



Registro del paciente

Si se trata de un reclamo del seguro de accidentes y enfermedades laborales, avise en recepción.

Nombre _____ Sexo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

Teléfono particular _____ Trabajo _____ Celular _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ N° del Seguro Social _____ Estado civil S C D V

Empleador _____ Ocupación _____

Contacto en caso de emergencia _____ Teléfono _____

Proporcione la información de su farmacia local:

Nombre _____ Teléfono _____

Médico de atención primaria _____ Teléfono _____ Derivación de _____

Seguro primario _____ Secundario _____

Información del titular de la póliza (en caso de no ser el paciente)

Nombre _____ Relación con el paciente _____ Sexo M F

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

Teléfono particular _____ Trabajo _____ Celular _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ N° del seguro social _____

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección del empleador _____

Indique si la información anterior corresponde al seguro primario o al secundario.

La información sobre el seguro de salud proporcionada anteriormente está completa. No tengo ninguna otra cobertura de atención médica.

Doy mi permiso a Surgical Group of North Texas, L.L.P., o a cualquier miembro de su personal, para que revelen cualquier dato relacionado con mis registros médicos o de facturación a las siguientes personas:

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____ Fecha _____



Revisión de los sistemas (Problemas actuales)

De constitución

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Marcada pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Sudor nocturno |
| <input type="checkbox"/> Fiebre persistente | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor/frío | <input type="checkbox"/> Marcado aumento de peso | |

Vista

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida temporal de la visión | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Uso de anteojos/lentes de contacto |
|--|------------------------------------|---|

Oídos, nariz, boca y garganta

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Ronquera | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Sangrado de las encías |
| <input type="checkbox"/> Problemas sinusales | <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Dentaduras postizas | <input type="checkbox"/> Ronquido |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Pérdida del olfato | |

Senos

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bultos en los senos | <input type="checkbox"/> Secreción del pezón | <input type="checkbox"/> Sensibilidad en los senos |
|--|--|--|

Corazón

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca acelerada |
| <input type="checkbox"/> Latidos salteados | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas al caminar |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de las piernas | | |

Pulmones

- | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> Sangre en esputo | <input type="checkbox"/> Sibilancia |
| <input type="checkbox"/> Tos con flema | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |

Huesos y músculos

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Dolor en la rodilla | <input type="checkbox"/> Dolor en el hombro | <input type="checkbox"/> Dolor en el codo |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello | <input type="checkbox"/> Dolor en la muñeca | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Calambres musculares | <input type="checkbox"/> Enfermedad de discos | |

Estómago e intestinos

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Constipación |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> Vómito de sangre | <input type="checkbox"/> Úlcera | |

Aparato genital y urinario

- | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Incontinencia al hacer esfuerzo | <input type="checkbox"/> Orina frecuente | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Secreciones |
| <input type="checkbox"/> Orina frecuente durante la noche | <input type="checkbox"/> Falla renal | | |

Aspectos ginecológicos

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toma hormonas | <input type="checkbox"/> Menstruación abundante | <input type="checkbox"/> Períodos menstruales irregulares |
| <input type="checkbox"/> Fibroma | <input type="checkbox"/> Infecciones pélvicas | <input type="checkbox"/> Dolor durante las relaciones sexuales |
| <input type="checkbox"/> Quistes ováricos | | |

Piel

- | | | | |
|--|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pérdida del cabello | <input type="checkbox"/> Cambios en los lunares | <input type="checkbox"/> Cambios en las uñas | <input type="checkbox"/> Erupción |
|--|---|--|-----------------------------------|

Sistema endocrino

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bocio |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|

Sistema neurológico

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza tipo migraña | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Adormecimiento |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Mal de Parkinson | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria | | |



Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Fecha: _____

Indique la razón por la que viene al médico hoy. _____

¿LE HAN HECHO UNA CIRUGÍA ANTES DEL DÍA DE HOY? (Marque o enumere todas las que correspondan.)

- Extirpación de apéndice Vesícula biliar Biopsia de senos Hernia umbilical Izquierda Derecha
- Cirugía por cáncer de seno Histerectomía Bypass en arterias coronarias Extirpación de ovario Izquierdo Derecho
- Otras cirugías: _____

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA MÉDICO? (Marque o enumere todos los que correspondan.)

- Diabetes Asma Cáncer de pulmón Alta presión sanguínea
- Enfisema Accidente cerebrovascular Problemas renales Diálisis
- Reflujo Problemas hepáticos Úlcera estomacal Enfermedad cardíaca
- Irregularidad cardíaca Insuficiencia cardíaca congestiva Problemas de coagulación sanguínea
- Otros problemas _____

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? (Marque o enumere todos los que correspondan.)

- Coumadin Aspirina Plavix Otros medicamentos
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

¿TIENE ALERGIAS O EFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS? (Indique los que tenga.)

ANTECEDENTES SOCIALES

- Consumo de tabaco Sí No _____ paquetes/día _____ años Casado/a Divorciado/a
- Consumo de alcohol Sí No _____ copas/día Viudo/a Soltero/a
- Consumo de otras drogas Sí No Premenopáusica Edad en que tuvo el primer parto _____
- Tipo de empleo _____ Postmenopáusica Edad en que tuvo la primera menstruación _____

¿HAY PROBLEMAS MÉDICOS EN SU FAMILIA? (Marque o enumere todos los que correspondan.)

