



PRIMARY HEALTH PARTNERS

3601 VISTA WAY, SUITE 201
OCEANSIDE, CA 92056

Andres Zimmermann, MD
760.639.1714

3601 Vista Way, Suite 201
Oceanside, CA 92056

*Esquina de Vista Way
y Rancho Del Oro*



Bienvendio a nuestra oficina!

Su cita esta programada para _____ a la(s) _____ am / pm

Favor de llegar 15 minutos antes de su cita para darnos tiempo para una registracion completa.

Favor de traer a su cita:

1. Paquete de registracion acompletada
2. Lista de todo medicamento que toma siendo recetada y no recetada
3. Tarjetas de aseguranza
4. Registro de vacunas (si aplica)
5. Informacion de su doctor previo para pedir su expediente

Si ocupa cancelar o cambiar la cita, requerimos aviso de 24 horas para asi ofrecer su cita a otro paciente que lo ocupa.

Gracias!

Por favor, tenga en cuenta que la realizaci3n de cuestionarios de salud y de seguros preliminares no establece una relaci3n m3dico-paciente con esta pr3ctica. Dr. Zimmermann revisar3 su historia cl3nica y realizar una evaluaci3n inicial para determinar si usted es un candidato adecuado y si la pr3ctica que aceptar3 como paciente.

De conformidad con las regulaciones recientes en el marco del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA), ahora estamos obligados a tener una firma por escrito de usted que nos autoriza a dejar mensajes en su casa o con un miembro de la familia.

Información del Paciente

Nombre: _____		Edad: _____		FDN: _____	
Domicilio: _____		Ciudad: _____		Estado: _____	
CP: _____		#SS _____		Correo Web: _____	
Numero de Telefono	Tipo	Autoriza Mensajes?		Estatus: _____	
1. _____		SI	NO	S C D V	
2. _____		SI	NO	Nom. de pareja: _____	
3. _____		SI	NO		

Información del Seguro

Aseguranza Primaria: _____	Copago: _____
Numero de ID: _____	# Grupo: _____
Aseguranza Secundaria: _____	Copago: _____
Numero de ID: _____	# Grupo: _____
Persona Responsable: _____	FDN: _____
Relacion al Paciente: _____	#SS: _____

Contacto de Emergencia

NOMBRE	RELACION	NUMERO
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Personas Involucradas en mi Salud

Con su permiso por escrito, podemos divulgar información sobre su salud o la información de pago sobre usted a los siguientes miembros de la familia, cuidadores o amigos que puedan estar involucrados en su atención médica.

NOMBRE	RELACION	NUMERO
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Pago de Servicios

El abajo firmante autoriza a la atención y trato de Andrés Zimmermann, MD. Los pagos y los co-pagos son debidos en el momento del servicio. Los pacientes (o responsables) deben mantener su cuenta al día mientras se espera para el pago de las compañías de seguros. Si la recolección se hace necesario, el abajo firmante se compromete a pagar todos los costos asociados. El suscrito entiende que un cargo \$ 50.00 puede ser facturado a su cuenta por no cancelar o reprogramar una cita con al menos 24 horas de anticipo (excepto en el caso de una emergencia). El abajo firmante será responsable de los honorarios cuando se solicitan copias de los registros médicos y autorizados con su firma y cuando las formas se completan a petición de éstos por parte del medico.

Autorización de Seguros y Asignación de Beneficios

Por la presente autorizo a Andrés Zimmermann, MD de proporcionar información a mi compañía de seguro (s) en relación con la enfermedad y los tratamientos y asignar todos los pagos a Andrés Zimmermann, MD para los servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes. Yo, el suscrito, afirmo que soy un miembro elegible de la compañía de seguros más arriba. Mi firma a continuación es una prueba de mi aceptación de la responsabilidad financiera de los servicios prestados si el paciente se determina que no es elegible bajo el plan de seguro que aparece arriba.

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Mi firma reconoce que he sido informado de la Notificación de Prácticas de Privacidad, el Dr. Andres Zimmermann que detalla la forma en que mi información puede ser usada y divulgada según lo permitido por las leyes federales y estatales. Entiendo que una copia de la Notificación de prácticas de privacidad se puede encontrar en la zona de recepción y que he obtenido una copia para mi uso personal.

