

Dr. Gonzalez-Werner

47250 Washington St Ste A
La Quinta, CA 92253

Iniciales

_____ Me dieron la orden de ir al laboratorio West Pacific para mi prueba de sangre /orina. No requiere ayuno. Situado en 47110 Washington St #103, La Quinta, CA 92253. Número de teléfono (760)972-4667. Horas de lunes a viernes 7:00am-4:00pm. Cerrado 12:00pm-1:00pm para el almuerzo.

_____ Entiendo que si mi prueba de sangre y orina da POSITIVO, será reportado al Departamento de Salud. Mi paquete será retenido hasta recibir y terminar el tratamiento.

_____ Si la prueba de IGRA da POSITIVO, entiendo que será reportado al Departamento de Salud. Entiendo que el tratamiento de 3-6 meses será dado. **NO HAY EXCEPCIONES**

_____ La temporada de gripe es del 01 de octubre de 2018 – 31 de marzo de 2019. Entiendo que es necesario tener la vacuna contra la gripe y es mi responsabilidad aplicarme la vacuna contra la gripe en mi farmacia más cercana o con mi Doctor Primario. Entiendo que tengo que traer el comprobante de mi vacuna.

RESULTADOS DE SANGRE Y ORINA PUEDEN TARDAR DE 5-7 DIAS DE TRABAJO. NOSOTROS NOS COMUNICAREMOS CON USTED UNA VES RECIBIDO EL RESULTADO.

INS HORARIOS

Lunes	4:30am-5:00pm
Martes	9:30am – 12:00pm
Miércoles	4:30am – 12:00pm
Jueves	4:30pm - 5:00pm
Viernes	1:45pm – 4:00pm

Firma _____ Fecha _____



Report of Medical Examination and Vaccination Record

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-693
OMB No. 1615-0033
Expires 02/28/2019

▶ **START HERE - Type or print in black ink.**

Part 1. Information About You (To be completed by the person requesting a medical examination, NOT the civil surgeon)

1. Your Full Name **APELLIDO(S)** **NOMBRE** **SEGUNDO NOMBRE**
 Family Name (Last Name) Given Name (First Name) Middle Name

2. Physical Address **DIRECCION**
 Street Number and Name Apt. Ste. Fl. Number

City or Town **CIUDAD O PUEBLO** State ZIP Code **CODIGO POSTI**

3. Other Information **FECHA DE NACIMIENTO** **CIUDAD, PUEBLO, VILLA DONDE NACIO**
 A. Sex **SEXO** B. Date of Birth (mm/dd/yyyy) C. City/Town/Village of Birth
 Male Female

D. Country of Birth **PAIS DONDE NACIO** E. Alien Registration Number (A-Number) (if any)
 ▶ A-

F. USCIS Online Account Number (if any)
 ▶

Part 2. Applicant's Statement, Contact Information, Certification, and Signature

NOTE: Read the Penalties section of the Form I-693 Instructions before completing this Part. You must submit Form I-693 in a sealed envelope to USCIS as directed in the Form I-693 Instructions.

Applicant's Statement

NOTE: Select the box for either **Item A.** or **B.** in **Item Number 1.**

1. Applicant's Statement Regarding the Interpreter **Marque opcion A si usted lee y entiende ingles.**

A. I can read and understand English, and I have read and understand every question and instruction on this form and my answer to every question.

B. The interpreter named in **Part 3.** read to me every question and instruction on this form and my answer to every question in , a language in which I am fluent, and I understood everything. **Marque opcion B si necesita un interprete.**

Applicant's Contact Information

2. Applicant's Daytime Telephone Number **NUMERO DE TELEFONO**

3. Applicant's Mobile Telephone Number (if any) **NUMERO DE CELULAR**

4. Applicant's Email Address (if any) **CORREO ELECTRONICO**

WERNER GONZALEZ FAMILY PRACTICE
 Edith Gonzalez - Werner MD
 2013

Name _____ Birthdate ____/____/____
(Nombre)

Address _____
(Domicilio) (City) (State) (Zip code)

Phone # (____) _____ Cell Phone# (____) _____ Age _____
(Telefono) (Fecha de Nacimiento) (Edad)

Social Security # _____ Marital Status S M D W Sex F M
(Seguro Social) (Estado Civil) S C D V (Sexo)

Employer _____ Phone # (____) _____
(Empleo) (Telefono #)

Address _____
(Direccion) (City) (State) (Zip Code)

Occupation _____ Driver's License # _____
(Ocupacion) (Licencia de manejar #)

