

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES (Por favor imprima)

Nombre legal del paciente: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (MI) _____

Nombre completo preferido (si es diferente al anterior): _____

Número de Seguro Social del Paciente: _____

Raza _____ Etnicidad _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Celular: _____

Doy permiso para divulgar la información de la cita a quien contesta el teléfono en mi(s) número(s) de teléfono listado(s) Sí No

Identidad de género: Mujer Hombre Elige no revelar _____

Idioma: _____ Interpretar servicios requeridos? Sí _____ No _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono#: _____

Farmacia de pedidos por correo: _____ Teléfono#: _____

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (si no es propio)

Nombre de la parte responsable : (Último)(Primero)(MI) _____

Fecha de nacimiento: MM____/DD____/YYYY____ Sex: Mujer Hombre Número de teléfono: _____

Número de Seguro Social de la Parte Responsable: _____ - _____ - _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Phone#: _____ Relationship: _____

AUTORIZACIÓN HIPAA

Doy permiso a mi médico para discutir y / o divulgar cualquier información médica relacionada con mi atención médica a los siguientes familiares / amigos. Soy consciente de que puedo revocar o modificar este permiso en cualquier momento por escrito.

Nombre: _____ Teléfono#: _____ Relationship: _____

Nombre: _____ Teléfono#: _____ Relationship: _____

Nombre: _____ Teléfono#: _____ Relationship: _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Por la presente doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento en la instalación. Permiso que la instalación y sus empleados, médicos y otras personas involucradas en mi cuidado me traten de la manera que consideren beneficiosa para mí. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y recibir información sobre mi atención y tratamiento, y el derecho a retirar mi consentimiento para el tratamiento y / o prueba. Doy mi consentimiento para exámenes, análisis de sangre (incluidos análisis de sangre para enfermedades transmisibles como hepatitis y VIH / SIDA cuando los proveedores de atención médica han estado expuestos a mi sangre / fluidos), procedimientos de laboratorio e imágenes, medicamentos, infusiones, atención de enfermería y otros servicios o tratamientos prestados por el personal de la instalación bajo las instrucciones, orden o dirección de dicho médico (s).

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Por favor, complete las áreas resaltadas sólo en esta página

Sección A: Esta sección debe completarse para todas las autorizaciones			
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Teléfono del paciente:	Ultimo SSN de 4 dígitos (opcional)
Nombre del médico o establecimiento:	Nombre del destinatario: Centros de Atención Primaria de Texas		
Fax: _____ Teléfono: _____ Dirección:	1259 FM 1463, Ste. 400 Katy, Texas 77494		
	Fax del destinatario # 888-720-2860	Teléfono del destinatario#: 832-695-9400	
Solicitar entrega (si se deja en blanco, se proporcionará una copia impresa): <input type="checkbox"/> Copia <input type="checkbox"/> en papel Medios electrónicos, si están disponibles (por ejemplo, unidad USB, CD/DVD) <input type="checkbox"/> Correo electrónico cifrado Correo electrónico <input type="checkbox"/> sin cifrar NOTA: En caso de que la instalación no pueda acomodar una entrega electrónica según lo solicitado, se proporcionará un método de entrega alternativo (por ejemplo, copia en papel). Existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda ver su PHI sin su consentimiento al recibir medios electrónicos o correos electrónicos sin cifrar. No somos responsables del acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato ni de ningún riesgo (por ejemplo, virus) que pueda introducirse en su computadora/dispositivo al recibir la PHI en formato electrónico o por correo electrónico.			
Dirección de correo electrónico (Si el correo electrónico está marcado anteriormente. Por favor, imprima de forma legible): N/A xxxxxxxxxxxxxxxx			
Esta autorización expirará en lo siguiente: (Complete la Fecha o el Evento, pero no ambos). Fecha: 31/12/2024 Evento:			
Propósito de la divulgación: Continuación de la atención			
Descripción de la información que debe utilizarse o divulgarse			
¿Es esta solicitud de notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces este es el único artículo que puede solicitar en esta autorización. Debe enviar otra autorización para otros elementos a continuación. <input checked="" type="checkbox"/> No, entonces puede verificar tantos elementos a continuación como necesite.			
Descripción: <input type="checkbox"/> Información completa de la sala de emergencias de registros <input type="checkbox"/> médicos <input type="checkbox"/> Laboratorio / Imágenes / Informes <input type="checkbox"/> de procedimientos Formulario de admisión <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> de dictado Lista / hojas de medicamentos <input type="checkbox"/> Otra(s) fecha(s): _____			
Reconozco, y por la presente doy mi consentimiento a ello, que la información divulgada puede contener alcohol, abuso de drogas, información genética, psiquiátrica, pruebas de VIH, resultados de VIH o información sobre el SIDA. _____ (Inicial)			
Lo entiendo: Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios pueden no estar condicionados a la firma de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación. Puede encontrar más detalles en el Aviso de prácticas de privacidad. Si el solicitante o receptor no es un plan de salud o proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad y se pueda volver a divulgar. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa de copia razonable, si la solicito. Recibo una copia de este formulario después de firmarlo.			
Sección B: ¿La solicitud de PHI tiene fines de comercialización y/o implica la venta de PHI? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el plan de salud o el proveedor de atención médica debe completar la Sección B, de lo contrario, vaya a la Sección C.			
¿Recibirá el destinatario una remuneración financiera a cambio de utilizar o divulgar esta información? En caso afirmativo, describa: _____			<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
¿Puede el destinatario de la PHI intercambiar más la información para obtener una remuneración financiera?			<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
Sección C: Firmas			
He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida como se indica.			
Firma del paciente / representante del paciente:		Fecha:	
Imprimir nombre del paciente / representante del paciente:		Relación con el paciente: SELF	

