



Información Sobre El Paciente

1. INFORMACION EL PACIENTE		
NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO	PRIMERO	MEDIO INICIAL
NOMBRE PREFERIDO/ SOBRENOMBRE	# DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/YYYY
SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL	DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO
DIRECCION DE ENVIO		# DE LICENCIA
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
ESTE ES UN INCIDENTE RELACIONADO CON EL TRABAJO		MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
SI NO		
<u>RAZA:</u> ___ ASIATICO O DE ISLAS DEL PACIFICO ___ HISPANO ___ AFRICANO AMERICANO ___ AMERICANO ___ OTRO: _____ ___ PREFIERO NO MARCAR ETNICIDAD/RAZA	<u>ETNICIDAD:</u> ___ HISPANO O LATINO ___ NO SOY HISPANO O LATINO	<u>IDIOMA PREFERIDO:</u> ___ INGLES ___ ESPANOL ___ OTRO: _____
2. INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA		
NOMBRE	RELACION	CONTACTO DE EMERGENCIA # DE TELEFONO ()
3. INFORMACION DEL GARANTE		
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/YYYY	# DE SEGURO SOCIAL
RELACION DEL PACIENTE	DIRECCION DEL GARANTE	EMPLEADOR GUARANTOR
4. AUTORIZACION COMUNICATIVA:		
NUMERO DE TELEFONO		
TELEFONO MOVIL		OK PARA DEJAR UN MENSAJE DETALLADO SI OR NO
OPERADOR DE TELEFONIA CELULAR:	<input type="checkbox"/> Verizon <input type="checkbox"/> Cellular One <input type="checkbox"/> T-Mobile <input type="checkbox"/> Sprint <input type="checkbox"/> AT & T <input type="checkbox"/> Cricket Wireless <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TELEFONO DE CASA		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TELEFONO DE DIA		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TELEFONO DE GARANTE		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
QUIERES RECIBIR RECORDATORIOS DE MENSAJES DE TEXTO* SI NO		
SMSC TEXTO: mensajes enviados a través de mensaje no protegido-no enviaremos información personal por mensaje de texto. Pueden aplicarse tarifas de msg y datos.		
PREFIERO SER CONTACTADO: ___ CELULAR ___ CASA ___ DIA ___ PORTAL DEL PACIENTE ___ CORREO ELECTRONICO		
5. QUE FARMACIA (S) UTILIZAS: 1) _____ 2) _____		

X _____
Firma del Paciente O Representante Legal

Relacion

Fecha



Gracias por elegir a Stephenville Medical & Surgical Clinic, PA (SMSC) y Community Health Clinic (CHC) y Eye Care Consultants (ECC) para sus necesidades de salud. Estamos comprometidos para ofrecer servicios de atención médica excepcionales a usted, nuestro paciente. Como parte de nuestra relación profesional, es importante que usted comprenda nuestra política financiera.

Todo paciente favor de leer y llenar esta forma antes de proveer servicios.

- **Es su responsabilidad de presentar su seguro médico a cada cita.**
 - Si Ud. no muestra su seguro médico vigente a tiempo, probablemente su seguro médico negará su reclamo. Si su reclamo es negado, ud será responsable por los gastos de los servicios recibidos.
 - Tenemos que reclamar, que como sus proveedores de servicio, nuestra relación es con ud, el paciente, y no con su seguro médico. Su seguro médico es un contrato con ud, su seguro médico y posible su patrón. Es su responsabilidad de entender el level de servicios cubiertos por su seguro médico.
 - Probablemente aceptaremos su seguro médico después de verificar su cobertura. Por al tanto, es importante saber que su seguro médica talvez no cubra todos los servicios recibidos. **Ud. es responsable por todos los servicios no considerados beneficio con su seguro médico.**
 - Antes de recibir beneficios, es su responsabilidad en saber si SMSC, P.A. CHC. es proveedor participante con su seguro médico. También será necesario nombrar a su doctor con su seguro médico antes de consultar si es requerido con su a seguridad. En el evento de que no participemos con su seguro médico, mandaremos un reclamo, como cortesía, pero pago en total será requerido el mismo día.
 - Copagos, coa seguranzas y/o deducibles son debidos al tiempo de servicios. Le daremos un presupuesto dependiendo en la información recibido por su seguro médico. De toda manera, ud es responsable en pagar por complete el balance cuando su seguro médico reciba y responda a nuestro reclamo- dependiente mente de nuestro presupuesto.
 - Si no tiene seguro médico, le daremos un 20% descuento por pagar su día en efectivo.
- **Es su responsabilidad de darnos su información personal más vigente.**
 - Es su deber de darnos su dirección, todos los números de teléfono vigentes y cual quiere otra información de contacto. **Si su dirección cambia, es su responsabilidad de informarnos sobre esos cambios.**
 - Le mandaremos (a la dirección dada) notificaciones sobre balances. Si tiene preguntas o disputa la validez de esos balances, es su responsabilidad de llamar a nuestra oficina de negocios entre 30 días del recibo de su nota. Puede contactarnos al 254-968-6051 ext. 4204.
 - **Pago se vence al tiempo de recibir su nota.** Balances no pagados durante los 30 días al ver recibido la nota son considerado tarde y vencidos.
 - Si no puede pagar su nota en total, tendrá que comunicarse con la oficina de negocios a discutir un plan de pago. Si ud no cumple con su plan de pago, su cuenta sera derigido a nuestra oficina de colección de mal crédito o a un abogado. **Ud será responsable por todos los gastos incurridos, incluyendo de abogado y costo de corte si se aplica.**
 - En el evento que ud submeta un cheque y es regresado por su bancl por cual quiere razón, abra un costo de \$30.00 adicional a su balance por cada cheque regresado. En adicional, perseguiremos ayuda legal para recubrir cargos bajo la ley de Texas.
 - **Sus citas serán canceladas o cambiadas para otro día si su cuenta es suspendida por falta de pago.**