Primary Insurance _____
(Nombre de Aseguranza)

Address _____
(Direccion) (City) (State) (Zip Code)

Phone # (____) _____ Group/Policy # _____
(Telefono) (Numero de Grupo)

Insured's Name _____ Insured's Birthdate ____/____/____
(Nombre del Asegurado) (Fecha de Nacimiento)

Insured's ID # _____ Relationship _____
(ID del asegurado) (Parentesco)

Secondary Insurance _____
(Nombre de Aseguranza)

Address _____
(Direccion) (City) (State) (Zip Code)

Phone # _____ Group/Policy # _____
(Telefono) (Numero de Grupo)

Insured's Employer _____
(Empleo del Asegurado)

Person to contact in an emergency _____
(En caso de emergencia notifique a)

Relationship _____ Phone # _____
(Parentesco) (Telefono)

Referred By _____
(Quien lo Refirio)

Email _____@_____

AUTHORIZATION TO TREAT MINOR CHILD (AUTORIZACION PARA TRATAR AL MENOR)

Name _____
(Nombre)

Relationship _____
(Parentesco)

ASSIGNMENT OF BENEFITS

I hereby authorize my insurance benefits be paid directly to the physician and I am financially responsible for non covered services. I also authorize the Physician to release any information required in the processing of any claim. I also authorize to the physician to release any information acquired in the course of my examination or treatment

Signed (Patient, or parent of minor) _____ Date _____
(Firma del paciente o padre del menor)

CUESTIONARIO PARA LA HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

FECHA: _____

SINTOMAS: Complete la lista de la siguiente manera:

Si tuvo estos sintomas en el pasado, marqueos asi:

Si ud. Tiene estos sintomas ahora, marquelos asi:

ALERGIAS

	SI	No		Yes	No		Yes	No
Alergia con alimentos.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia al inhalar.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a la tela adhesiva.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alergia con medicinas.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia de contacto.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tendencia a Sarpullido en la piel.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTOMAGO E INTESTINOS

Dolor abdominal permanente.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vomita sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sangre anal o rectal.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nauseas Persistentes.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Piel amarillente.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Heces como arcilla.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Acidez, agruras.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Diarrea cronica.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Habitualmente constipado.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Perdida apetito.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Heces lentas y negras.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tiene Hemorroides.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

TRACTO URINARIO/HISTORIA MENSTRUAL

(Para Mujeres Solamente)

Orina mucho.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor al orinar.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Menstruaciones dolorosas.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dificultad al orinar.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pierde orina.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mucha menstruacion (sangre).....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Orina poco.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Elimino piedras al orinar.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sangre entre periodos.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Orina sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Se orina por las noches.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Irregularidad con ultimos periodos.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Orina mucho de noche.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Retiene orina.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cantidad de embarazos.....	_____	
						Cantidad de hijos.....	_____	

CORAZON Y PULMONES

Dolor en el pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sentado respira mejor.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuantas almudadas para dormir.....	_____	
Palpitaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tos cronica.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Talones inchados.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dificultad al respirar.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Escupe sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Algún defecto del corazon.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

CABEZA Y CUELLO

Fuertes dolores de cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Perdida de la audicion.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cronica obstrucción nasal.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Frecuentes mareos.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Zumbidos en los oidos.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor cronico de la lengua.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Perdida de la vision.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de oidos.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Frecuente molestias de encias.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dolor de los ojos.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Secrecion de oidos.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ronqueras prolongadas.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vision doble.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sangrado nasal Frecuente.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Rigidez persistente del cuello.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ve como luces con ojos cerrados.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de dientes.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Inflamaciones en el cuello.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

MUSCULOS/ARTICULACIONES/NERVIOS

Sensacion de picazon.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Movimiento limitados.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dificultad hablar.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Algun entumecimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemas en articulaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dificultad para caminar.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Crisis nerviosa.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemas con alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Espasmos musculares.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Derrames Cerebrales.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemas con drogas.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alguna paralisis.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Perdida de la memoria.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemas mentales.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Temblores.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cambios en la personalidad.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Varices.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

HISTORIA QUIRURGICA: NO SI

Si contesto si, escriba todas las operaciones y la edad cuando fue intervenido (incluya tambien las cirugias menores:

ACCIDENTES: Describa los accidentes con lesiones y la edad:

ENFERMEDADES: Indique las enfermedades que tuvo (incluya las de la infancia tambien) y la edad en que las tuvo:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Alergia Cancer Alta precion Diabetes Corazon Derrame cerebral

Patient Registration Information (continued)

Federal regulations require us to ask about Race and Ethnicity. Please make your selections below:

