



FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Masculino _____ Femenino _____ Otro _____ Estado Civil: _____

Grupo Etnico: Caucasico _____ Hispano/Latino _____ Afroamericano _____ Asiatico _____ Otro _____

Dirección de la Casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Telefono mobil: _____

S.S.# _____ Correo Electrónico: _____

Nombre y Telefono del trabajo: _____

Informacion de contacto de Emergencia

Nombre: _____

Relacion al paciente: _____ Telefono: _____

Informacion de farmacia

Nombre de Farmacia: _____

Direccion: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Informacion de Seguro

Póliza de Seguro Primaria:

Nombre de seguro: _____ Número de Id: _____ Grupo#: _____

Nombre de asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Relación del Paciente al asegurado: Mismo _____ Esposo(a) _____ Hijo(a) _____ Otro _____

Póliza de Seguro Secundaria:

Nombre de seguro: _____ Número de Id: _____ Grupo#: _____

Nombre de asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Relación del Paciente al asegurado: Mismo _____ Esposo(a) _____ Hijo(a) _____ Otro _____

Asegurado / Informacion de Asegurado (si no es el paciente)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Masculino _____ Femenino _____ Otro _____ Relación con Paciente: _____

Direccion: _____

S.S.#: _____ Teléfono: _____



FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Si el paciente es un niño(a) o esta incapacitado y no puede tomar decisiones medicas por si mismo, favor de proveer el nombre(o nombres) de los padres, custodio o guardian legal mas abajo (debe de proveer poder legal indicando assignacion):

Información de los padres, custodio(a) o guardián legal

Informacion de la Madre

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

S.S.#: _____ Teléfono: _____

Informacion del Father

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

S.S.#: _____ Teléfono: _____

Informacion de custodio(a) o guardián legal

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

S.S.#: _____ Teléfono: _____

Authorization para no guardianes legales

Por favor provea el nombre de las personas que pueden traer a su hijo(a) en caso de que a usted no le sea posible. Ejemplo: Madrastra, Padrastro, abuelos, hermana, etc.) Se le pedirá ID para verificar su identidad.

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Firma de Padres/Guardián legal

Fecha



FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Favor de tener en cuenta que cobramos porciones de seguro estimadas cuando es necesario en cada visita. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía, trataremos de verificar su elegibilidad y presentaremos sus reclamos con su compañía de seguros. Sin embargo, la responsabilidad de saldar cargos no cubiertos por su aseguranza es suya, independientemente de la estimación original de beneficios de su seguro. Todos los deducibles, coseguros y copagos vencen en el momento del servicio. También, le requerimos una copia actualizada de su tarjeta de seguro para tenerla en su archivo en nuestra oficina. Tratamos de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre su plan de seguros, sin embargo, le recomendamos comunicarse con su seguro directamente para obtener información más precisa. Si su seguro cambia, es su responsabilidad informar a nuestra oficina para actualizar su Información.

Asignación de beneficios

Por favor, lea y firme para que nuestra oficina registre su seguro. Autorizo la divulgación de información y entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento médico. Por la presente autorizo los pagos directamente a Araceli Amador, MD de los beneficios del seguro que de otro modo me serían pagaderos.

También autorizo a AGP Family Health Clinic a administrarme los servicios médicos que razonablemente se consideren necesarios para diagnosticar y tratar mi enfermedad, lesión o condición. Al firmar este documento, le notifico que he leído y entendido toda la información contenida en este documento.

Patient Signature/Firma del Paciente: _____ Date/Fecha: _____

Legal Guardian/Guardián Legal: _____ Date/Fecha: _____



FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Formulario de reconocimiento y consentimiento de HIPAA del paciente

_____ **(Iniciales del paciente)** Aviso de prácticas de privacidad. Reconozco que he recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de la práctica, la cual describe las formas en que la práctica puede usar y revelar la información de mi cuidado de salud para su tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud y otros usos y revelaciones descritos y permitidos, entiendo que puedo contactar al Oficial de Privacidad designado si tengo una pregunta o queja. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica.

_____ **(Iniciales del paciente)** Divulgación de información. Por la presente permito a la práctica y a los médicos u otros profesionales de la salud que participan en el cuidado de pacientes internos o externos a revelar información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La información de la atención médica puede ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente para verificar la cobertura o las preguntas de pago, o Medicaid, autorizo la divulgación de información de atención médica a la Administración de Seguro Social o a sus intermediarios o portadores para el pago de una reclamación de Medicare o la agencia estatal apropiada para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, sin limitación, historial y físico, registros de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso del médico, notas de la enfermera, consultas, informes psicológicos y/o psiquiátricos, tratamientos de drogas y alcohol y resumen de alta. Las leyes federales y estatales pueden permitir que este centro participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y/o otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información médica entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros médicos: disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información con el fin de mejorar la calidad; y otros propósitos que puedan ser permitidos por la ley. Entiendo que este centro puede ser miembro de una o más de esas organizaciones.



FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Divulgación a amigos y/o familiares

Doy permiso para que mi información médica protegida sea divulgada con el propósito de comunicar los resultados, hallazgos y decisiones de atención a los familiares y otras personas que se mencionan a continuación:

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Condiciones de la autorización

Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, no afectará a ninguna acción previa que ya se haya realizado en base a mi autorización. Puede que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener registros. Puedo revocar esta autorización escribiendo una carta y enviándola por correo certificado, con acuse de recibo, al Oficial de Privacidad del proveedor de salud. La información utilizada o revelada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario y ya no está protegida por las Regulaciones Federales de Privacidad.

Esta autorización es válida para la divulgación de información como se ha indicado anteriormente. Solo los registros de esta clínica pueden ser divulgados legalmente. Cualquier registro para otros médicos debe obtenerse de ellos.

Patient Signature/Firma del Paciente: _____ Date/Fecha: _____

Legal Guardian/Guardián Legal: _____ Date/Fecha: _____



FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Authorization to Obtain/Release Medical Information

You must complete this form thoroughly.

Patient's Name: _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____

Home Address: _____

I hereby authorize Magnificat Primary Care & Wellness Center to obtain or share my medical information.

Unless otherwise stated, records will be shared with them. Please submit records within 14 business days.

Name of previous Physician or Medical Facility: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

The information that will be disclosed: **All Medical Records** .

Current treating physicians with whom we may send/receive health information with:

Name: Dr. Richard Andres Pedroza Address: 888 Graham Dr., Tomball, TX 77375

Specialty: Family Medicine Physician Phone: (832) 684-3939

Conditions of Authorization

I may revoke this authorization in writing. If I do, it will not affect any previous actions already taken in reliance upon my authorization. I may not be able to revoke this authorization if its purpose was to obtain records. I may revoke this authorization by writing a letter and mailing it certified, return receipt requested, to the Privacy Officer at the health provider listed above. Information used or disclosed pursuant to the authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by Federal Privacy Regulations.

This authorization is valid for the release of information as indicated above. Only records from this facility can be legally released. Any records for other physicians can be obtained from them.

Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____



FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Cada vez que usted recibe un tratamiento en nuestra clínica, nosotros recibimos, creamos y guardamos información sobre su salud, tratamiento y pago de servicios. Nunca usaremos o divulgaremos su información sin su autorización (permiso) por escrito salvo en los casos que se describen en este aviso.

CÓMO PODRÍAMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Podríamos usar y divulgar su información médica sin su autorización con fines relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de la atención médica. Entre otros ejemplos se incluyen:

Usar o compartir su información médica con otros proveedores de salud que intervengan en su tratamiento o con la farmacia responsable de proporcionarle sus medicamentos con receta.

Usar o compartir su información médica con su plan médico para obtener el pago correspondiente a los servicios o para determinar si califica para recibir beneficios gubernamentales en el marco de un plan médico.

Usar o compartir su información médica para llevar a cabo nuestra actividad, evaluar el desempeño de los proveedores, educar a los profesionales de salud o desempeñar nuestras labores administrativas generales.

Podríamos compartir su información médica con nuestros socios comerciales, que necesitan esta información para prestar los servicios en nuestro nombre y se comprometen a proteger la privacidad y seguridad de su información médica siguiendo las normas del Departamento.

Podríamos usar o divulgar su información médica sin su autorización y de conformidad con la ley para incluirla en nuestro directorio de pacientes o para compartirla con los familiares o amigos responsables de su cuidado o con una agencia de asistencia en caso de desastre, con el fin de informar a sus familiares o amigos de su ubicación y estado en una situación de emergencia.

Podríamos usar y divulgar su información médica sin su autorización para ponernos en contacto con usted para las siguientes actividades, de conformidad con la ley y las normas de la agencia: enviarle recordatorios de sus citas; describir o recomendar tratamientos alternativos; informarle acerca de los beneficios y servicios médicos que puedan ser de su interés; recaudar fondos.

