



Infórmenos cómo supo de nosotros.

Nombre del médico que deriva:

Radio T.V. Panfleto Motor de búsqueda

Otro, *especifique*: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Fecha: _____ PACIENTE NUEVO: ACTUALIZACIÓN

Paciente: _____

APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL 2.º NOMBRE PREFERIDO TÍTULO

HOMBRE MUJER HIJO* ESTUDIANTE** SOLTERO/A CASADO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A

*SI EL PACIENTE ES UN MENOR, PROPORCIONE EL(LOS) NOMBRE(S) DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR A CONTINUACIÓN:

NOMBRE(S) DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR

**SI EL PACIENTE ES ESTUDIANTE, COMPLETE: TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO

ESCUELA/LUGAR

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Seguro social del paciente: _____

Dirección: _____

DIRECCIÓN 1: _____

DIRECCIÓN 2: _____

CIUDAD CALLE CÓD. POSTAL

TEL. PARTICULAR: _____

TEL. CELULAR: _____

OTRO: _____

LOCALIZADOR: _____

FAX: _____

Correo electrónico: _____

¿Es por derivación? Sí No Derivó: _____

INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA

En el caso de una emergencia, proporcione la información del familiar más cercano o a quien haya designado como persona de contacto

NOMBRE RELACIÓN Tel.: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

DIRECCIÓN 1: _____

DIRECCIÓN 2: _____

CIUDAD CALLE CÓD. POSTAL

TEL. PARTICULAR: _____ Ext: _____

TEL. CELULAR: _____

OTRO: _____

LOCALIZADOR: _____

FAX: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Afiliado: _____

APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL 2.º NOMBRE PREFERIDO TÍTULO

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Seguro social del asegurado: _____

Empleador asegurado: _____

Relación del paciente con el asegurado: PROPIO PACIENTE CÓNYUGE HIJO OTRA

ASEGURADORA PRINCIPAL:

N.º de grupo/póliza: _____ N.º de identificación: _____

Dirección: _____

CIUDAD CALLE CÓD. POSTAL

TEL.: _____

TEL. GRATUITO: _____

FAX: _____

ASEGURADORA SECUNDARIA:

N.º de grupo/póliza: _____ N.º de identificación: _____

Dirección: _____

CIUDAD CALLE CÓD. POSTAL

TEL.: _____

TEL. GRATUITO: _____

FAX: _____



Dallas Medical Physician Group

INFORMACIÓN DEL MÉDICO ANTERIOR

Proveedor: _____ Teléfono: _____
 Clínica/Centro: _____
 Dirección: _____

 CIUDAD CALLE CÓD. POSTAL
 Motivo para el cambio: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRINCIPAL

Médico: _____ Teléfono: _____
 Clínica/Centro: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

SALUD GENERAL: EXCELENTE BUENA REGULAR MALA

S N ¿Cuenta con la atención de un médico ahora?
 S N ¿Tuvo alguna internación en los últimos 5 años? _____
 S N ¿Alguna enfermedad/cirugía grave? _____
 S N ¿Usa tabaco en cualquiera de sus formas? Si responde "Sí", ¿qué tipo? _____
 S N ¿Antes de las visitas médicas necesita medicación previa debido a una afección cardíaca o por una articulación artificial?
 S N ¿Toma algún medicamento recetado o medicamento/drogas de venta libre diarios? Si responde "Sí", explíquelo en la sección Medicamentos.

PARA PACIENTES MUJERES: S N ¿Amamanta actualmente? S N ¿Está embarazada actualmente? Fecha probable de parto: _____

¿Conoce algún motivo por el que los procedimientos médicos de rutina puedan representar un riesgo para usted, nuestro personal u otros pacientes? S N Si responde "Sí", describa:

¿Hay algo importante sobre su afección médica que no le hayamos preguntado? S N Si responde "Sí", describa:

PARA TODOS LOS PACIENTES: ¿TIENE, O HA TENIDO, ALGO DE LO SIGUIENTE? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.): NINGUNO