Patient Name: _____

Primary Language: _____

Race (Circle one)

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Hispanic / Latino
- Multi Racial – Asian / White
- Multi Racial – Black / Asian
- Multi Racial – Black / White
- Multi Racial – Indian / White
- Multi Racial – Other
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- White
- Decline to Answer

Ethnicity (Circle one)

- Hispanic
- Non-Hispanic
- Prefer not to answer

WERNER GONZALEZ FAMILY PRACTICE, INC.
47-250 WASHINGTON ST STE "A"
LA QUINTA, CA. 92253
(760) 771-9437 Fax (760) 564-8581

ACKNOWLEDGEMENT OF INFORMATION ON ADVANCE DIRECTIVES

- 1.- I am at least 18 year of age.
- 2.- I realize that I have the option of putting together Advance Directive for my healthcare. My physician has provided me written information concerning these. I understand that is my responsibility to provide my doctor with any documents that are required to carry out my Advance Directives.
- 3.- I am aware tht Advance Directives may be any one of the following:
 - a) A Durable Power of Attorney for Health Care
 - b) The Declaration in the Natural Death Act (Living Will)
 - c) I may write down my wishes, on a piece of paper, so that my family may use the document in deciding my medical treatment in the event I am unable to do so.

Patient Signature _____ Date _____

Patient name (Print) _____ DOB: _____

WERNER GONZALEZ FAMILY PRACTICE

47-250 Washington, Suite A

La Quinta, CA 92253

Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha Vigente: el 14 de abril de 2003

Este aviso describe cómo información sobre Usted puede ser usada y divulgada y cómo Usted puede tener acceso a esta información. Revíselo con cuidado, por favor.

Sus Derechos de Información de Salud- Aunque su historial médico está en manos de su médico o la clínica que lo hizo, esta información pertenece a Usted. Usted tiene el derecho de:

- Pedir una restricción de ciertos usos y ciertas divulgaciones de su información, sin embargo, no tenemos que estar de acuerdo con su petición de restricción
- Inspeccionar y obtener una copia de su historial médico, excepto en ciertas circunstancias limitas al hacer una petición escrita. Hay un pagar para hacer fotocopias de su historial médico. Si no le damos a Usted acceso a su historial médico por cierta razones, le explicaremos el por qué y que derechos tiene Usted para desafiar ese rechazo.
- Enmendar su historial médico. Su petición debe estar en forma escrita y Usted necesita dar una razón. Si rechazamos su petición, le explicaremos el por qué y que derechos tiene Usted para desafiar ese rechazo. Aún si aceptamos su petición, no borraremos ninguna información que ya está en su historial médico. Usted tiene el derecho de añadir un apéndice (hasta 250 palabras) a su historial médico.
- Obtener un informe de su información médica para propósitos que no son para su tratamiento, el pago, las operaciones de cuidado médico, divulgaciones a Usted y autorizadas por Usted revelaciones incidentales y ciertas otras revelaciones excluidas. Su petición debe estar escrita.
- Pedir la comunicación de su información médica por un modo alternativo o a ubicaciones alternativas.
- Revocar la autorización de usar o divulgar su información médica excepto si ya se haya hecho lo que Usted pidió.

Nuestras Responsabilidades- Esta organización tiene que:

- Mantener la privacidad de su información médica.
- Darle a Usted información de nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad respecto a la información que colectamos y mantenemos sobre Usted.
- Acatar las reglas vigentes de este aviso.
- Avisarle a Usted si no podemos estar de acuerdo con una restricción pedida por Usted.
- Estar de acuerdo con las peticiones razonables que Usted hace para comunicarse su información médica confidencial de un modo alternativo o a ubicaciones alternativas. Por favor, póngase en contacto con el "Correspondence Desk" para hacer esta petición.
- No usar o divulgar su información médica sin su autorización, excepto como descrito en este aviso.

