

## 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



**FORMULARIO DE COMUNICACIÓN HIPAA DEL PACIENTE**  
*Declaración para sí y para terceros*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

A. **FAMILIARES Y AMIGOS:** La política oficial de SGNT es no divulgar información médica confidencial sobre su tratamiento a familiares o amigos, a excepción de:

- (i) padres/tutores legales;
- (ii) otras personas autorizadas por el paciente;
- (iii) lo que podamos inferir razonablemente conforme a las circunstancias (por ejemplo, si ingresa con un familiar o amigo a la sala de examen, asumiremos, a menos que usted se oponga, que esa persona tiene derecho a recibir información sobre su tratamiento);
- (iv) situaciones de emergencia;
- (v) lo que permita la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

Si prevé que necesitará o deseará que su información médica se le comunique a alguien más que a usted, indíquelo a continuación.

Al firmar a continuación, autoriza a las siguientes personas a recibir la información solicitada sobre sus cuidados y tratamiento. Las actualizaciones de este formulario se deben realizar en persona.

_____ Nombre	_____ Relación	_____ Teléfono
_____ Nombre	_____ Relación	_____ Teléfono
_____ Nombre	_____ Relación	_____ Teléfono

B. **COMUNICACIÓN ALTERNATIVA:** Deseo ser contactado de la siguiente manera.  
(marcar todo lo que corresponda)

Teléfono particular \_\_\_\_\_

- Se puede dejar un mensaje detallado
- Dejar solo un número de contacto

Teléfono comercial \_\_\_\_\_

- Se puede dejar un mensaje detallado
- Dejar solo un número de contacto

Teléfono celular \_\_\_\_\_

- Se puede dejar un mensaje detallado
- Dejar solo un número de contacto

Comunicación por escrito

Se puede enviar a la dirección particular

Portal del Paciente                      Sí    o    No

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante                      Relación con el Paciente                      Fecha