Comunicaciones sobre My Healthcare

Estoy de acuerdo en que el Proveedor, o un agente del Proveedor o el consultorio de un médico independiente puede comunicarse conmigo con el fin de programar las visitas de seguimiento necesarias recomendadas por el médico tratante.

Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular en el que se pueda contactar conmigo, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atención médica en la dirección de correo electrónico o texto que he proporcionado o que usted o su administrador de EBO hayan obtenido, en cualquier número de texto reenviado o transferido desde ese número. Estas instrucciones pueden incluir, pero no limitarse a: instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información de prescripción. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones a familiares o representantes designados con respecto a mi tratamiento o condición, o mensajes recordatorios para mí con respecto a citas para atención médica.

Nota: Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La práctica/clínica no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular según lo dispuesto en su plan móvil (comuníquese con su proveedor para conocer los planes de precios y los detalles).

Divulgación de información.

Por la presente permito que la práctica / clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención hospitalaria o ambulatoria divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de atención médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o transportistas para el pago de un reclamo de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información puede incluir, sin limitación, historial y registros físicos, de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso del médico, notas de enfermería, consultas, informes psicológicos y / o psiquiátricos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen de alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que esta instalación participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y / u otros participantes de la industria de atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuyendo el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y cualquier otro propósito que pueda ser permitido por la ley. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de una o más de esas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química y / o enfermedades infecciosas, incluidas, entre otras, enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y el SIDA.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores de todas las páginas y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Acuerdo financiero: Reconozco que, como cortesía, Primary Care Centers of Texas puede facturar a mi compañía de seguros por los servicios que me brindan. Acepto pagar por los servicios que no están cubiertos o cargos cubiertos no pagados en su totalidad, incluidos, entre otros, cualquier copago, coseguro y / o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro. Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos.

Cobro de terceros: Reconozco que Primary Care Centers of Texas puede utilizar los servicios de un socio comercial externo o entidad afiliada como una oficina comercial extendida ("EBO Servicer") para la facturación y el servicio de cuentas médicas.

Asignación de beneficios: Por la presente asigno a Primary Care Centers of Texas cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me brindan. Entiendo que Primary Care Centers of Texas tiene el derecho de rechazar o aceptar la asignación de dichos beneficios. Si estos beneficios no se asignan a Primary Care Centers of Texas, acepto enviar todos los pagos de seguro de salud o de terceros que reciba por los servicios que se me prestan inmediatamente después de recibirlos.

Certificación de pacientes de Medicare y asignación de beneficios: Certifico que cualquier información que proporcione, si corresponde, al solicitar el pago bajo el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a los Centros de Atención Primaria de Texas por el programa Medicare o Medicaid.

Consentimiento para llamadas telefónicas para comunicaciones financieras: Acepto que, para que los Centros de Atención Primaria de Texas, o los administradores y agentes de cobro de la Oficina Comercial Extendida (EBO), den servicio a mi cuenta o cobren cualquier cantidad que pueda adeudar, acepto y doy mi consentimiento expreso que los Centros de Atención Primaria de Texas o el administrador de EBO y los agentes de cobro puedan comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número de teléfono, sin limitación de servicio móvil, he proporcionado o Centros de Atención Primaria de Texas o EBO Servicer y agentes de cobranza han obtenido o, en cualquier número de teléfono enviado o transferido desde ese número, con respecto a los servicios prestados, o mis obligaciones financieras relacionadas. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

Resurtidos: Si necesita un resurtido de su medicamento, le pedimos que llame a su farmacia y les diga qué medicamento necesita volver a surtir. Ellos, a su vez, nos enviarán un fax o nos llamarán con toda la información que necesitamos para volver a surtir el medicamento. **Si nos llama, le pediremos que llame a su farmacia. No resurtimos medicamentos después del horario comercial o los fines de semana.** Nuestros proveedores no tienen acceso a sus registros médicos después del horario comercial. Asegúrese de comunicarse con su farmacia **al menos 3 días hábiles antes de que se quede sin el medicamento** para dar tiempo a que se procese el resurtido; las solicitudes de resurtido se permiten hasta 72 horas para el procesamiento una vez recibidas. Una visita reciente al consultorio puede ser necesaria antes de que se administren los resurtidos. No podemos recetar medicamentos para condiciones que no han sido tratadas en la clínica. Por lo general, tenemos disponibilidad el mismo día para las citas.

