

REGISTRO DEL PACIENTE

(Si se trata de un reclamo de indemnización laboral, notifíquenos al registrar su ingreso).

Para uso de la oficina solamente. Tabla n.º _____

Este formulario se debe completar antes de la consulta con el médico para garantizar que se obtengan registros precisos de su historia clínica y un compromiso de pago por parte de su compañía de seguros. Los acuerdos de pago se deben concretar al momento del servicio.

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

N.º de seguro social _____ Raza _____ Estado civil S C D V

Sexo M F Transgénero M F Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Correo electrónico _____

¿Cómo supo de nosotros? _____ ¿A qué proveedor vino a ver? _____

Información de contacto de emergencia

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Información del titular de la póliza (si no es el paciente)

Titular de la póliza/nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Parentesco con el paciente _____ N.º de seguro social _____ Sexo M F

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Indique si la información proporcionada corresponde al seguro primario o secundario. La información del seguro médico provista es completa. No poseo otra cobertura de atención médica. _____ Inicial

Médico de atención primaria

Teléfono _____

Derivado por Médico _____ Amigo _____ Sitio web _____

Nombre _____ Teléfono _____

Información del empleo

Empleador _____ Ocupación _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Información de la farmacia

Nombre _____ Teléfono _____

Doy mi permiso para que Surgical Group of North Texas, LLP y cualquier miembro del personal divulguen toda información relacionada con mi historia clínica o mis registros de facturación a las siguientes personas:

Firma _____ Fecha _____

HISTORIA CLÍNICA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Sexo M F Transgénero M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil S C D V

****Indique el motivo por el cual viene al médico hoy.**** _____

¿LE HAN REALIZADO ALGUNA CIRUGÍA PREVIAMENTE? (Marque todas las opciones que correspondan y especifique el año).

- Apendicectomía _____ Hernia: Izquierda Derecha Umbilical _____
- Biopsia de mama _____ Histerectomía _____
- Cirugía de cáncer de mama _____ Cirugía de abdomen abierto _____
- Bypass coronario _____ Extirpación de un ovario: Izquierdo Derecho _____
- Vesícula biliar _____ Otra _____

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD? (Marque o especifique lo que corresponda).

- Diabetes Tipo I Tipo II Asma Cáncer de pulmón Hipertensión arterial
- Enfisema Accidente cerebrovascular Problemas renales Diálisis
- Reflujo Problemas hepáticos Úlcera estomacal Enfermedad cardíaca
- Problemas de coagulación Frecuencia cardíaca irregular Insuficiencia cardíaca congestiva Enfermedad tiroidea
- Colesterol alto Otro _____

**** ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE SOMETIÓ A LO SIGUIENTE? ****

Año del último Papanicolau: _____ Año de la última mamografía: _____

Año de la última colonoscopia: _____ Año de la última vacuna antigripal: _____

Año de la última vacuna contra la neumonía: _____ ¿Ha viajado recientemente al Caribe, Centroamérica o América del Sur?

Sí No

HISTORIA CLÍNICA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Sexo M F Transgénero M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil S C D V

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? (Marque o especifique lo que corresponda).

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina (81 mg o 325 mg) | <input type="checkbox"/> Coumadin | <input type="checkbox"/> Effient | <input type="checkbox"/> Eliquis |
| <input type="checkbox"/> Plavix | <input type="checkbox"/> Pradaxa | <input type="checkbox"/> Otros anticoagulantes 7. _____ | |
| 1. _____ | 4. _____ | 8. _____ | |
| 2. _____ | 5. _____ | 9. _____ | |
| 3. _____ | 6. _____ | 10. _____ | |

¿PADECE ALGUNA ALERGI A O EFECTO ADVERSO PROVOCADOS POR EL MEDICAMENTO? Sí No

(Especifique a continuación).

HISTORIAL SOCIAL

Consumo de tabaco Exfumador Sí No _____ paquetes/día _____ años Consumo de otra droga

Consumo de alcohol Exalcohólico Sí No _____ copas/día _____

Edad de la primera menstruación _____ Edad del primer parto _____ Premenopáusica Posmenopáusica

¿EXISTEN PROBLEMAS DE SALUD EN SU FAMILIA(ejemplo: padres, hermanos, hijos)? (Marque todas las opciones que correspondan y especifique su relación)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros cánceres _____ | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades _____ |

REVISIÓN DE SISTEMAS

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Sexo M F Transgénero M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil S C D V

¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS? (Marque todas las opciones que correspondan).

CONSTITUTIVO

- Escalofríos Fatiga Letargo Fiebre persistente
 Debilidad Pérdida de peso

OÍDOS, NARIZ, BOCA Y GARGANTA

- Secreción del oído Afonía Pérdida de la audición Dolor en la boca
 Congestión nasal Hemorragia nasal Problemas de sinusitis Dolor de garganta
 Inflamación de la garganta Dolor/inflamación de la lengua Dolor de dientes Cambios en la voz

ENDÓCRINO

- Tolerancia al frío Tolerancia al calor Aumento de la sed Aumento de la producción de orina
 Mal funcionamiento de la tiroides Aumento de peso Pérdida de peso

GASTROINTESTINAL

- Dolor abdominal Anorexia Sangre en las heces Constipación
 Diarrea Dolor al tragar Dolor rectal Reflujo
 Vómitos con sangre

GENITOURINARIO

- Sangre en la orina Evacuación frecuente de la orina Dolor al orinar Dolor testicular
 Inflamación de los testículos Urgencia por orinar Orinar por las noches

CARDÍACO

- Dolor o molestia en el pecho Incapacidad de acostarse horizontalmente Hinchazón de las piernas
 Palpitaciones Dificultad para respirar al esforzarse