Además, podríamos usar y divulgar su información médica sin su autorización para los siguientes fines:

Para actividades de salud pública tales como informar sobre enfermedades, lesiones, nacimientos o fallecimientos a las autoridades sanitarias públicas aprobadas para recibir este tipo de información, o para informar a la FDA sobre problemas relacionados con dispositivos médicos;

Para cumplir con las leyes sobre indemnización laboral y programas similares;

Para alertar a las autoridades competentes sobre víctimas de abuso, maltrato, descuido o violencia doméstica; si la agencia tiene motivos razonables para creer que usted es una víctima de abuso, maltrato, descuido o violencia doméstica, haremos todo lo posible por obtener su permiso, si bien en algunos casos podríamos vernos obligados a informar a las autoridades o recibir autorización para ello;

Para actividades de vigilancia de la salud como auditorías, investigaciones e inspecciones;

Para llevar a cabo investigaciones aprobadas por una Junta de Revisión Institucional o junta de privacidad; para prepararse para trabajos de investigación (por ejemplo, redactar una propuesta de investigación); o para la investigación sobre información de personas fallecidas; para crear o compartir información médica que no contenga ningún dato identificativo o solo algunos datos identificativos (conjuntos de datos limitados);

Para procedimientos judiciales y administrativos como las respuestas a una citación o a otra orden judicial;

Para colaborar con los agentes de la ley en la identificación o localización de un sospechoso o una persona desaparecida;

Para colaborar con forenses, examinadores médicos o directores de funerarias en el desempeño de sus obligaciones laborales;



Para colaborar con las organizaciones que gestionan la donación, la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos;

Para prevenir graves amenazas a la salud o la seguridad públicas;

Para funciones especializadas del gobierno tales como actividades de militares y veteranos, seguridad nacional e inteligencia, y otras situaciones de detención policial;

Para divulgaciones incidentales, como cuando se escucha información en una sala de espera a pesar de haberse hecho todo lo posible para proteger su confidencialidad; y tal y como requiera o autorice la ley local, estatal o federal.

Las protecciones de privacidad adicionales bajo la ley estatal o federal se aplican a la información sobre el abuso de sustancias, información de salud mental, cierta información relacionada con enfermedades o información genética. No usaremos ni compartiremos este tipo de información a menos que la ley lo autorice de manera expresa. No usaremos ni divulgaremos información genética para las aseguradoras.

Siempre le pediremos permiso para usar o compartir su información con fines de marketing, para usar o compartir las notas de sus sesiones de psicoterapia, cuando haya pagos por parte de un tercero, o con cualquier otro fin no descrito en este aviso ni requerido por la ley. Tiene el derecho a cancelar su autorización, salvo en aquellos casos en que ya hayamos actuado con base en ella. Puede cancelar su autorización enviando su petición por escrito al funcionario responsable de la privacidad según se indica a continuación.

SU DERECHO A LA PRIVACIDAD

Aunque su expediente médico es propiedad de AGP Family Health Clinic, usted tiene derecho a: Inspeccionar y copiar su información médica, incluidos sus informes de laboratorio, previa petición por escrito y con algunas excepciones. Podríamos cobrar una tarifa razonable y con base en el costo por proporcionarle estos documentos según lo dispuesto en la ley.



Recibir comunicaciones confidenciales sobre su información médica (por ejemplo, pedir que nos pongamos en contacto con usted en cierta dirección o número de teléfono). Podríamos pedirle que presente su petición por escrito con una declaración o explicación del motivo de su solicitud.

Solicitar la enmienda de la información médica sobre usted que consta en nuestros archivos. Todas las solicitudes para enmendar la información médica deben realizarse por escrito e incluir el motivo de la solicitud.

Solicitar un recuento (una lista) de ciertas divulgaciones de su información médica que podríamos hacer sin su autorización. Tiene derecho a recibir una lista gratis en cualquier periodo de doce Meses.

Solicitar que limitemos la forma en que usemos y divulguemos su información médica para tratamientos, pagos y actividades médicas, o a sus familiares y amigos. No estamos obligados a aceptar su petición, excepto cuando nos pida que no compartamos información con su plan médico sobre los servicios que usted haya pagado íntegramente con su propio dinero.

Obtener una copia en papel de este aviso previa petición.

Puede presentar por escrito cualquiera de las peticiones señaladas anteriormente a nuestro agente responsable de privacidad.

NUESTRAS OBLIGACIONES

Estamos obligados a notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en lo que respecta a su información médica. Debemos proteger la privacidad de cualquier información que le identifique a usted y avisarle en caso de que su información médica se use o divulgue de manera que ponga en riesgo la privacidad de dicha información.

Estamos obligados a cumplir los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y a hacer que el aviso revisado sea válido para toda la información médica que obra en nuestro poder. Puede solicitar una copia del aviso revisado en su próxima visita.

No tomaremos ninguna represalia contra usted por presentar una queja.



FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Questionario de Historia Medica

Describe brevemente sus problemas de salud actuales.

Por favor, indique los nombres de los doctores que lo atienden en actualidad:

Cuando fue el ultimo examen de su corazon / nombre del cardiologo?

Cuando fue el ultimo examen de vision / nombre del especialista?

Cuando fue su ultimo examen dental / nombre del especialista?

Cuando fue su ultimo examen de los pies / nombre del especialista?

Cuando fue su ultimo examen de la piel / nombre del especialista?

Nombre otros especialistas: Urologo, Neurólogo, Endocrinologo, Rheumatologo,

etc: _____



FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Directivas básicas

Esperemos que no a corto plazo, pero si una enfermedad se produce o empeora, usted prefiere:

- Preferira no ir al hospital, no importa que tratar de forma conservadora solo con medicamentos, si no responde entonces morir en casa con medicamentos de confort
- Ir al hospital para diagnosticar y estabilizar, pero usar solo medicamentos, atencion de comodidad solo si empeorando
- Ir al hospital, el tratamiento incluye ventilador/respiracion artificial hasta 2 semanas si es necesario, pero sin resucitacion cardiopulmonar agresiva
- Ir al hospital con tratamiento para incluir un ventilador por un periodo prolongado si es necesario, pero sin RCP agresiva
- Ir al hospital con un tratamiento que incluye ventilador y RCP agresiva

La preferencia siempre puede cambiarse, pero es util tener un entendimiento básico antes de que surja una emergencia.

**La resucitacion cardiopulmonar agresiva incluye compresiones en el pecho, costillas rotas, electrochoques al corazon, medicamentos para mantener artificialmente la presion sanguinea, con un 15% de supervivencia a corto plazo despues de los 80 anos.*

Medicamentos

Tiene alergias a un medicamento?

- No
- Si - A que? _____

Por favor, indique los medicamentos que esta tomando ahora. Incluya los medicamentos sin receta y las vitaminas o suplementos:

Nombre del medicamento	Dosis (numero de pildoras por dia)	Razon para tomarlo?
------------------------	-------------------------------------	---------------------



FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Historial Medico Anterior

El paciente ahora o alguna vez ha tenido:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> La enfermedad de Crohn |
| <input type="checkbox"/> Presion arterial alta | <input type="checkbox"/> Neumonia | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Rotura de la piel | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Cancer (tipo) _____ | <input type="checkbox"/> Accidented cerebrovasculares | <input type="checkbox"/> Ulcera de estomago o peptica |
| <input type="checkbox"/> Convulsion | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los rinones | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazon | <input type="checkbox"/> Piedras en el rinon | |

Cirurgias/ operaciones, describa procedimiento y fecha:

Otras condiciones medicas (por favor, indique): _____

FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

En el ultimo mes, ha tenido el paciente alguno de los siguientes problemas?

General

- Aumento de peso, cuanto?

- Perdida de peso, cuanto?

- Cansancio
- Debilidad
- Fiebre
- Sudores nocturnos

Musculo/Articulaciones/Huesos

- Entumecimiento
- Dolor en las articulaciones
- Debilidad muscular
- Inflamacion de las articulaciones, donde?

Orejas

- Zumbido en los oidos
- Perdida de la audicion

Ojos

- Dolor
- Enrojecimiento
- Vision doble
- Vision borrosa
- Ceguedad

Corazon y Pulmones

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Dificultad para respirar
- Desmayos
- Piernas o pies hinchados

Sistema Nervoso

- Dolores de cabeza
- Mareos
- Desayos o perdida de conciencia
- Entumecimiento u hormigueo
- Perdida de memoria

Estomago e intestinos

- Nausea
- Acidez gastrica
- Dolor de estomago
- Vomitos
- Ictericia amarilla
- Aumento del estrenimiento
- Diarrea persistente
- Sangre en las heces
- Heces negras

Piel

- Enrojecimiento
- Erupcion
- Caída del cabello

- Cambios de color en las manos o pies

Sangre

- Anemia
- Coagulos

Rinon/orina/vejiga

- Miccion frecuente o dolorosa

Psiquiatricos

- Depression
- Preocupaciones excesivas
- Dificultad para dormir
- Dificultad para permanecer dormido
- Ansiedad
- Poco apetito
- Antojos de comida
- Llanto frecuente
- Cambios de humor
- Pensamientos /intentos de suicidio
- Estres
- Irritabilidad
- Mala concentracion
- Pensamientos acelerados
- Alucinaciones
- Discurso rapido
- Pensamientos culpables

Otras problemas medicos (por favor, indique): _____
