

Hoja Demográfica del Paciente/Historia Clínica del Paciente

Fecha de Hoy ___/___/___

Fecha de su Ultimo Exámen ___/___/___

Información Personal del Paciente

Primer Nombre _____		Segundo Nombre _____		Apellido _____	
Dirección _____		Apt # _____	Ciudad _____	Edo _____	Código Postal _____
Tel Casa (____) ____-____		Celular (____) ____-____		E-mail _____	
Fecha de Nacimiento ___/___/___		Edad _____	Altura _____	Peso _____	# Seguro Social ____-____-____
Contacto en Caso de Emergencia _____				Tel (____) ____-____	
Compañía para la que Trabaja _____				Tel (____) ____-____	
Nombre de su Esposo(a) _____				Celular (____) ____-____	
Si el Paciente es Menor de Edad,		Nombre de la Madre _____			
		Nombre del Padre _____			

Información de Asegurancia Médica

<p>Sin Citas o Con Citas: Presente su Tarjeta de Seguro Primario y Secundario (si se aplica) a la Recepcionista.</p> <p>Para Pacientes que estan Imprimiendo Formas de la Página Web de la Clínica y Mandando las Formas por Via Electrónica: Copie y mande por via electrónica su Tarjeta de Seguro(s) a la Clínica para que se pueda verificar su seguro para decrementar su espera el día de su cita..</p>

Historia Clinica

Ha padecido de alguno(s) de las siguientes enfermedades :		
<input type="checkbox"/> Anémia	<input type="checkbox"/> Problemas de la Vesícula	<input type="checkbox"/> Papéras
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/> Crisis Nerviosa
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Pleuresia
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Escarlatina
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Problemas del Estómago
<input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios	<input type="checkbox"/> Alta/Baja Presión Arterial	<input type="checkbox"/> Ulcera
<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Malária	<input type="checkbox"/> Tiroides (Bocio)
<input type="checkbox"/> Diabétes	<input type="checkbox"/> Sarampion	<input type="checkbox"/> Tifoidea
<input type="checkbox"/> Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Várices
<input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/> Tos Convulsiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones
<input type="checkbox"/> Otro _____		
<p>Sufre de Alguna Incapacidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si Contesta Si, Describa _____</p>		
<p>Mujer: Edad de su Primera Menstruación _____ Fecha de su Ultimo Período ___/___/___</p> <p># de Días entre sus Periodos _____ Dolores Menstruales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha de su Ultimo Papanicolao (PAP) ___/___/___ Fecha de su Ultimo Mamograma ___/___/___</p> <p>Tipo de Anticonceptivos _____ Menopausia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>		
<p>Hombre: Secreción del Pene <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>		

Hoja Demográfica del Paciente/Historia Clínica del Paciente

Historia Clínica (continuación)

Vacunas de Adultos: Flu ___/___/___ Neumonía ___/___/___ Tétano ___/___/___ Otras ___/___/___

Vacunas para Menores de Edad: (Por favor incluya su Documentación de Vacunas con esta forma)

Están al Día Si No DPT ___/___/___ Polio ___/___/___
MMR ___/___/___ Tuberculosis ___/___/___ Varicela ___/___/___ HIB ___/___/___

Hepatitis: Si No Si contesta Si, Hepatitis A ___/___/___ o Hepatitis B ___/___/___
Si es Hepatitis B, ha Recibido la Serie de 3 Inyecciones Si No

Enfermedades/Lesiones/Cirugías

Fecha

Alérgias (medicamento, comida, etc.)

Historia de sus Hábitos

Ha Fumado Alguna Vez Si No Cuanto _____ Durante Cuanto Tiempo _____
Cuando Dejó de Fumar _____

Consume Bebidas Alcoholicas Si No Con que Frecuencia y Cantidad _____

Hace Ejercicio Si No Si Contesta Si, con que Frecuencia _____ Duración _____

Declaración de Voluntad Anticipada Si No **Tatuajes** Si No

Historia Familiar

Anote quienes de su familia están vivos o difuntos y sus condiciones de salud:

Familiar	Vivo/Difunto	Sexo	Edad	Causa de Fallecimiento	Condición Médica
Padre	_____	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____	_____
Hermano(a)	_____	_____	_____	_____	_____
Hermano(a)	_____	_____	_____	_____	_____
Hermano(a)	_____	_____	_____	_____	_____

Alguien en su familia padece o ha padecido de algunos de los siguientes enfermedades:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alérgias | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Crisis Nerviosa | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea |
| <input type="checkbox"/> Anémia/Sangrado | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Parálisis/Derrame Cerebral | |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Reumatismo | |
| <input type="checkbox"/> Tos Crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | |

Hoja Demográfica del Paciente/Historia Clínica del Paciente

Este es un document confidencial y permanecerá dentro de su expediente personal en HealthCareClinics. La información que este contiene no sera divulgada a nadie sin su autorización y consentimiento.

Firma del Paciente _____

Fecha ____/____/____

Firma del Asistente Médico _____

Fecha ____/____/____

Médico/FNP/PA-C _____

Fecha ____/____/____



Aviso de Prácticas de Privacidad/Forma de Consentimiento del Paciente

Yo entiendo que como parte de mí cuidado médico, los doctores de HealthCareClinics crean y mantienen información médica describiendo mi historia clínica, síntomas, examen médico, los resultados obtenidos a través de dichos exámenes, diagnóstico, tratamiento y planes para cuidado y/o futuro tratamiento. Yo entiendo que esta información se utilizará para planear mi cuidado y tratamiento, para cobrar por los servicios con que he sido provisto(a), para comunicarse con otros proveedores de cuidado médicos, y el manejo de otras diligencias rutinarias como lo son el ir evaluando la calidad o revisando la aptitud de otros proveedores de salud.

El Aviso de Prácticas de Privacidad de HealthCareClinics da información específica y una descripción completa acerca de como mi información personal puede ser usada y divulgada. Yo entiendo que una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad se puede encontrar en la Recepción y entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que HealthCareClinics se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad. Antes de implementar un nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad, este nuevo Aviso me será enviado por correo a la dirección abajo mencionada. Entiendo que tengo el derecho a restringir el uso y/o diseminación de mi información médica personal para tratamiento, pago o manejos en el cuidado de la salud y que HealthCareClinics no tiene que estar de acuerdo con las restricciones que se hayan solicitado. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento con la excepción que HealthCareClinics ya haya efectuado acciones basándose en mi previo consentimiento. Este consentimiento es válido hasta que haya sido revocado por escrito.

Podemos cambiar nuestra póliza y este Aviso en cualquier momento y las nuevas pólizas pueden aplicarse a toda la información médica protegida la cual mantenemos. En caso de que cambiemos nuestro Aviso, lo colocaremos en lugar visible en la oficina donde podrá ser leído. Podrá pedir una copia de este Aviso o cualquier nuevo Aviso cuando desee (aun si usted nos ha permitido le comuniquemos en forma electrónica). Para más información acerca de este Aviso o nuestras Prácticas de Privacidad y pólizas, por favor comuníquese con la persona mencionada al final de este documento.

NOTA: HealthCareClinics deberá obtener su autorización por escrito para utilizar su Información Médica Privada para cualquier propósito que no sea tratamiento o cobros. Si Ud. desea que HealthCareClinics tenga acceso para divulgar su Información Médica Personal a su esposo(a) o a cualquier otra persona durante su tratamiento, por favor firme abajo.

Yo permito que HealthCareClinics divulgue mi Información Médica Privada (incluyendo fecha/hora de citas) a:

- Esposo(a) (Con letra de molde) _____ Tel (____) ____ - ____
- Miembro de Familia (Con letra de molde) _____ Tel (____) ____ - ____
- Otro(a) (i.e: amigo(a), medico, etc.) _____ Tel (____) ____ - ____
- Solamente a mí y a ningún otro miembro de mi familia.

Esto no sirve como Autorización para Divulgar Información Médico

Yo entiendo que toda la información médica, escrita, oral o en forma electrónica es confidencial y no puede ser divulgada sin permiso previo por escrito exceptuando lo que de otra forma está provisto bajo la ley. Yo entiendo que tengo acceso a, o he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de HealthCareClinics para la siguiente práctica:

HealthCareClinics
5315 Ross Avenue
Dallas, Texas 75206
Tel: (214) 826-2151
Oficial de Privacidad: Laura Miller – Administradora de la Oficina

Una copia de este acuerdo podrá ser usada con la misma validez como una original.