PULMONAR

- Tos con sangre Tos seca Dolor al respirar Neumonía
 Tos con expectoración Dificultad para respirar Sibilancia

LOCOMOTOR

- Artritis Dolor de espalda Hinchazón de las extremidades Dolor articular
 Inflamación articular Dolor muscular Dolor de cuello

NEUROLÓGICO

- Problemas en la vejiga Problemas intestinales Confusión Desmayo
 Dolores de cabeza Sensación de mareo leve Adormecimiento Problemas para caminar
 Convulsiones Cambios en la visión Debilidad

PSICOLÓGICO

- Agitación Ansiedad Confusión Depresión
 Alucinaciones Insomnio Estrés

CUTÁNEO

- Escoriación Hematomas Picazón Laceraciones
 Sarpullidos

NOTIFICACIÓN DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Esta notificación describe de qué manera se podría utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a ella. Léala detenidamente.

Como proveedor de atención médica, tenemos la obligación legal de mantener la privacidad de su información médica, de entregarle esta "Notificación de normas de confidencialidad" y de acatar estos términos.

Podríamos divulgar las historias clínicas y otra información de salud que lo identifique para su tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- El tratamiento se compone de la prestación, coordinación y gestión de la atención médica y los servicios afines por parte de uno o más proveedores de atención médica. Esto incluye la coordinación de la atención con un proveedor externo, la consulta entre proveedores de atención médica y la derivación a otro proveedor.
- El pago supone el desempeño de actividades en pro de la obtención del pago de servicios, como determinación de elegibilidad y beneficios, certificación o autorización previas de servicios, facturación y recaudación, entre otros.
- Las operaciones de atención médica hacen referencia a los aspectos comerciales relacionados con la ejecución de nuestras prácticas, como la evaluación de la calidad y la mejora de las actividades.

Es posible que nos pongamos en contacto con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información de salud relacionada con los beneficios y servicios que podría obtener. Utilizaremos o divulgaremos la información de salud protegida para cualquier otro fin, sin su autorización. Cualquier otra autorización también podría revocarse. Mediante una solicitud por escrito, usted tiene los siguientes derechos en relación con su información de salud:

- Derecho a solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgaciones.
- Derecho a recibir comunicados confidenciales de su información de salud protegida.
- Derecho a revisar y copiar su información de salud protegida.
- Derecho a modificar su información de salud protegida.
- Derecho a obtener un registro de divulgaciones de su información de salud protegida.

Existen situaciones en las que no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción del uso y la divulgación de su información o de modificación de su información de salud protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras normas de confidencialidad y de aplicar normas de confidencialidad modificadas a la información de salud protegida.

Si tiene alguna duda o sospecha que existe alguna violación a los derechos de privacidad, puede llamar al supervisor o al encargado de la oficina de confidencialidad al (972) 254-9399. No se tomarán represalias contra ninguna persona que presente un reclamo. Los reclamos también pueden presentarse ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. Sin embargo, preferimos que se comunique con nosotros para poder corroborar cualquier inconveniente cuando surge.

Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2005

POLÍTICA FINANCIERA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Nuestro interés principal es que usted reciba los tratamientos adecuados y opcionales que necesita para recobrar su salud.

Les pedimos a todos los pacientes que lean y firmen nuestra política financiera, y que completen el formulario de información del paciente antes de la consulta con el médico. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestras políticas de pago, no dude en preguntarle al personal de nuestra oficina.

El copago vence al momento de la prestación de los servicios. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, y para su comodidad, las tarjetas MasterCard y Visa.

Como cortesía, nos complacerá presentar su reclamo de seguro por reembolso, siempre y cuando traiga su tarjeta del seguro con toda la información. Es su responsabilidad proporcionarnos información correcta y actualizada sobre el seguro. No obstante, debe saber que:

1. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros NO formamos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, y no con la compañía de seguros. Haremos todo lo posible para ayudarlo, pero se trata de su póliza seguro. Es su responsabilidad conocer su red de servicios de salud y qué médicos e instalaciones de atención médica puede utilizar.
2. No todos los servicios tienen cobertura en todos los contratos. Los servicios sin cobertura serán su responsabilidad. Consulte al proveedor de su plan de seguro.
3. Los copagos y el deducible impago vencen al momento del tratamiento.
4. Puede pagar el saldo adeudado con dinero en efectivo, cheques o las tarjetas de crédito MasterCard y Visa.

Entendemos que los problemas financieros circunstanciales pueden incidir en la capacidad de pago en tiempo y forma del saldo adeudado. Le recomendamos que nos notifique de dichos problemas para que podamos ayudarlo a gestionar su cuenta.

Una vez más, gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Valoramos que confíe en nosotros y que nos brinde la oportunidad de prestarle servicios.

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Yo, _____, doy mi consentimiento para que los Dres. Alibhai, Clifford, Emerson, Matin, Rivera, y Shafi (Surgical Group of North Texas, LLP) utilicen y divulguen la información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Podré repasar la notificación de normas de confidencialidad para obtener más información sobre uso y divulgación.

Acepto que los términos de las normas de confidencialidad pueden cambiar, y que puedo pedir una copia de la notificación en cualquier momento durante el horario de atención normal.

Acepto que puedo solicitar que se apliquen restricciones al uso y a la divulgación de mi información. También acepto que Surgical Group of North Texas, LLP no está obligada a aceptar esos pedidos; no obstante, si está de acuerdo, está obligada a concederlos.

Este consentimiento puede revocarse presentando una solicitud por escrito a Surgical Group of North Texas, LLP. Esta revocación no afecta ningún uso o divulgación que ya se haya realizado.

Recibí una copia de la "Notificación de normas de confidencialidad".

Firma

Fecha