Ejemplos de Divulgaciones para el Tratamiento, el Pago y Las Operaciones de Cuidado Médico -

- **Usaremos y divulgaremos su información médica para el tratamiento.**
Por ejemplo: Información obtenida por su médico, enfermera u otro miembro de su equipo médico será anotada en su historial médico. Su médico escribirá sus observaciones en su historial médico. Podemos divulgar su información médica requerida por su médico para su tratamiento a los proveedores de servicios especializados o auxiliares. Esos proveedores apuntarán todo de su cuidado en sus documentos y darán una copia de sus observaciones a su médico. De este modo, Usted recibirá el tratamiento y su médico sabrá cómo Usted responde al tratamiento.
- **Usaremos y divulgaremos su información médica para los pagos.**
Por ejemplo: Se puede mandar una cuenta a Usted, o su compañía de seguros o a un tercero. La información en la cuenta o junta con la cuenta puede contener información que le identifica a Usted y también su diagnóstico, y los procedimientos y abastecimientos usados en el tratamiento por lo cual se pide el pago. También podemos divulgar su información médica a uno de sus proveedores de cuidado médico cuando ellos piden los pagos.
- **Usaremos y divulgaremos su información médica para nuestras operaciones de cuidado médico.**
Por ejemplo: Nuestro personal y el equipo médico que está encargado de mejorar la calidad de cuidado médico puede usar la información en su historial médico para evaluar el cuidado y los resultados de su caso. Esta información entonces será utilizada en un esfuerzo de mejorar la calidad de servicios que provee esta organización.
- **Usaremos y divulgaremos su información médica para las operaciones de cuidado médicos de otros.**
Por ejemplo: Podemos divulgar su información médica a otros proveedores de servicios médicos o pagadores de servicios médicos sólo si ya tienen una relación con Usted y el propósito es para asegurar la calidad de sus servicios, para evaluar su grupo paritario, para detectar el fraude, u otros propósitos limitados.

Participación en su cuidado: Podemos divulgar información a los individuos que participan en su cuidado o a individuos que pagan su cuidado o ayudan a pagar su cuidado.

El abuso, la negligencia o la violencia doméstica: Podemos divulgar información para reportar el abuso, la negligencia o la violencia doméstica a una entidad gubernamental o una agencia de servicio social o a una agencia de servicios protegidos (autorizado por la ley).

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos divulgar información médica a una agencia encargada por la ley de supervisar actividades médicas.

Procedimientos judiciales y administrativos: Podemos divulgar información médica durante un caso jurídico o administrativo.

Amenaza Seria a La Salud o Seguridad: Podemos divulgar información médica para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad de otra persona.

Funciones Especializadas del Gobierno: Podemos divulgar información médica requerida por las autoridades militares o para los veteranos

Información de Ingeniería Genética: Si guardamos información de ingeniería genética de Usted, la comunicaremos sólo a los departamentos estatales que controlan nuestro trabajo o si estamos requeridos por la ley de divulgar esa información. De lo contrario, comunicaremos esta información sólo si nos da permiso escrito.

Información de Enfermedades Contagiosas: Si Usted tiene una enfermedad contagiosa, como la VIH/SIDA, proveeremos esa información a su proveedor de cuidado médico, a los proveedores de adquisición de órganos o si requerido por la ley. Por todos los otros propósitos, comunicaremos esta información sólo con su permiso.

Investigación: Podemos divulgar información a los investigadores cuando ha sido aprobada su investigación por una junta analítica institucional que ha analizado la investigación y ha establecido unos protocolos para asegurar la privacidad de su información médica.

Directores Funerarios: Podemos divulgar información médica a los directores funerarios de acuerdo con las leyes que les permiten realizar sus deberes.

Educación del Paciente: Podemos comunicar con Usted para recordarle de su cita o proveerle información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios o servicios de salud que posiblemente son de interés para Usted.

Compensación del Trabajador/ Responsabilidad de los Tercios: Podemos divulgar sólo la información médica necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación del trabajador o los tercios u otros programas similares establecidos por la ley.

Salud Pública: Como requerido por la ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades legales o de salud para prevenir o controlar la enfermedad, la herida o la incapacidad.

La Prisión: Si Usted está en la cárcel podemos divulgar información médica necesaria a la cárcel o a sus agentes para su salud y la salud y la seguridad de otros individuos.

Hacer Cumplir La Ley: Podemos divulgar información médica para los propósitos de hacer cumplir la ley, como es nuestro deber bajo la ley.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer nuevas para toda la información médica que mantenemos y guardamos. Si cambiamos nuestras prácticas, pondremos unos avisos en nuestra oficina o en el Sitio Web: www.myDOHC.com.

Para más información, o para avisarnos de un problema o de ejercer sus derechos, póngase en contacto con: Gerente del Servicio al Cliente: (760) 320-5134, Ext. 1302. No hay represalias si Usted presenta una queja. Usted también puede ponerse en contacto con el Secretary of the Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights, San Francisco Office, U.S. Department of State, Old Federal Building, 50 United Nations, San Francisco, CA, 94102-4102.

Reconozco que he recibido este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Paciente Firma de Responsable

Fecha

Fecha de nacimiento: _____