



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 cumpleaños

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 paciente Firma del paciente

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: _____

Historia familiar Indique las muertes de sus familiares inmediatos: <hr/> <hr/>	<hr/> Hospitalizaciones/Operaciones con fechas: <hr/> <hr/>
--	--

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO (continuación)

Página 2 de 2

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

-Continúa de la página 1-

Indique los miembros de la familia con cualquiera de las siguientes condiciones, incluidos (padres, hermanos, abuelos, tía, tío) Alcoholismo _____ Colesterol alto _____ Cáncer, tipo: _____ Enfermedad del corazón: _____ Carrera: _____ Depresión/Suicidio: _____ Trastorno hemorrágico o de la coagulación: _____ Desordenes genéticos: _____ Asma/EPOC: _____ Diabetes _____ Otro: _____	Historia social ¿Quién vive en casa? <u>Nombre Edad Relación</u> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	--

<p>son los padres del niño <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado</p> <p>Si es divorciado o separado, ¿cuándo? _____</p> <p>Situación de cuidado infantil: <input type="checkbox"/> padres <input type="checkbox"/> otro (especifique quién y con qué frecuencia) _____ _____</p>	<p>Preocupaciones sobre su hijo <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Actividad sexual <input type="checkbox"/> Comportamiento agresivo <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____</p> <p>¿Es la violencia en el hogar una preocupación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Hay armas de fuego en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
---	--

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