- Enfermedad cardíaca Alta presión sanguínea Artritis
- Enfermedad pulmonar Accidente cerebrovascular Diabetes
- Cáncer de seno Cáncer de colon Cáncer de próstata
- Cáncer de ovario Otros tipos de cáncer Otras enfermedades



Edward Clifford, MD, FACS

Sina Matin, MD, FACS

Julio Rivera, MD, FACS

Shahid Shafi, MD, FACS

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Para _____

Este aviso describe la manera en que se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a dicha información. Lea el aviso detenidamente.

Como proveedores de atención médica, tenemos la obligación por ley de mantener la privacidad de su información de salud, proporcionarle este "Aviso de Prácticas de Privacidad" y cumplir con estos términos.

Podemos divulgar sus registros médicos y otra información de salud que lo identifique a los fines de su tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

- El tratamiento implica el suministro, la coordinación o la administración de cuidados médicos y servicios relacionados por parte de uno o más proveedores de atención médica. Incluye la coordinación de la atención con terceros, consultas entre proveedores de atención médica o la derivación a otro proveedor.
- El pago se refiere a las actividades realizadas para obtener el pago de los servicios, las cuales incluyen la determinación de elegibilidad y beneficios, la certificación o autorización previas de los servicios, el proceso de facturación y las cobranzas.
- Las operaciones de atención médica se refieren a los aspectos comerciales de operar nuestro consultorio (por ejemplo, actividades de evaluación y mejora de la calidad).

Podemos comunicarnos con usted para recordarle citas o informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que usted podría tener a disposición.

No usaremos ni divulgaremos la información médica protegida para ningún otro fin sin obtener su autorización. Además, cualquier autorización puede ser revocada.

A pedido, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

Derecho a solicitar limitaciones en ciertos usos y divulgaciones.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su información médica protegida.

Derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida.

Derecho a corregir su información médica protegida.

Derecho a obtener una constancia de las divulgaciones de su información médica protegida.

En algunas circunstancias no tenemos la obligación de aceptar las solicitudes que haga para restringir el uso y la divulgación de su información o corregir su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y aplicar prácticas de privacidad corregidas a la información médica protegida.

Si tiene alguna inquietud o sospecha que se violaron los derechos a la privacidad, puede comunicarse con el supervisor de privacidad o el gerente de la oficina al (972) 254-9399. No se tomará ninguna represalia contra quien presente una queja. Las quejas también pueden presentarse ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. Sin embargo, preferiríamos que nos contacte para poder ratificar cualquier problema en el momento en que surja.

Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2005



Edward Clifford, MD, FACS

Sina Matin, MD, FACS

Julio Rivera, MD, FACS

Shahid Shafi, MD, FACS

NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA

Estimado/a _____

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Nuestra principal preocupación es que usted reciba los tratamientos apropiados y optativos que necesite para recuperar su salud.

Les pedimos a todos los pacientes que lean y firmen nuestra política financiera y que completen el formulario de datos del paciente antes de ver al médico. Si tiene preguntas o inquietudes sobre nuestras políticas de pago, no dude en consultar con nuestro personal administrativo.

Su copago vence en el momento en que se brindan los servicios. Aceptamos efectivo, cheques y, para su comodidad, las tarjetas Mastercard y Visa.

A modo de gentileza hacia usted, con gusto presentaremos su reclamo de reembolso al seguro siempre que traiga su tarjeta del seguro con toda la información. Es su responsabilidad proporcionarnos información del seguro correcta y actualizada. No obstante, debe comprender que:

1. La póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguro. Nosotros NO estamos incluidos como partes de ese contrato. Nuestra relación no es con su compañía de seguro sino con usted. Haremos todo lo posible para brindarle ayuda, pero la póliza de seguro le pertenece a usted. Es su responsabilidad comprender cómo es su red de atención médica y qué médicos y establecimientos de atención médica puede usar.
2. No todos los servicios constituyen beneficios cubiertos en todos los contratos. Usted será responsable de aquellos que no estén cubiertos. Consulte con su plan de seguro.
3. Los copagos y deducibles impagos vencen en el momento que se recibe el tratamiento.
4. Puede pagar el saldo que adeuda en efectivo o con cheques o tarjetas Mastercard o Visa.

Entendemos que puede tener problemas financieros temporales que afecten el pago oportuno del saldo adeudado. Lo alentamos a que comunique tales problemas de modo que podamos ayudarle a manejar su cuenta.

Una vez más, gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Agradecemos la confianza depositada en nosotros y es un placer tener la oportunidad de brindarle nuestros servicios.

Firma del paciente

Fecha



Edward Clifford, MD, FACS

Sina Matin, MD, FACS

Julio Rivera, MD, FACS

Shahid Shafi, MD, FACS

CONSENTIMIENTO

Yo, _____, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida a los fines del tratamiento, del pago y de las operaciones de atención médica por parte de los doctores Clifford, Matin, Rivera y Shafi (Surgical Group of North Texas, L.L.P.). Puedo examinar el aviso de prácticas de privacidad para obtener información adicional sobre tal uso y divulgación.

Comprendo que los términos de las prácticas de privacidad pueden cambiar y que puedo solicitar una copia del aviso en cualquier momento durante el horario de atención normal.

Comprendo que puedo solicitar la aplicación de restricciones a los usos y a la divulgación de mi información. También comprendo que Surgical Group of North Texas, L.L.P., no tiene la obligación de aceptar tales solicitudes, pero si está de acuerdo con ellas, está obligado a cumplirlas.

Este consentimiento puede ser revocado enviando una solicitud por escrito a Surgical Group of North Texas, L.L.P. Tal revocación no afectará los usos o divulgaciones que ya se hayan realizado.

He recibido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad".

Firma

Fecha