<input type="checkbox"/> REFLUJO ÁCIDO	<input type="checkbox"/> BULIMIA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS AUDITIVOS	<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD(TDAH)	<input type="checkbox"/> CÁNCER/NEOPLASIA	<input type="checkbox"/> ATAQUE CARDÍACO	<input type="checkbox"/> RADIACIÓN/QUIMIOTERAPIA
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> PARÁLISIS CEREBRAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CARDÍACA	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RESPIRATORIA
<input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> DEPENDENCIA QUÍMICA	<input type="checkbox"/> SOPLO CARDÍACO	<input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA
<input type="checkbox"/> ANOREXIA	<input type="checkbox"/> VARICELA	<input type="checkbox"/> HEPATITIS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SENOS PARANASALES
<input type="checkbox"/> ANSIEDAD	<input type="checkbox"/> CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/> ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)
<input type="checkbox"/> VÁLVULA CARDÍACA ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TIROIDES
<input type="checkbox"/> ARTICULACIONES ARTIFICIALES	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS HEPÁTICOS	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS
<input type="checkbox"/> ARTRITIS	<input type="checkbox"/> MAREOS/DESMAYOS	<input type="checkbox"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL	<input type="checkbox"/> ÚLCERAS
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA/CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> MONONUCLEOSIS	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD VENÉREA
<input type="checkbox"/> AUTISMO/SÍND. DE ASPERGER	<input type="checkbox"/> INFECCIONES FRECUENTES DE OÍDO	<input type="checkbox"/> MARCAPASOS	
<input type="checkbox"/> TRASTORNO HEMORRÁGICO	<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	<input type="checkbox"/> OTRA - MENCIONE: _____	

PARA TODOS LOS PACIENTES: ¿ES ALÉRGICO O ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNA REACCIÓN A LO SIGUIENTE? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDE.)

<input type="checkbox"/> ASPIRINA	<input type="checkbox"/> CODEÍNA	<input type="checkbox"/> INTOLERANCIA A LA LACTOSA	<input type="checkbox"/> PÍLDORAS PARA DORMIR	<input checked="" type="checkbox"/> NINGUNO
<input type="checkbox"/> ANESTÉSICO - LOCAL	<input type="checkbox"/> LÁCTEOS	<input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD AL METAL	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS CON SULFITOS	
<input type="checkbox"/> BARBITÚRICOS	<input type="checkbox"/> LÁTEX	<input type="checkbox"/> SEDACIÓN CON ÓXIDO NITROSO	<input type="checkbox"/> PENICILINA/OTROS ANTIBIÓTICOS	
<input type="checkbox"/> OTRO - MENCIONE: _____				



INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS

PARA TODOS LOS PACIENTES: ¿ACTUALMENTE TOMA ALGO DE LO SIGUIENTE? (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

 NADA

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICOS/MEDICAMENTOS
CON SULFITOS | <input type="checkbox"/> ANTIESTAMÍNICOS/ALERGIA | <input type="checkbox"/> ASPIRINA DIARIAMENTE | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA
LA PRESIÓN ARTERIAL |
| <input type="checkbox"/> ANTICOAGULANTES | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA EL
CÁNCER/PARA QUIMIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> CORTISONA/ESTEROIDES | <input type="checkbox"/> MEDICACIÓN CARDÍACA/
DIGITÁLICOS |
| <input type="checkbox"/> LAS COMIDAS | <input type="checkbox"/> NITROGLICERINA | <input type="checkbox"/> ANTICONCEPTIVOS ORALES | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA LA
OSTEOPOROSIS |
| <input type="checkbox"/> OTROS MEDICAMENTOS PARA
LA DIABETES | <input type="checkbox"/> DROGAS RECREATIVAS | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS PARA LA
TIROIDES | <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTES |
| <input type="checkbox"/> OTROS (MENCIONE A
CONTINUACIÓN) | | | |

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	MOTIVO POR EL QUE SE RECETÓ



Dallas Medical Physician Group

Lineamientos financieros

Nos comprometemos a brindarle la mejor atención posible. Para lograr estos objetivos, necesitamos su asistencia y que comprenda nuestros lineamientos financieros.

Seguro

Aceptamos todos los pagadores de seguro y planes importantes; no obstante, es posible que no seamos uno de los proveedores dentro de la red de su plan. Si no somos un proveedor dentro de la red, *por favor* revise los detalles de su plan.

- **Ningún cálculo estimativo se considera una garantía de pago.** Comprenda, usted es responsable de todos los costos que no pague su seguro. Además, muchas de las compañías de seguro excluyen ciertos procedimientos o bajan de categoría los procedimientos a un nivel de reembolso menor, en cuyo caso usted será responsable del pago de la diferencia.
- **Se presentarán los reclamos de la Indemnización de los trabajadores** por usted. Comprenda que la aseguradora le asignará un importe en dólares que se pagará por el reclamo, que puede cubrir o no todo el arancel completo. Cualquier importe no cubierto por la aseguradora será su responsabilidad.
- **Los menores deben ir acompañados por uno de los padres o tutor legal.** Si los padres están separados o divorciados, la persona que acompaña al menor será responsable del copago al momento de la prestación del servicio.

