

Rajeev Batra, MD
11120 New Hampshire Ave., #300
Silver Spring, MD 20904
(301) 593-9612
Fax: (301) 593-6290
52-2057492

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente : _____

D.O.B.: _____

Teléfono #: _____

Trabajo #: _____

Farmacia #: _____

PROBLEMAS

ALERGIA A MEDICAMENTOS : _____

MEDICAMENTOS

NOMBRE	FECHA DE ACTUALIZACION	FECHA DE ACTUALIZACION	FECHA DE ACTUALIZACION	FECHA DE ACTUALIZACION

ATENCION PREVENTIVA/PRUEBAS DE DIAGNOSTICO

NOMBRE	FECHA DE ACTUALIZACION	FECHA DE ACTUALIZACION	FECHA DE ACTUALIZACION
PRUEBA DE PAPANICOLAOU			
MAMOGRAFIA			
COLONSCOPIA			
E K G			
ECO			
LA DENSIDAD OSEA			
PRUEBA DE ESFUERZO			
HOLTER			
ESPIROMETRIA			
PNEUMOVAX/GRIPE			
EXAMEN FISICO			
ABI			
DUPLEX CAROTIDEO			
EXPLORACION NUERAL			
EXAMEN DE LA VISTA			

Rajeev Batra, MD
11120 New Hampshire Ave., #300
Silver Spring, MD 20904
(301) 593-9612
Fax: (301) 593-6290
52-2057492

APELLIDO	NOMBRE DE PILA	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION		APT #	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
CUIDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	SEXO
TELEFONO DE CASA	TELEFONO DEL TRABAJO	OTRO TELEFONO	
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO			
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA			
NOMBRE		RELACION	
DIRECCION			
CUIDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELEFONO DE CASA	TELEFONO DEL TRABAJO	TELEFONO MOVIL	
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
NAME OF INSURANCE			
INFORMACIÓN TOMADORES (SI ES DIFERENTE DE PACIENTE)			
LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE INITIAL	DATE OF BIRTH
DIRECCION		NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
CUIDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	RELACION CON EL PACIENTE
TELEFONO DE CASA	TELEFONO DEL TRABAJO	OTRO TELEFONO	
LA AUTORIZACION DEL PACIENTE			
<p>I _____, la presente autorizo a Rajeev Batra, MD solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestados.</p> <p>Solicito el pago de BCBS Área de la Capital Nacional, Blue Shield of Maryland, Blue Shield of Virginia, Medicare, y / o _____ (nombre de otros complementos. Compañía.) Insurance Company, se hará directamente al proveedor arriba mencionado (o en el caso de los beneficios de Medicare Parte B, para mí o la parte que acepta la asignación.) Certifico que la información que he informado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta y autorizo al lanzamiento de cualquier información, incluida la información médica para éste y todos relacionados reclamación, al agente de facturación por encima de llamada, (o en el caso de los beneficios de la Parte B de Medicare, a la Administración de Financiamiento y Administración de la Salud Cuidado de la Seguridad Social) y / o la compañía de seguros antes mencionado. Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar de la original. La autorización podrá ser revocada por cualquiera de la compañía arriba mencionada o conmigo en cualquier momento por escrito.</p> <p>Solicito que el pago de los beneficios Medigap autorizados se hará a mí o en mi nombre para el proveedor arriba mencionado por cualquier servicio me proporcionados por el físico / proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica que les suelte to _____ cualquier información necesito para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.</p> <p>* Tenga en cuenta que en el desafortunado caso de su cuenta se transfiera a las colecciones, que el paciente es responsable de todos los costos asociados con el esfuerzo de recolección. *</p>			
FECHA		FIRMA DE SUBSCRIBER O BENEFICIARIO	

RAJEEV BATRA, MD
DIPLOMATE OF AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE
GENERAL AND FAMILY PRACTICE
11120 NEW HAMPSHIRE AVE, SUITE 300
SILVER SPRING, MD 20904
(301) 593-9612
TAX ID 52 2057492

HISTORIA Y FISICA

NOMBRE: _____ FECHA: _____

RAZON DE LA VISITA:

HISTORIAL MEDICO

DOLOR DE CABEZA
ATTAQUE DEL CORAZON
PROBLEMA TYROID
ENFISEMA
GLAUCOMA
PROBLEMAS RESPIRATORIOS
PALPITACIONES DEL CORAZON
INCONTINENCIA
OSTEOPOROSIS
STD
DEPRESION
PERDIDA DE PESO RECIENTE
BRONQUITIS
ENFERMEDAD RENAL
ENFERMEDAD HEPATICA
ARTRITIS

