

**Información Sobre El Paciente**

<b>1. INFORMACION EL PACIENTE</b>		
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: _____
<b>2. INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA</b>		
NOMBRE	RELACION	CONTACTO DE EMERGENCIA # DE TELEFONO ( )
<b>3. INFORMACION DEL GARANTE</b>		
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/YYYY	# DE SEGURO SOCIAL
RELACION DEL PACIENTE	DIRECCION DEL GARANTE	EMPLEADOR GUARANTOR
<b>4. AUTORIZACION COMUNICATIVA:</b>		
<b>NUMERO DE TELEFONO</b>		
<b>TELEFONO MOVIL</b>		<b>OK PARA DEJAR UN MENSAJE DETALLADO</b> SI OR NO
<b>OPERADOR DE TELEFONIA CELULAR:</b>	<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"/>
<b>TELEFONO DE CASA</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>TELEFONO DE DIA</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>TELEFONO DE GARANTE</b>		<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.		
<b>PREFIERO SER CONTACTADO:</b> ____ CELULAR ____ CASA ____ DIA ____ PORTAL DEL PACIENTE ____ CORREO ELECTRONICO		
<b>5. QUE FARMACIA (S) UTILIZAS:</b> 1) _____ 2) _____		

X \_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente O Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Relacion**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Nacimiento hasta 20 años Formulario de historial de salud**

<b>NOMBRE:</b>	<b>ID DE MEDICAID:</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>INFORMACIÓN / RELACIÓN:</b>
<b>ANOS:</b>	<b>GENERO:</b>
	<b>CASA MÉDICA:</b>

SI EL NIÑO MÁS DE 5 AÑOS: curso de embarazo, parto, parto y lactancia sin complicaciones: Si\* No

\* En caso afirmativo, continúe con "Historial médico personal y familiar."

**SI MAS DE 5 AÑOS**

EL EMBARAZO			
G <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/>		
Número total de niños vivos: _____ Ganancia / pérdida de peso: _____			
Edad de la madre al nacer: _____			
Número de años entre el embarazo anterior y este niño: _____			
La atención prenatal trimestral comenzo: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
Proveedor de atención prenatal _____			
Vitaminas: Y _____ N _____			
COMPLICACIONES MATERNAS			
<input type="checkbox"/>	Sangrado vaginal	<input type="checkbox"/>	Enfermedad similar a la gripe o temperatura alta
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Infección renal o vesical
<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Enfermedad dental
<input type="checkbox"/>	Rh negativo	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (A, B o C)
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Exposición a TB o tuvo TB
<input type="checkbox"/>	Labor prematura	<input type="checkbox"/>	Exposición a plomo / químicos
<input type="checkbox"/>	Infecciones de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	Lesiones / hospitalización / cirugía
USO DE SUSTANCIAS MATERNAS			
<input type="checkbox"/>	Medicamentos de venta libre:		
<input type="checkbox"/>	Medicamentos recetados:		
<input type="checkbox"/>	Tabaco:		
<input type="checkbox"/>	Alcohol:		
<input type="checkbox"/>	Drogas callejeras:		
<input type="checkbox"/>	Cafeína:		
NACIMIENTO / ENTREGA			
Lugar de nacimiento: _____			
Asistente de parto: _____			
Horas de trabajo: _____			
<input type="checkbox"/>	Término	<input type="checkbox"/>	Prematuro (semanas): _____
<input type="checkbox"/>	Más de dos semanas de retraso		
Tipo de entrega: _____			
<input type="checkbox"/>	Vaginal	<input type="checkbox"/>	Cesárea
<input type="checkbox"/>	Pinzas	<input type="checkbox"/>	Otro / Explicación: _____
CURSO DE VIVERO			
<input type="checkbox"/>	Peso de nacimiento:	<input type="checkbox"/>	Longitud de nacimiento:
<input type="checkbox"/>	Dificultad con la respiración inicial		FOC: _____
<input type="checkbox"/>	La ictericia requiere tratamiento		Transfusión _____
<input type="checkbox"/>	Infección		Soplo cardíaco _____
<input type="checkbox"/>	Examen de sangre para recién nacidos (fecha / lugar):		Convulsiones _____
<input type="checkbox"/>	1. _____		
<input type="checkbox"/>	2. _____		
Prueba de audición del recién nacido (en el hospital): Normal Anormal			
Tipo de prueba: ABR OAE Desconocido			
Referencia hecha: S N			

Comentarios: \_\_\_\_\_

FAMILY MEDICAL HISTORY			
Abreviaturas para los parientes enumerados a continuación.			
M- Madre	MGM- Abuela materna	PGM-Abuela paterna	
F- Padre	MGF- Abuelo por parte de madre	PGF-Abuelo paterno	
S- Hermano	MA-Tía materna	PA- Tía paterna	
	MU-Tío materno	PU- Tío paterno	
<input type="checkbox"/>	Anemia / trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/>	Individuo VIH + en el hogar (no identificar)
<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca antes de los 50 años	<input type="checkbox"/>	Colesterol requerido tratamiento
<input type="checkbox"/>	Asma / alergia	<input type="checkbox"/>	Caries dental
<input type="checkbox"/>	Hipertensión / accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	Enfermedad genética o defectos congénitos importantes
<input type="checkbox"/>	Otra inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	Desorden de aprendizaje
<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Retraso mental
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Desorden psiquiátrico
<input type="checkbox"/>	Epilepsia / convulsiones	<input type="checkbox"/>	El consumo de tabaco
<input type="checkbox"/>	Abuso físico / sexual / emocional	<input type="checkbox"/>	Deficiencia auditiva infantil
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	
Otro / Explicación: _____			
HISTORIA MEDICA PERSONAL			
Vacunas actualizadas:	S	N	Registro no disponible
Cuidado dental actual	S	N	Selladores: S N
<input type="checkbox"/>	Trauma / lesiones	<input type="checkbox"/>	Problemas de la vista
<input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	Escuchando problemas
<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Exposición ambiental a toxinas (plomo, etc.)
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Faringitis estreptocócica
<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	Abuso físico / sexual / emocional
<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	Músculo / hueso disease
<input type="checkbox"/>	Infecciones de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	Uso de sustancias (alcohol, drogas, tabaco)
<input type="checkbox"/>	Infecciones del oído	<input type="checkbox"/>	Eczema
<input type="checkbox"/>	Caries de la primera infancia	<input type="checkbox"/>	Retraso en el desarrollo / trastorno del aprendizaje
<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Inmunosupresión
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Desorden psiquiátrico
Other/Explanation: _____			

FECHA: \_\_\_\_\_

Firma / título: \_\_\_\_\_

Firma / título: \_\_\_\_\_

## Política Financiera

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.*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
RELACION

\_\_\_\_\_  
FECHA

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

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE NACIMIENTO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
**RELACION**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**



**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.**

_____	_____	
<b>NOMBRE DEL PACIENTE</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
_____	_____	_____
<b>FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE</b>	<b>RELACION</b>	<b>FECHA</b>

\_\_\_\_\_

SMSC/CHC/ECC Employee

\_\_\_\_\_

Employee Name (Printed)



### **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.

---

**NOMBRE DEL PACIENTE**

---

**FECHA DE NACIMIENTO**

---

**FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE**

---

**RELACION**

---

**FECHA**



**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

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
RELACION

\_\_\_\_\_  
FECHA