Pagos

- **La parte correspondiente al paciente o el copago del paciente vencen al momento de la prestación de los servicios,** salvo que se hayan coordinado los acuerdos financieros previamente.
- **Información sobre el paciente:**
 - o Se aceptan todas las tarjetas de crédito más importante (Visa, MasterCard, Amex, Discover).
 - o Por favor pídanos para el descuento de fijación de precios no asegurado
 - o También contamos con opciones de planes de pago disponibles en nuestro sitio web (www.dallasmedphysicians.com) mediante la función ePAY.

Citas canceladas en el momento/a las que no concurre

- **Notifique con 48 horas de anticipación** si no puede concurrir a la cita programada. Salvo de que surja una emergencia, esperamos atenderle puntualmente en su cita y esperamos que usted tenga la misma consideración hacia nosotros.

Al firmar a continuación reconozco que he leído y comprendo los lineamientos anteriores.

Firma: _____

Fecha: _____

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Mi firma a continuación confirma que se me han informado mis derechos respecto de la privacidad de la información personal y de salud protegida, de conformidad con la Ley de Portabilidad y de Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA) de 1996. Comprendo los términos de acuerdo con los cuales se puede usar mi información de identificación de salud personal.

Se me ha informado que la Política de privacidad de la información del paciente de mi proveedor incluye una descripción más detallada acerca de los usos y las divulgaciones de mi información de salud protegida. Se me ha otorgado el derecho a revisar y recibir una copia de la Política de privacidad de la información del paciente. Entiendo que mi abastecedor tiene el derecho de cambiar la Política de privacidad de información Paciente y que me puedo poner en contacto con nuestra oficina para obtener una copia corriente de la Política de privacidad de información Paciente.

Comprendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja la forma en que se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica y entiendo que usted no está obligado a aceptar mi solicitud de aplicar restricciones; no obstante, en el caso de aceptar, está obligado a adherir a dichas restricciones.

Firma: _____

Fecha: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: PACIENTE ADULTO PADRE/MADRE TUTOR OTRO _____

Mencione todos los hijos dependientes menores de 18 años que también están cubiertos por este acuse de recibo:

Otorgo mi permiso para que mi proveedor use los siguientes medios de comunicación. **(Marque todo lo que corresponda):**

Teléfono celular Recordatorios por mensaje de texto Teléfono particular Teléfono laboral Correo electrónico:

Otorgo mi permiso para que mi proveedor divulgue su identidad a cualquiera que pueda responder el teléfono particular, laboral o celular.

Otorgo mi permiso para que mi proveedor deje un mensaje de devolución de llamada a cualquier persona que pueda responder mi teléfono o mi correo de voz de los siguientes números **(Marque todo lo que corresponda):**

Teléfono particular Teléfono celular Teléfono laboral Ninguno, solo pida que se devuelva la llamada

Otro (Explique) _____

Deseo otorgarle permiso a la(s) siguiente(s) persona(s) el acceso a la información personal, incluso entre otra, de citas limitadas, tratamiento y facturación correspondiente a mi persona y a cualquiera de los hijos dependientes que se mencionan anteriormente:

For Office Use Only:

We were unable to obtain the patient's written acknowledgement of our Notice of Privacy Practices due to the following reason:

- The patient refused to sign
- Communication barriers
- Emergency situation
- Other – please list: _____



Dallas Medical Physician Group

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE - AUTORIZACIÓN DE PAGO - FIRMA EN ARCHIVO

Según mi leal entender, todas las respuestas anteriores son correctas. Si observo algún cambio en mi estado de salud o si se modifica mi medicación, deberé informar al médico y al personal en la próxima cita sin falta.

Por el presente autorizo el pago directamente a Dallas Medical Physician Group de los beneficios que, de otro modo, se me deberían pagar.

Por el presente autorizo a Dallas Medical Physician Group a divulgar cualquier información relativa a mi atención médica, asesoramiento, tratamiento o suministros proporcionados. Esta información se debe usar para administrar los reclamos y/o el debate de las opciones de tratamiento con otros profesionales médicos.

Comprendo y estoy de acuerdo en que (independientemente de mi estado de seguro) soy el responsable definitivo del saldo de mi cuenta por cualquier servicio que se me haya brindado.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo lo expresado anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____