Pago completo es debido al momento de servicio. Aceptamos pagos en dinero, con cheque (con identificación apropiado), tarjetas de débito/crédito Y CareCredit. He leído y entiendo esta política financiera.

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE

FECHA

RELACION

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

REVISADO 3/10; 1/11; 6/11; 6/13; 7/18;1/19



Autorización de HIPAA para la divulgación de información de salud del paciente

En general, la HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud) otorga a los pacientes el derecho de solicitar los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). El paciente también tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, o que se haga una comunicación de PHI por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a su casa. Esta información permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

- Teléfono de casa o celular: _____
 - OK para dejar un mensaje con información detallada
 - Deje el nombre y el médico solo con el número de devolución de llamada
- Teléfono de trabajo: _____
 - OK para dejar un mensaje con información detallada
 - Deje el nombre y el médico solo con el número de devolución de llamada
- Cuando no pueda contactarme por teléfono, se puede enviar una comunicación por escrito a mi domicilio.
- Otro: _____

Doy mi consentimiento y autorizo la divulgación de información médica a los siguientes:

- Solo Yo
- Contestador Telefónico / Correo de Voz
- Mi Esposa: _____
- Mis Hijos: _____
- Mis Padres: _____
- Otro: _____

Doy mi consentimiento y autorizo la divulgación de información financiera a los siguientes:

- Solo Yo
- Contestador Telefónico / Correo de Voz
- Mi Esposa: _____
- Mi Hijos: _____
- Mis Padres: _____
- Otro: _____

Por la presente, doy permiso a mi médico para discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con mi (s) otro (s) médico (s) y farmacéutico (s) con respecto a mi uso de medicamentos recetados por mi (s) otro (s) médico (s).

Si No

¿Tiene una directiva avanzada (Testamento en vida)?

Si No

Doy mi consentimiento y autorizo a su oficina o instalación a realizar llamadas y / o enviar mensajes de texto que contengan información importante sobre mi cuenta, incluida información de marketing y notificaciones vencidas a través de un sistema de marcado telefónico automático.

Si No

Firma del paciente / tutor (debe ser un adulto mayor de 18 años)

Fecha

Escriba el nombre del paciente

Cumpleaños



Autorizaciones, Formas, Y Consentimientos

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo, el abajo firmante, como el paciente (o representante) doy mi consentimiento y autorizo todos los tratamientos diagnósticos y terapéuticos considerados necesarios o **recomendados** de acuerdo al juicio del doctor en guardia. Entiendo que no se ha hecho garantía o asegurado ningún resultado que se obtenga.

ASIGNACION DE BENEFICIOS: Autorizo que cualquier beneficio o honorarios pagables a mí por cualquier compañía aseguradora sean pagados directamente a Stephenville Medical & Surgical Clinic, o Community Health Clinic, Eye Care Consultants o al proveedor. Entiendo que esta orden no me releva de mi obligación para pagar mi cuenta. Entiendo que soy responsable por los deducibles de la a seguridad y por los coaseguros.

ACCESO DE LA INFORMACION MEDICA: Doy mi consentimiento para soltar, permitir el acceso a, o inspección de mi expediente médico por mi seguro. Autoridades de regulación estatales y federales y/o sus representantes autorizados, you consentimiento adicional y autorizo Stephenville Medical & Surgical Clinic, o Community Health Clinic, Eye Care Consultants para soltar o revisar mi expediente médico según sea necesario para la determinación o colección beneficios de seguro y o en el ejercicio de revisión de la calidad, el mantenimiento de las medidas de confidencialidad y seguridad.

SOLO LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID: Certifico que la información dada en la solicitud de pago bajo Título XVIII de la ley de seguridad social Titulo XIX es correcto. Autorizo la liberación de todos los expedientes requeridos para actuar sobre esta petición para que el pago de beneficios autorizados sea hecho en Stephenville Medical & Surgical Clinic, Community Health Clinic, y/o Eye Care Consultants.

