



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha: _____

Nombre del paciente:

Fecha de cumpleaños:

Dirección:

Teléfono:

Ciudad:

Expresar:

Código postal:

Contacto de emergencia:

Relación:

Teléfono:

Seguro de salud:

ID de miembro / ID de GRP:

número de seguro social:

Correo electrónico:

Padre o tutor legal: por la presente autorizo a Pioneer Healthcare Clinic y/o agentes a usar mi información general

(dirección/teléfono/correo electrónico) para ponerse en contacto conmigo para facilitar cualquier cosa relacionada con mi atención médica.

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

Persona Responsable del Pago:

Madre Padre Otro

NSS:

Masculino Mujer

Fecha de cumpleaños:

Dirección:

Empleador:

Ciudad:

Expresar:

Cremallera:

Trabaja #

Autorización para divulgar información y asignación de beneficios

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados de cualquier compañía de seguros aplicable se realice en mi nombre a Pioneer Healthcare Clinic por cualquier servicio que me brinde ese proveedor. Autoricé la información médica necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por los servicios relacionados para ser entregados a la compañía de seguros y sus agentes. Entiendo que aunque tengo algún tipo de cobertura de seguro, soy responsable por el pago de los servicios. Tenga en cuenta: es política de esta oficina que cualquier padre que solicite tratamiento para el niño sea responsable del pago de todas las tarifas posteriores.

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____ Relación:

Madre Padre Yo



Formulario de consentimiento del paciente

En abril de 2003, entraron en vigor nuevos requisitos federales con respecto a la privacidad de la información para los pacientes de atención médica. HIPAA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos requiere que todos los proveedores médicos, compañías de seguros y otros implementen controles para garantizar que su información médica personal esté segura.

Pioneer Healthcare Clinic requiere que cada paciente firme este formulario de consentimiento que nos permite compartir información de salud protegida con otros consultorios médicos, su hospital y compañía de seguros.

Al firmar este formulario, acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre su tratamiento, pago y operación de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos hecho divulgaciones, en base a su consentimiento previo.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Firma del Paciente: Fecha:

Nombre del paciente Fecha de cumple

Autorización para divulgar información a miembros de la familia

Muchos de nuestros pacientes permiten que los miembros de la familia, como su cónyuge, padres u otras personas, llamen y soliciten los resultados de las pruebas y los procedimientos. Según los requisitos de HIPAA, no se nos permite dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que los resultados de su prueba se divulguen a un familiar, debe firmar este formulario. Firmar este formulario solo dará su consentimiento para divulgar los resultados de laboratorio y radiología a los miembros de la familia que se indican a continuación. Este consentimiento no permitirá que los asociados de Pioneer Healthcare Clinic divulguen ninguna otra información a estos miembros de la familia.

Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos hecho divulgaciones en base a su consentimiento previo.

Nombre: Relación con el

Nombre: Relación con el

Nombre del pa Firma del p

Autorización para dejar mensajes con miembros del hogar/correo de voz

De vez en cuando es necesario que los representantes de Pioneer Healthcare Clinic dejen mensajes para los pacientes. El propósito de estos mensajes es recordar a los pacientes que tienen una cita, notificar al paciente que al personal médico le gustaría hablar sobre los resultados de un procedimiento o de laboratorio, o pedirle a un paciente que llame a Pioneer Healthcare Clinic con respecto a un problema o inquietud. El propósito de este consentimiento es dejar mensajes con miembros de su hogar o en su correo de voz. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya hayamos hecho divulgaciones en base a su consentimiento previo.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

TOTAL CARE PRÁCTICA FAMILIAR LLC dba

CLÍNICA DE ATENCIÓN MÉDICA PIONEER

**1200 este de Davis, Ste. 113
 Mesquite, TX 75149
 Teléfono: (972) 295-9090
 Fax: (972) 534-0010**

**2100 Virginia Drive, Ste. D
 Gran pradera, TX 75051
 Teléfono: (972) 264-2331
 Fax: (972) 264-2333**

LISTA DE MEDICAMENTOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias a medicamentos: _____

NKDA (sin alergias conocidas a medicamentos)

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección de la farmacia: _____ Fax: _____

RECUERDE ACTUALIZAR SU MEDICAMENTO Y MARCAR LOS QUE HAN SIDO DESCONTINUADOS

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS CON RECETA Y SIN RECETA.

Nombre del medicamento	Dosis	Horas del día tomadas	instrucciones especiales

 Imprimir nombre Fecha

 Firma

TOTAL CARE PRÁCTICA FAMILIAR LLC dba PIONEER HEALTHCARE CLINIC

1200 este de Davis, Ste. 113
Mesquite, TX 75149
Teléfono: (972) 295-9090
Fax: (972) 534-0010

2100 Virginia Drive, Ste. D
Grand Prairie, TX 75051
Teléfono: (972) 264-2331
Fax: (972) 264-2333

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

SSN: _____ Estado / DL# _____

Motivo de salida: _____

Solicito y autorizo que los registros médicos del paciente mencionado anteriormente se envíen a:

Teléfono: _____ Fax: _____

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Información médica relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas:

Toda la información médica

Otro

Sí No Autorizo la divulgación de mis resultados de STD, VIH/SIDA, ya sea negativo o positivo, a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba.