TOBILLOS HINCHADOS
ENFERMEDADES DEL CORAZON
ESTOMAYO TEMAS/ULCERAS
PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL
IRREGULARIDAD INTESTINAL
ENFERMEDAD DE LA PROSTATA
ASMA
NERVIOSISMO
LA GOTA
EPILEPSIA/CONVULSIONA
MARCAPASOS CARDIACO
MAREOS/DESMAYOS
REEMPLAZO DE LA ARTICULACION/IMPLANTE
CONFRECUENCIA CANSADO
NUEMONIA
OTROS _____

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
DOLOR EN EL PECHO
ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA
SOPLO CARDICO
LOS ALERGIAS/FIEBRE DEL HANO
AYUDAS O LA INFECCION POR VIH
DISFUNCION SEXUAL/MENSTRUAL
FALTA DE ALIENTO
DIABETES
ANGINA
CANCER
ANEMIA
PRESION ARTERIAL ALTA
TUBERCULOSIS
HEPATITIS/ICTERICIA
OTROS _____

OTROS _____

HABITOS

SUENO: DIFICULTAD PARA DORMIR _____
ALTERACIONES DE CONTINUIDAD _____
RONQUIDOS _____
SOMNO LENCIA DIURNA _____

OTROS: _____

SOLO MUJERES

EMBARAZADA? SI NO
ULTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU? _____

PLANIFICACION DEL EMBRAZO? SI NO
ULTIMA MAMOGRAFIA? _____

Rajeev Batra, MD
11120 New Hampshire Ave., #300
Silver Spring, MD 20904
(301) 593-9612
Fax: (301) 593-6290
52-2057492

TRANSENCIA DE SOLICITUD DE REGISTRAS

I _____ autorizo la divulgacion de informes medicos a Dr. Batra.

INFORMACION DEL PACIENTE:

FECHADE NACIMIENTO: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

DESDE LA DIRECCION:

PARA ABORDAR:

Rajeev Batra, MD
11120 New Hampshire Ave., #309
Silver Spring, MD 20904
Office: (301) 593 9612
Fax: (301) 593 6290

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE RECONOCIMIENTO

Rajeev Batra, MD

DIPLOMATE OF AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE

GENERAL AND FAMILY PRACTICE

11120 NEW HAMPSHIRE AVE., SUITE 300

SILVER SPRING, MD 20904

(301) 593-9612

TAX ID: 52-2057492

Entiendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad respecto a mi información protegida de la salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en que el tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones de atención médica normal, tales como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y entender 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 cambiarlo Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actualizada de la Notificación de Prácticas Privadas.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo es usada y revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica de mi información privada. También entiendo que usted no está obligado a estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas, pero si usted no está de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con tales restricciones

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

OFICINA SOLO UTILIZAN

Me trató de obtener la firma del paciente en el reconocimiento de este Aviso de prácticas de privacidad de Reconocimiento, pero era incapaz de hacerlo como se documenta a continuación:

FECHA:	INICIALES:	RAZON:
--------	------------	--------

Rajeev Batra, MD
11120 New Hampshire Ave., #300
Silver Spring, MD 20904
(301) 593-9612
Fax: (301) 593-6290
52-2057492

POLITICA DE LA OFICINA:

- Todos los pacientes son responsables de conocer sus propios beneficios y la política de seguros.
 - También son responsables de conocer la cantidad de su propio deducible.
 - Si usted tiene un saldo en la oficina, usted recibirá una factura cada mes durante tres meses.
- Es su responsabilidad notificar a la oficina con dirección y número de teléfono cambia. Si usted no recibe una letra debido a la dirección incorrecta, es su propia responsabilidad.
 - Después del tercer mes se enviará automáticamente a su cuenta a las colecciones.
- Por favor ser informado se añadirá una tasa de percepción de un cuarenta por ciento de las cuentas morosas.
 - Es nuestra política de la oficina para informar a todos los resultados para los pacientes.
- Si usted tiene pruebas de laboratorio o radiografías por favor póngase en contacto con nuestra oficina para obtener resultados si usted no oye de nosotros dentro de 2 semanas.
- Nos reservamos el derecho de cobrar una cuota de \$ 35 para las citas perdidas si no se cancela al menos 48 horas de antelación.

FIRMA_____ **FECHA**_____