HE LEIDO LAS AUTORIZACIONES, CONSENTIMIENTOS Y ACUERDOS, Y ACEPTO LAS CONDICIONES DESCRITAS ARRIBA, ESTA AUTORIZACION SERAN VALIDOS HASTA QUE SEA REVOCADO POR ESCRITO DEL PACIENTE.

X _____
Firma Del Paciente O Representante Legal

Relación Al Paciente

_____ SMSC/CHC/ECC Employee _____ Employee Name (Printed)

Nombre De Paciente (Impreso)

Fecha



Consentimiento para el Tratamiento

Al firmar este consentimiento, autorizo a mi médico(s) y / o una orden a otra persona para realizar todos los exámenes, pruebas, procedimientos, inyecciones, flebotomía, y que se considere necesario o conveniente cualquier otro tipo de atención para el diagnóstico y el tratamiento de mi condición médica. Este consentimiento es válido por cada visita que hago a Privia Grupo Medico del Norte de Texas, Stephenville Medical & Surgical Clinic, Community Health Clinic, y Eye Care Consultants a menos que sea revocada por mí por escrito.

Escriba el Nombre del Paciente

Cumpleaños

Paciente/Legal Representante Firma

Fecha

Escriba el nombre Legal Representante



**Reconocimiento de Revisión de
Aviso de Prácticas de Privacidad**

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se usara y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho recibir una copia de este documento.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente / representante legal

Fecha de hoy

Nombre del representante legal (en letra de imprenta)

Historia Médica Personal

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Razón de la visita: _____

Sensibilidad a la luz

Ojo afectado: _____

Dolor

Duración: _____

Visión disminuida

Inicio: Gradual Repentino Reciente

Condiciones oculares

	Ojo afectado			Fecha / año Diagnosticado	Medicamentos / Tratamiento
	Derecho	Izquierdo	Ambos		
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Retinopatía diabética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ojos secos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ambliopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lesión traumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Condiciones crónicas del paciente Family History

- | | | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Ambliopía | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón |
| <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Carrera | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Trastorno de la retina | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Desorden sangrante | <input type="checkbox"/> HBP | <input type="checkbox"/> Estrabismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria |
| | | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Trastornos circulatorios |

*** Solo hombres ***

¿Toma actualmente algún medicamento para su próstata? En caso afirmativo, nombre de los medicamentos. _____.

Solo mujeres

Fecha del último período menstrual ____/____/____

¿Podrías estar embarazada? Sí No

Historia médica pasada

- | | | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> ERGE | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de úlcera péptica |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Enfermedad del intestino irritable | |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Próstata benigna Hipertrofia | | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza por migraña | |

Historia Quirúrgica Pasada

- | | Año | | Año |
|--------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | _____ | <input type="checkbox"/> Bypass gástrico | _____ |
| <input type="checkbox"/> Angio con stent | _____ | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | _____ | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera | _____ |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla | _____ | <input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda | _____ | <input type="checkbox"/> LASIK | _____ |
| <input type="checkbox"/> CABG | _____ | <input type="checkbox"/> Biopsia de hígado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Liberación del túnel carpiano | _____ | <input type="checkbox"/> ORIF | _____ |
| <input type="checkbox"/> Extracción de cataratas | _____ | <input type="checkbox"/> Marcapasos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Colectomía | _____ | <input type="checkbox"/> Resección del intestino delgado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Colectomía | _____ | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Colostomía | _____ | <input type="checkbox"/> Amigdalotomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro | _____ | | |

Historia social

Uso de drogas

Sí No Tipo: _____

Uso de alcohol

Sí No Cantidad diaria: _____

Tobacco Use

Sí No Tipo: _____ Cantidad diaria: _____

Caffeine Use

Sí No Cantidad diaria: _____

¿Usted o alguien en el hogar ha sido objeto de negligencia, abuso físico, sexual, emocional o de otro tipo? En caso afirmativo, qué tipo, cuándo, tratamiento, etc. _____.

¿Usted o alguien en el hogar ha sido objeto de violencia doméstica? En caso afirmativo explicar _____

Review of Present Medical Conditions

- | Si No | Si No | Si No | Si No | Si No |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sangrado fácil |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Disnea | <input type="checkbox"/> Poliuria | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Infecciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor | <input type="checkbox"/> Mareos frecuentes | <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío | <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Irr. Latidos del corazón | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Deficiencia inmunológica |
| <input type="checkbox"/> Problemas sinusales | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hinchazón articular | <input type="checkbox"/> Uso de próstata |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Erupción | |
| | | | <input type="checkbox"/> Anemia | |

Lista actual de medicamentos: enumere TODOS los medicamentos: recetados, de venta libre, herbales, suplementos, etc.

FÁRMACO	FUERZA	CON QUÉ FRECUENCIA	LARGO DE TIEMPO TOMADO
Ejemplo: Advil	200 mg	3 veces al día	6 meses

Alergias:

Reacción:

Fecha de comienzo:

No se conocen alergias