Nombre del Paciente/Representante Legal _____ Fecha ____/____/____
Firma del Paciente/Representante Legal _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____



Authorization for Treatment

I hereby voluntarily agree to diagnostic procedures, medical and/or surgical treatment, which may be administered to or performed on me under the general and special instructions of the attending provider's care and service or the provider's designee(s).

I further understand that the practice of medicine and surgery is not an exact science and that diagnosis and treatment may involve risks. No guarantees have been made to me as to the results of my treatment at HealthCareClinics. I further understand that HealthCareClinics encourages me to ask questions and voice concerns about medical care and/or services and that asking questions and voicing concerns will not compromise my care. (I understand any invasive procedure(s) will be explained and I will be asked to sign an authorization for that treatment).

By signing below I certify that I have read this agreement and/or that it has been explained to me. I certify I understand its contents and that I am the patient or a person duly authorized to execute this agreement and accept its terms.

NOTE: A copy of this agreement may be used with the same effectiveness as an original.

Patient/Parent (if minor) Signature _____ **Date** ____/____/____

Relationship (if not patient's signature) _____ **Date** ____/____/____

Autorización para Recibir Tratamiento Médico

Yo, de manera voluntaria, por intermedio del presente documento estoy de acuerdo en someterme a los procedimientos diagnosticos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos que mi médico o persona designada consideren necesarios y bajo atención e instrucciones de mi médico o de la persona designada.

Además, comprendo que la práctica de la medicina y de la cirugía no es una ciencia exacta y que el diagnostico y tratamiento pueda llevar riesgos. No se me ha otorgado ninguna garantía acerca de los resultados que puedo obtener con el tratamiento recibido en HealthCareClinics. También entiendo que HealthCareClinics me alienta a que haga preguntas y manifieste cualquier preocupación que yo tenga con respecto al cuidado médico o servicios con los cuales me provean. Expresar mi opinión, hacer preguntas o manifestar motivos de preocupación no ponen en peligro mi tratamiento médico. Tengo entendido que cualquier procedimiento(s) que requiera invadir mi cuerpo me será explicado y se requerirá que firme una autorización previa a dicho tratamiento.

Con esta firma doy fe y legalidad que he leído este acuerdo y/o de que me ha sido explicado en su totalidad. Doy fe y legalidad que entiendo el contenido y que yo soy el/la paciente o en su defecto , la persona debidamente autorizada a ejercer y aceptar los terminus de este acuerdo.

NOTA: Copia de este acuerdo puede ser utilizada con la misma validez que con el original.

Firma del Paciente/Padre (si es menor de edad) _____ **Fecha** ____/____/____

Relación al Paciente (si es que esta no es la firma del propio paciente) _____ **Fecha** ____/____/____

POLIZA FINANCIERA

Gracias por haber escogido a HealthCareClinics para sus necesidades de cuidado médico. Estamos comprometidos a proveerle el mejor cuidado medico posible. Lo siguiente es una declaración de nuestra Poliza Financiera que describe las responsabilidades del paciente y la práctica. Si tiene alguna pregunta porfavor llamenos al (214) 826-2151.

MEDICARE

HealthCareClinics acepta asignaciones de Medicare. Nosotros enviamos cualquier reclamo de seguro secundario. Quiza le pediremos que firme una renuncia para exámenes/procedimientos que Medicare no cubre. Tiene el derecho de rehusar estos exámenes/procedimientos. Le pediremos que firme una renuncia diciendo que usted ha rehusado estos exámenes/procedimientos.

TODAS LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS

Reclamos serán enviados a su compañía de seguros. Será responsable a la hora del servicio para todos los co-pagos, co-seguro, deducibles, y servicios que no son cubiertos por plan médico. La responsabilidad financiera por los servicios prestados esta con del paciente a pesar de cualquier cobertura de la aseguradora. A pesar de que haremos todo lo possible para obtener re-embolso de su compañía de seguros, no le podemos garantizar el pago de su reclamo. Enviamos el reclamo como una cortesía. Seguimiento con la compañía de seguros es responsabilidad del paciente. Si el reclamo se convierte en la responsabilidad del paciente , el reclamo deberá ser pagado dentro de un período de 30 días.