Los abajo firmantes presente consiente a los acuerdos anteriores

Firma: _____ Fecha: _____

Fecha: _____ Nombre: _____ FDN: _____

Trabajo Previo Si Ya Se Encuentra Retirado: _____

Raza: Hispano No-Hispano Niego Decir Lenguaje: _____

Ultimos Analisis de Sangre: _____ Ultimo Examen Fisico: _____

Los Síntomas o Problemas Actuales

Medicamentos Actuales

Nombre	Dosis	Frecuencia

Alergia a Medicamentos Reacción

continue lista en parte posterior si necesario

Enfermedades

Sarampión	S	N
Neumonía	S	N
Asma o sibilancias	S	N
Alergias	S	N
Enfermedad del corazón	S	N
Tipo:		
Presión arterial alta	S	N
Colesterol alto	S	N
Accidente cerebrovascular	S	N
Migrañas	S	N
Convulsiones	S	N
Depresión	S	N
Enfermedad psiquiátrica	S	N
Enfermedad renal	S	N
Cálculos Renales	S	N
Infección de la Vejiga	S	N
Enfermedad del tiroides	S	N
Diabetes	S	N
Cancer	S	N
Artritis	S	N
Osteoporosis	S	N
Diverticulitis	S	N
VIH o SIDA	S	N

Cirugías

1.Tipo:	
Año:	
2.Tipo:	
Año:	
3.Tipo:	
Año:	
continue lista en parte posterior si necesario	
Transfusión de sangre	S N

Peso

Hoy:	
Hace 1 Año:	
Tipo de ejercicio:	
Frecuencia:	

Historia Social

Alguna Vez Ha Fumado	S	N
Quando:		
Paquetes por día:		
Dejo de Fumar	S	N
Quando:		
Bebe Alcohol	S	N
Tipo:		
Cantidad:		
Frecuencia:		
Drogas Recreacionales	S	N
Tipo:		
Cantidad:		
Frecuencia:		

Immunizaciones Año

Tétano	
Prueba PPD TB	
Historia de la TB	S N
Vacuna contra la gripe	
Pneumovax	
Zostavax	
Hep A o B	

Procedimientos Año

Radiografía del pecho	
Densidad Ósea	
Angiografía del corazón	
Ecocardiograma	
Monitor Holter	
Electrocardiograma	
Ergometría	
Sigmoidoscopia	
Colonoscopia	
Cistoscopia	

cualquier información adicional puede ser incluido en la parte posterior si es necesario

Historia Familiar		Si esta vivo		Si fallecio		¿Algún pariente ha tenido...			
	Edad	Salud		Edad	Salud				¿Quién?
Padre						Cancer	S	N	
Madre						Tipo:			
Hrmos						Prob. del Corazon	S	N	
						Presión arterial alta	S	N	
						Accidente cerebrovascular	S	N	
Hijos						Diabetes	S	N	
						Depresión	S	N	
						Tuberculosis	S	N	

¿Tiene ahora o ha tenido en el último año ...

Dolores de cabeza frecuentes o graves	S	N	La sangre en la materia fecal o escremento Negro	S	N	
Desmayos	S	N	Dolor rectal	S	N	
Mareos en el cambio de posición	S	N	Dolor al orinar	S	N	
Hormigueo, debilidad, entumecimiento en las manos o los pies	S	N	Dificultad para orinar	S	N	
Temblor de cualquier extremidad	S	N	Pierde orina al toser o estornudar	S	N	
			¿Cuántas veces orina después de la hora de acostarse?			
Glaucoma	S	N	Sangre en la orina	S	N	
Cataratas	S	N	Herpes genital	S	N	
Otros problemas visuales	S	N	Se encuentra sexualmente activo	S	N	
Fecha del último examen ocular:						
Cualquier problema con la audición	S	N	Sólo mujeres			
Infección frecuente de la nariz	S	N	Fecha de la última mamografía:			
La fiebre del heno o alergias	S	N	Historia Menstrual			
Dificultad para deglutir	S	N	Edad de inicio:		Días de flujo:	
Recurrentes llagas en la boca	S	N	Días de un ciclo al siguiente:			
			Regular	S	N	
Dolor de pecho	S	N	Varea	Dolor o Colicos?	S	N
Dolor en los brazos	S	N	Fecha de la última menstruación:			
Palpitaciones o aleteo del corazón	S	N	Tipo de Control de embarazo:			
Tos crónica o frecuente	S	N	Fecha de ultimo papanicolao o examen pelvico:			
Despertar en la noche con falta de aire	S	N	Papanicolao abnormal	S	N	
Dificultad para respirar	S	N	Dolor con relaciones sexuales	S	N	
Al caminar hasta qué punto:						
En un tramo de escaleras	S	N	Secreción vaginal o comezón	S	N	
Acostado	S	N	Embarazos			
			Cuantos:		Cesareas: Cuantos:	
Dolor estomacal recurrente o calambres	S	N	Cuantos hijos:		Mortinatos:	
Eructo, acidez gástrica o indigestión	S	N	Abortos Involuntarios:		Aborto:	
Alivio con medicamentos o alimentos	S	N	Sólo hombres:			
Cambios en el apetito o pérdida de peso	S	N	Secreción del pene	S	N	
Sangre vomitada	S	N	Problemas con la impotencia o erección	S	N	
			Fecha de la última prueba de PSA:			



HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 02/12

CARRIER

1. MEDICARE <input type="checkbox"/> (Medicare) MEDICAID <input type="checkbox"/> (Medicaid) TRICARE <input type="checkbox"/> (ID# DcD#) CHAMPVA <input type="checkbox"/> (Member ID#) GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> (ID#) FECA BENEFIT LUNG <input type="checkbox"/> (ID#) OTHER <input type="checkbox"/> (ID#)		1a. INSURED'S I.D. NUMBER (For Program in Use)
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)		4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)
3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)		8. RESERVED FOR NUCC USE
6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>		CITY STATE
CITY STATE	ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code) ()	ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code) ()
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)		11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER
10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO:		a. INSURED'S DATE OF BIRTH DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER	a. EMPLOYMENT? (Current or Previous) YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC)
b. RESERVED FOR NUCC USE	b. AUTO ACCIDENT? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PLACE (State)	c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME
c. RESERVED FOR NUCC USE	c. OTHER ACCIDENT? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN?
d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME	10d. CLAIM CODES (Designated by NUCC)	

READ BACK OF FORM BEFORE COMPLETING & SIGNING THIS FORM.

12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.

SIGNED _____ DATE _____ SIGNED _____

13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below.

SIGNED _____

17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE	17a. QUAL. MM DD YY	17b. NPI	18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICE FROM MM DD YY TO MM DD YY
19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)			20. OUTSIDE LAB? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ CHARGES
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY (Relate A-L to service line below (14E)) ICD Ind.			22. RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO.
A. _____	B. _____	C. _____	D. _____
E. _____	F. _____	G. _____	H. _____
I. _____	J. _____	K. _____	L. _____
24. A. DATE(S) OF SERVICE From MM DD YY To MM DD YY	B. PLACE OF SERVICE EMG	C. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Specify Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER	E. DIAGNOSIS POINTER
F. CHARGES	G. DAYS OR UNITS	H. DRUG Family Plan	I. ID QUAL
J. RENDERING PROVIDER ID #	23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER		
			NPI

25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER	SSN	26. PATIENT'S ACCOUNT NO.	27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For gov. claims, see back) YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	28. TOTAL CHARGE \$	29. AMOUNT PAID \$	30. Rsvd for NUCC Use
31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)		32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION		33. BILLING PROVIDER INFO & PH # ()		
SIGNED _____	DATE _____	a. _____	b. _____	a. _____	b. _____	

PATIENT AND INSURED INFORMATION

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

Medical Records Release

3601 Vista Way Suite 201
Oceanside, CA 92056

I Hereby Authorize:	To Furnish To:
<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Andres Zimmermann, MD
Phone: _____	P 760.639.1714
Fax: _____	F 760.630.1252

Please Send: _____

I understand that general records may contain Doctor's Office Notes, Emergency Room Reports, X-ray/Lab Reports, Medical and/or Mental Conditions, Alcohol and Drug Conditions, HIV Testing and other sensitive information.

I understand that I may formally request exclusion of any sensitive information.

Exclude: _____

You have a right to have a copy of this authorization. This consent shall remain valid for 6 months from the date of signature. This authorization may be revoked in writing to the above address.

Name: _____	DOB: _____	
Address: _____		
City: _____	State: _____	Zip: _____
Signature: _____	Date: _____	
Relationship to Patient (circle): Self / Parent / Guardian / Legal Representative		