo a esta autorización puede estar sujeto a re-divulgación por parte del paciente y ya no estar protegido por las normas de privacidad HIPAA.
- Esta práctica no será condición de tratamiento en mi proporcionando autorización para el uso solicitado o divulgación.
- Quiero recibir una copia de esta completado y firmar el formulario de autorización.

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

Relación con el paciente (si firmado por un representante personal del paciente): \_\_\_\_\_

ALBERT RIDLOVSKI, MD, INC  
Medicina interna  
8112 Milliken Avenue, Suite 103-2  
Rancho Cucamonga CA 91730  
(909) 481-0752

Correo electrónico: [info@albertridlovski.com](mailto:info@albertridlovski.com) [www.albertridlovski.com](http://www.albertridlovski.com)

## Política de cancelación de nombramiento

Si tiene una cita programada y no puede hacerlo, se debe llamar la Oficina 24 horas antes de su hora programada para cancelar. Si no llama o viene para su cita programada, tendrá que pagar \$ 25.00 por la cita perdida porque la misma pudo ser utilizada por otro paciente.

Si tienes alguna pregunta sobre esta política, no dude en preguntar.

He leído, entendido y acordado a la política de cancelación de nombramiento anterior.

---

Paciente firma

---

Fecha

---

Testigo

ALBERT RIDLOVSKI, MD, INC  
Medicina interna  
8112 Milliken Avenue, Suite 103-2  
Rancho Cucamonga CA 91730  
(909) 481-0752

Correo electrónico: [info@albertridlovski.com](mailto:info@albertridlovski.com) [www.albertridlovski.com](http://www.albertridlovski.com)

## FINAL DE LA POLÍTICA

Estimado paciente:

Sección I:

1. Ofreceremos cortesía de facturación de su portador principal con información precisa de facturación seguro, incluyendo la dirección de facturación, formulario de reclamación si es necesario y copia de la tarjeta del seguro. Esta información debe ser dado a nuestra recepcionista en el momento de servicio. Se realizará el pago al proveedor de servicio.
2. Todas las cuentas deberán ser pagadas dentro de 45 días desde la fecha de servicio,, independientemente de la cobertura de seguro. Paciente es responsable de todos los tratamientos no cubiertos, si seguro niega la cobertura, o pago.
3. Todos los deducibles de copago son por pagar **en el momento de servicio**.
4. Cuando el paciente cambia a HMO, el paciente será responsable de todos los servicios no autorizados.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Sección II: Pacientes de Medicare con un seguro secundario:

1. Cuando cruza electrónicamente su seguro secundario (es decir, AARP, United Insurance, etc.), el proveedor tiene permiso para recibir el pago de todos.

Sección III: Pacientes de HMO

1. Los pacientes son responsables de todos los cambios que se realizan con su HMO seguros, de IPA (grupo médico), principales de los médicos, etc..
2. Todos los cambios se deben dar a nuestras oficinas; Formas nuevas deben ser relleno, firmado y entregado al departamento de previo para visitar.
3. Paciente es responsable de saber donde todas las pruebas, (laboratorios, rayos x, etc.) se van a realizar. Oficina del Dr. Ridlovski no es financieramente responsable por ordenar los exámenes que se realizan en otros proveedores que de no estén contratados can qué seguro, aunque tratamos lo mejor posible de que esto no suceda.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

## AVISO DE CONFIRMACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ALBERT RIDLOVSKI M.D.  
8112 Milliken Avenue, Suite 103-2  
Rancho Cucamonga CA 91730  
(909) 481-0752

Correo electrónico: [info@albertridlovski.com](mailto:info@albertridlovski.com) [www.albertridlovski.com](http://www.albertridlovski.com)

Entiendo que, en virtud de la ley de portabilidad y responsabilidad de seguro de salud de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizado para:

- Dirigir, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de cuidado de la salud que puede estar involucrado en ese tratamiento, directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo operaciones de atención médica normales, tales como las evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

Reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que me permito en contacto con esta organización en cualquier momento a la dirección arriba para obtener una copia actualizada de la notificación de prácticas privadas.

Entiendo que permito solicitar por escrito que restrinjan información privada de cómo se utiliza o divulga para llevar a cabo las operaciones de pago o la asistencia médica de tratamiento.

También entiendo que no es necesario que de acuerdo a Mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, a continuación, usted está obligado a acatar esas restricciones.

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

### Sólo uso de Oficina

He intentado obtener la firma del paciente en el acuse de recibo de este aviso de privacidad, prácticas confirmación, pero no pudo hacerlo tal como se describe a continuación

Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_ Resanó: \_\_\_\_\_

## ESTADO DE LA DIRECTIVA DE AVANCE

He sido informado de mi derecho a formular y anticipadas; y que he sido proporcionado información con respecto a la ejecución de una instrucción anticipada.

(Por favor, marque uno de los siguientes):

de los previamente han completado este formulario y han proporcionado una copia para su inclusión en mi registro.

Proporcionaré una copia de mi formulario anteriormente ejecutado a mi Grupo de médica / asignado Medical Group para su inclusión en mis registros.

Una copia de mi formulario es en el archivo:

\_\_\_\_\_

(Nombre del médico o centro de salud)

No he ejecutado este formulario y no estoy interesado en obtener más información.

Estoy interesado en la formulación de un formulario y discutiré mis opciones con mi proveedor de atención primaria.

\_\_\_\_\_

(Firma del paciente)

\_\_\_\_\_

(Fecha)

Comentario:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El paciente recibió un folleto / información en este formulario.

\_\_\_\_\_

(Firma del personal)

\_\_\_\_\_

(Fecha)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ PCP: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_



8112 Milliken Ave. Ste 103-2  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
Phone (909)481-0752 Fax (909) 481-0804  
www.albertridlovski.com

**SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**  
(Por favor / abajo)

\_\_\_\_\_ Copia de mis registros médicos completos o

\_\_\_\_\_

Para: (el médico que tiene mis registros:

\_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero De Telephone: \_\_\_\_\_

(Dirección)

\_\_\_\_\_

(Dirección)

\_\_\_\_\_

(Ciudad)

\_\_\_\_\_

State

\_\_\_\_\_

Zip Code

Por la presente solicito una copia de todos mis registros médicos que también puede incluir información relacionadas con el alcohol o el uso indebido de drogas, la enfermedad mental o la información que mi él considera una enfermedad transmisible o venérea, que puede incluir, pero no limitarse a, enfermedades como la hepatitis, la sífilis, la gonorrea y el VIH, también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) liberará a:

(Enviar mis Records para:)

Albert Ridlovski Dr.  
8112 Milliken ave Suite 103-2  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
Teléfono: (909) 481-0752  
Fax: (909) 481-0804

(Por favor imprimir)

\_\_\_\_\_

Paciente apellidos

\_\_\_\_\_

nombre segundo

\_\_\_\_\_

nombre

\_\_\_\_\_

Paciente de la dirección actual

\_\_\_\_\_

Fecha de número

\_\_\_\_\_

de teléfono de nacimiento en seguridad social-inicio

\_\_\_\_\_

Firma de paciente

Date mailed: \_\_\_\_\_

By whom \_\_\_\_\_

Para ayudar a desvío el costo involucrado en copiar y envío mis registros médicos, tengo entendido que habrá una tarifa para mis registros médicos, y también entiendo que soy responsable del pago de esta tarifa.