DESPUÉS DEL HORARIO COMERCIAL, FINES DE SEMANA Y FESTIVOS

Nuestro horario comercial normal es de 8 a.m. a 12 p.m. y de 1 p.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Estamos cerrados los principales días festivos de Estados Unidos. En caso de una emergencia, una situación potencialmente mortal o síntomas preocupantes, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Nuestros proveedores no tienen acceso a sus registros médicos después del horario comercial, los fines de semana o los principales días festivos. Si desea programar una cita de rutina, llame durante el horario comercial.

Nombre del paciente: _____ D.O.B. _____

Medicamentos actuales Sin medicamentos actuales

Lista de medicamentos / equipos: solo incluya medicamentos / vitaminas / equipos médicos / etc. actuales.

Nombre	Fuerza	Dosificación	Suministro para 30 o 90 días	Último prescrito por	Necesita recarga

Historia clínica

Motivo de la visita: Chequeo Nuevo problema de salud Establecer cuidados / resurtidos de medicamentos Otros _____

(Por favor, marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> agrandamiento de la próstata	<input type="checkbox"/> incontinencia
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> caídas frecuentes/problema de equilibrio	<input type="checkbox"/> enfermedad renal (renal)
<input type="checkbox"/> ansiedad	<input type="checkbox"/> cálculos biliares	<input type="checkbox"/> cálculos renales
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> ERGE/reflujo ácido	<input type="checkbox"/> dificultad para respirar
<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> afección de la piel
<input type="checkbox"/> coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> tipo de ETS:
<input type="checkbox"/> Tipo de cáncer:	<input type="checkbox"/> Tipo de hepatitis: accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tipo de diabetes:	<input type="checkbox"/> presión arterial alta	<input type="checkbox"/> enfermedad tiroidea
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> colesterol alto	<input type="checkbox"/> pérdida de visión
<input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/> síndrome del intestino irritable	<input type="checkbox"/> otros:

Enumere cualquier elemento adicional relacionado con lo anterior:

Embarazada Lactancia materna Fecha del último ciclo menstrual _____

Alergias Sin alergias conocidas

Medicamento/Alimento: _____ Reacción: _____ Crítico

Medicamento/Alimento: _____ Reacción: _____ Crítico

Otra alergia: _____

Cirugías/hospitalizaciones pasadas Sin cirugías Sin hospitalizaciones

Año: _____ Procedure/Motivo: _____ Facility _____

Año: _____ Procedure/Motivo: _____ Facility _____

Año: _____ Procedure/Motivo: _____ Facility _____

Nombre del paciente: _____ D.O.B. _____

Historia clínica- *Continuación*

Consumo de alcohol: Nunca Anterior Ocasional Moderado Frecuentemente Tipo: Cerveza Licor de vino

Fumador: Nalguna vez Años anteriores fumado: _____ Actual (edad iniciada _____) Paquetes por día _____

Otros tabacos: Nunca Años anteriores Usado _____ Actual (Edad Iniciada _____) Latas por día _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Pareja Viuda

Ocupación: Estudiante Tiempo completo Tiempo parcial Ama de casa Jubilada Discapacitada No empleada

Nivel de estrés: Bajo Moderado Alto ¿Cuáles son sus factores estresantes? _____

Exámenes de salud

Trabajo de laboratorio	Fecha	Facilidad	¿Anormal? Y N
Prueba de Papanicolaou	Fecha	Facilidad	¿Anormal? Y N
Mamografía	Fecha	Facilidad	¿Anormal? Y N
Colonoscopia	Fecha	Facilidad	¿Anormal? Y N
Densidad ósea	Fecha	Facilidad	¿Anormal? Y N
Examen de detección de cáncer de pulmón	Fecha	Facilidad	¿Anormal? Y N

Vacunas

Influenza	Fecha	Herpes zóster	Fecha
Covid-19	Fecha	Tétanos	Fecha
Neumocócico	Fecha	Otro:	Fecha

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTERIOR

NOMBRE: _____

PH#: _____ **FAX#:** _____

ESPECIALISTAS NOMBRE DEL PROVEEDOR:

Dr: _____ Teléfono: _____

Dr: _____ Teléfono: _____

Antecedentes médicos familiares No se conocen antecedentes familiares significativos

Miembro	Estado / Edad	Condiciones de salud	Causa de muerte / Edad en el momento de la muerte
Hija	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Desconocido EDAD:		
Padre	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Desconocido EDAD:		
Hijo	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Desconocido EDAD:		
Esposo	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Desconocido EDAD:		
Madre	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Desconocido EDAD:		
Abuelo	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Desconocido EDAD:		

Nombre del paciente: _____ D.O.B. _____