

SMG Specialty Care, SMG Salud de la Mujer y Familia, SMG Primary Care, SMG Mancos Valley, SMG Walk-In Care,
SMG Centro de salud escolar

Por favor devuelva o envíe este paquete al Coordinador de Pacientes Nuevos al 1311-A North Mildred Road, Cortez, CO 81321 en el edificio de la oficina médica en el campus del Southwest Memorial Hospital, o envíelo por fax al (970) 564-1134. Número de teléfono del nuevo coordinador de pacientes: (970) 516-1616

AVISO A NUESTROS PACIENTES

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Esperamos proporcionar un entorno de oficina y relación de proveedor que satisfaga sus necesidades médicas y / o las de su familia.

Artículos para llevar a su primera cita:

1. Licencia de conducir o otra identificación con foto.
2. Todas las tarjetas de seguro.
3. Copagos o pagos completos al momento de su visita si no está cubierto por el seguro.
4. Botellas reales de todos los medicamentos (recetados y de venta libre) que esté tomando actualmente

Política de no presentación

Nuestra política es llamar a los pacientes el día hábil anterior a su cita programada para recordarles la cita fecha y hora. Realizamos estas llamadas como cortesía a nuestros pacientes y para darnos la oportunidad de reprogramar el intervalo de tiempo en caso de que la cita no sea necesaria. Una llamada de usted para cancelar su cita nos permitirá programar otro paciente que necesita ser visto. Reconociendo que el tiempo de todos es valioso y esa cita. el tiempo es limitado, le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. Esto nos permitirá para llamar a uno de nuestros pacientes en una lista de espera para completar el espacio disponible en el horario.

Para mejorar la atención de nuestros pacientes, realizaremos un seguimiento de todas las visitas de "No-Show". A cada paciente se le permitirá faltar a dos programados. Nombramientos dentro de un período de un año sin penalización. Una vez que se pierde una tercera cita, el paciente estará en riesgo de ser dado de alta de la práctica o del Southwest Medical Group. Para evitar que esto suceda, los pacientes deben recibir una carta cada vez que no se presente a una cita para recordarles nuestra política de no presentarse.

Para los fines de esta política, una cita de no presentarse se define de la siguiente manera

1. Una cita que el paciente ha perdido sin previo aviso.
2. Una cita que se cancela con menos de 24 horas antes de la hora programada para la cita.
3. Una cita a la que el paciente llega 10 minutos o más después de la cita programada

Debido al proceso de registro, solicitamos que los pacientes lleguen 20 minutos antes de su cita programada para pasar Su tiempo asignado con su proveedor.

Si no se presenta a la cita inicial para el "nuevo paciente" puede eliminar su oportunidad de establecer la atención como un nuevo paciente.

Política de Recambio Rx

Nuestra política es recargar las recetas de los pacientes dentro de las 72 horas hábiles (hábiles) de haber recibido la solicitud. Por favor no espere hasta que Está completamente sin medicamentos o es probable que se quede sin él hasta que se pueda procesar la recarga

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firmado (se requiere firma): _____ Fecha y hora: _____

Paciente, padre o guardian legal: _____ Fecha y hora: _____

SMG Specialty Care, SMG Salud de la Mujer y Familia, SMG Primary Care, SMG Mancos Valley, SMG Walk-In Care, SMG
Centro de salud escolar

NUEVO PACIENTE / INFORMACION DE HISTORIA - NIÑOS (Confidencial)

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____
Primer Nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Años: _____ Género: masculino Femenino

Nombre del padre / Guardan legal: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____ Código postal: _____

El mejor número de contacto: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Médico de Atención Primaria: _____

Idioma: _____ Raza: [indio americano o nativo de Alaska / nativo americano / Afroamericano /
Asiático / Chino / Filipino / Japonés / Blanco / Hispano / Nativo de Hawai / Otro]

Nombre del seguro primario: _____ Nombre del titular del seguro primario: _____

Identificación de miembro#: _____ Grupo #: _____

Nombre del seguro secundario: _____

Identificación de miembro#: _____ Grupo#: _____

Relación del paciente con el titular del seguro: _____

En caso de emergencia, ¿quién debe ser notificado? Nombre

Relación con el paciente: _____ Teléfono de contacto: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Primer Nombre

Segundo nombre

Apellido

Enumere los proveedores de los que ha recibido atención en el pasado:

Médicos de Primaria: _____

Otros doctores: _____

Medicamentos actuales: *(incluya todos los medicamentos o productos de venta libre, como aspirina, aerosoles nasales, hierbas, vitaminas)*

Nombre de la droga	Dosis	Tiempos por día

Farmacia preferida : _____ Dirección (Ciudad): _____

Alergias: *(incluyen medicamentos, pólenes, alimentos y animales)*

Droga / Tipo	Reacción

Problemas médicos pasados

Enfermedad o condición	Duración / año

Para mujeres (si tienen periodos): Edad del primer período: _____ Último período menstrual: _____

Control de la natalidad (si se usa): _____

Historial Cirugía Pasada: (incluya TODAS las cirugías y el lado izquierdo o derecho, si corresponde)

Si alguna vez ha tenido una cirugía, indique los tipos y las fechas aproximadas:

Año	Operación	Anestesia	¿Alguna complicación con la cirugía o anestesia?

Historial de exámenes previos

Exámenes previos	Fecha del último examen
Examen dental	
Examen de la vista	

Historia familiar

¿El niño es adoptado? no sí

Relación	¿Vivo?	Años	Edad al morir (si falleció)	Causa de la muerte
Padre de niño				
Madre de niño				
# Hermano (s): _____	# viviendo:			
# Hermana (s): _____	# viviendo:			

Indique quién (si alguno) de los **RELATIVOS DE SANGRE INMEDIATOS** ha tenido alguno de los siguientes:

[Indique qué pariente (s) y el tipo de enfermedad o afección, si corresponde, (por ejemplo, abuela, madre, cáncer de pulmón)]

Enfermedad o condición	Relación contigo	Tipo (si corresponde) *
Dependencia de alcohol o drogas		*
Artritis / gota		*
Asma / fiebre del heno		
Cáncer		*
Diabetes		*
Enfermedad del corazón / ataque		
Alta presión sanguínea		
Colesterol alto		
Enfermedad del riñón		
Enfermedad pulmonar/ COPD		
Problemas de salud mental o depresión		*
Migrañas / Convulsiones		
Esclerosis múltiple		
Obesidad / trastorno de peso		*
Osteoporosis		
Parkinson's		
Carrera		

Trastornos de la tiroides		
Tuberculosis		

Historia Social

Niño vive con : madre / padre / hermanos / abuelos / orfanato / otro

Antecedentes de nacimiento : Vaginal / C-sección / Cualquier complicación _____

Uso de tabaco en el hogar: No Sí

Educación: nivel de grado actual: _____

Ejercicio: ¿Su hijo hace ejercicio regularmente? No Sí En caso afirmativo, ¿qué actividades?

Días / semana: _____

Seguridad: ¿Usa su niño un cinturón de seguridad? no si