HMO's

El paciente es responsable por obtener y mantener referencias validas para cualquier y todos los servicios cubiertos. El departamento de seguros assistirá en obtener referencias para tratamientos. Si el paciente escoje someterse a cualquier servicio sin una referencia valida, el paciente sera financieramente responsable por los todos los cargos. Cualquier y todos los co-pagos se haran a la hora de servicio.

PAGO POR EL PACIENTE

Pago completo se hará a la hora de servicio. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, Visa, Mastercard, y American Express.

CAMBIO DE ASEGURANZA

ES SU RESPONSABILIDAD DE PROVEER NUESTRA OFICINA CON CUALQUIER CAMBIO QUE AFECTE SU SEGURO. Reclamos que se han negado a causa de "facturación inoportuno" sera la responsabilidad del paciente si es que inicialmente no se nos dió la información correcta a donde mandar la facturación lo cual resultó en facturación tardio.

SERVICIOS MEDICOS NECESARIOS

La compañía de seguros puede negar algunos servicios como servicios que no son necesarios. El paciente es responsable por todos los servicios facturables.

FACTURAS

A pesar de cualquier reclamo pendiente, si hay un balance abierto, se le podrá mandar una factura una vez al mez. Cualquier balance restando despues de que el seguro haya pagado tiene que pagarlo en entero dentro de un período de 30 dias.

COLECCIONES Y CHEQUES SIN FONDOS SUFICIENTES

Cuentas delinquentes serán enviados a nuestra agencia de colección. Una cuota de \$25 será agregado a su balance que no ha sido pagado para recuperar nuestros costos de colecciones. En el evento que litigación sea necesario, usted será responsable para los costos de la corte y honorarios del abogado. Un cargo de \$30 le será cobrado por cualquier cheque sin fondos suficientes. Cheques devueltos se les entregará a la oficina del Abogado del Distrito del Condado de Dallas.

POLIZA DE CANCELACION

Cualquier cita cancelada dentro de un periodo de 24 horas de la cita puede ser sujeto a una cuota para cancelación. Si tiene que cancelar una cita, por favor denos por lo menos 24 – 48 horas de aviso.

INFORMACION MEDICO

Su información médico se mantendrá en la mas estricta confidencialidad. Si pide que una copia de su información médica se mande a otro médico o a usted mismo, una autorización por escrito será requerido. Nuestro departamento de información médico le informará de los cargos para procesar esta información y cualquier otra cuota que pueda incurrir. Solamente la información médico que se haya pedido se mandará. Si usted nos trae información médico de otro doctor considere guardar una copia.

Yo le doy consentimiento a HealthCareClinics para usar y divulgar mi información médico protegido para llevar acabo tratamiento, pagos, y administración médico. Con este consentimiento HealthCareClinics puede llamar a mi casa o a otro lugar alternativo y dejarme un mensaje en mi correo de voz o en persona en referencia a cualquier cosa que ayude a que la clínica lleve acabo tratamiento, pagos y administración médico tal como recordatorios, articulos relacionados al seguro y cualquier llamada relacionado a mi cuidado medico, incluyendo laboratorio y/u otro resultado pertinente. HealthCareClinics puede enviar a mi casa o algun lugar alternativo articulos que ayude a la clinica a llevar acabo tratamiento, pagos, y administración medico tal como tarjetas recordatorios con citas, y facturas para el paciente con tal de que se documente por fuera que son Personales y Confidenciales. Al firmar abajo, yo acepto que he leído y entiendo la información presentada arriba y deseo recibir servicios diagnosticos y de tratamiento de HealthCareClinics. Estoy de acuerdo de ser totalmente responsable para cualquier y todos los cargos por servicios dados y no cubiertos por mi plan de seguro.

Una copia de este acuerdo puede ser usado con la misma eficacia que la original.

Nombre (en letra de molde) _____

Firma _____ **Fecha** ____/____/____