Definición: Enfermedad de transmisión sexual (ETS) según lo define la ley, RCW 70.24 er seq. incluye herpes, herpes simplex, virus del papiloma humano, verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis no específica, sífilis, VDRL, chancroide, lymphogranuloma venereum, HIV-(Virus de la inmunodeficiencia humana), gonorrea.

Sí No Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con el tratamiento de drogas, alcohol o salud mental a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba.

Imprimir nombre

Fecha

Firma

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPPA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN, POR FAVOR REVISARLA CUIDADOSAMENTE

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo usamos y divulgamos su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u salud (TPO) y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida.

Usos y divulgaciones de Protegido Información de salud

Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, el personal de nuestra oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar la operación. de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento

Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida según sea necesario a una agencia de atención médica domiciliaria que lo atienda. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico a quien usted haya sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago

Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital requiere que su información de salud protegida relevante se divulgue a su plan de salud para obtener la aprobación para la admisión en el hospital.

Operaciones de atención médica

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias. y realizar u organizar otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo, podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha

Firma del paciente/padre/tutor



FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO DEL ADULTO

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Problemas de salud actuales: _____

Alergias: NINGUNO SÍ (Especifique) _____

Historial médico anterior: (Marque todo lo que corresponda)

Artritis Cáncer Depresión Diabetes Epilepsia/Convulsiones Problemas cardíacos Cirugía cardíaca

Presión arterial alta Enfermedad psiquiátrica Accidente cerebrovascular Tiroides Ninguno Otro: _____

Cirugías anteriores y fechas: _____

Lesión grave y fecha: _____

¿Bebes alcohol? Sí No En caso afirmativo, cuánto por semana _____

¿Fumas? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas por día _____

¿Consumes cafeína? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas tazas por semana _____

¿Utiliza drogas recreativas? Sí No En caso afirmativo, qué tipo y frecuencia _____

¿Estás en una dieta especial? Sí No En caso afirmativo, describa _____

Fecha del trabajo de laboratorio más reciente: _____ ¿Te has hecho una colonoscopia? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo _____?

Para mujeres: Último período menstrual _____ Mamografía _____ Prueba de Papanicolaou _____

Encuesta de salud: Mientras revisa la siguiente lista, marque cualquier problema o condición que esté experimentando o haya experimentado. Si no tiene ninguno de los problemas enumerados en esta sección, marque NINGUNO.

Salud general : Buena salud general Cambio de peso reciente Pérdida del ape te Fa ga Fiebre/escalofríos

Alergia : Alergias a medicamentos Alergias a alimentos fiebre del heno Ninguno Otro _____

Oídos, Nariz, Boca y Garganta : Dificultad para tragar Dolor de oído Pérdida de audición/sordera Pérdida del olfato/gusto

Dolor al masticar Zumbido en los oídos Infección sinusal Llagas en la boca Ninguna Otro _____

Ojos : Puntos ciegos Visión borrosa Visión doble Glaucoma Dolor de ojos Lesión Ninguno



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

- Continúa de la página 1-

Gastrointestinal : Náuseas/vómitos Dolor de estómago Úlcera Diarrea persistente Aumento de la conspación

Evacuaciones dolorosas Sangre en las heces Ninguno Otro _____

genitourinario : Cálculos renales Doloroso o ardor con orina en Urgencia urinaria Sangre en la orina

Incontinencia/retención de orina Dificultad sexual Transmisión sexual enfermedades ed (ETS) Ninguno

FEMENINO : # de embarazos _____ # de abortos espontáneos _____ Períodos irregulares Flujo vaginal

MASCULINO: enfermedad de la próstata dolor de testículo En caso afirmativo, Le Derecha

Corazón y Pulmones : Dolor en el pecho Presión arterial alta Colesterol Alto Latidos cardíacos irregulares Ninguno

Músculos/Huesos/Articulaciones : Dolor de cuello/espalda Dificultad para caminar Dolor/hinchazón en las articulaciones Dolor muscular

Neurológico: Problemas para equilibrarse Desvanecimientos/pérdida del conocimiento Dificultad para hablar Dificultad para hablar

Dificultad para caminar Caída facial Dolores de cabeza Lesión en el cerebro/columna vertebral Mareos/aturdimiento Pérdida de memoria

Confusión Migrañas Mini accidente cerebrovascular/accidente cerebrovascular Entumecimiento/hormigueo/ardor Parálisis Temblores Debilidad

Otro _____ ¿Es usted? Diestro Zurdo Ambos

Psiquiátrico: Depresión Ansiedad Trastorno alimentario Ninguno Otro _____

Pulmonar: Asma Tos con sangre/crónica Cáncer Enfisema Neumonía Dificultad para respirar

Ninguno

Piel: Sarpullido/picazón Sensibilidad al sol Caída del cabello Cambios de color Ninguno Otro _____

Dormir : Ronquidos Sonambulismo Pesadillas ¿Duermes bien? Sí No

¿Te sientes descansado cuando te despiertas? Sí No ¿Se queda dormido durante el día? Sí No

¿Hay antecedentes familiares de: Asma Aneurisma Tumor cerebral Cáncer, tipo _____

Diabetes Epilepsia/Convulsiones Dolores de cabeza Problemas cardíacos Presión arterial alta Enfermedad renal

Enfermedad pulmonar Migraña Esclerosis múltiple Enfermedad psiquiátrica Accidente cerebrovascular Tiroides Ninguno

Comentarios: _____

