

Fecha de registro: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Sexo: __Femenino __Masculino Fecha de nacimiento: _____ Núm. de Seguro Social: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____ Preferencia para contacto: Casa / Teléfono/ Trabajo / Móvil / Correo

AUTORIZACIÓN: Les autorizo a que dejen recordatorios grabados en mi teléfono móvil SÍ NO

Proveedor que refiere: _____ Proveedor de atención primaria: _____

Raza: (Árabe) (Asiática) (Negra o Afroamericana) (Otra raza) (Blanca) (Otra) Idioma de preferencia: Inglés Otro _____

Etnia: (Centroamericana) (Cubana) (Dominicana) (Hispana o Latina) (Latinoamericana/Latina, Latino) (Mexicana) (Ni hispana ni latina) (Puertorriqueña) (Sudamericana) (Española)

¿Cómo se enteró de nosotros? (Página Web) (Búsqueda por Internet) (Correo directo) (Especialista (Periódico) (Televisión) (Trabajador del Hospital) (Autobús para exámenes de diagnóstico de BHS) (Evento de Baptist Community) (Compañía aseguradora) (Lonestar FastCare) (Baptist/Emerus Emergency) (Por su cuenta/ Amigo/Médico _____)

INFORMACIÓN DEL TUTOR:

Apellido del tutor: _____ Primer nombre del tutor: _____ Segundo nombre: _____

INFORMACIÓN PARA CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIAS:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: Favor de traer la(s) tarjeta(s) del seguro a la visita.

Nombre del plan de seguro: _____ Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nac. del titular: _____

INFORMACIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO:

Lugar de trabajo: _____ Teléfono: _____ Ocupación: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA:

Farmacia de preferencia: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Laboratorio de preferencia: _____

Autorización sobre la Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés):

Escriba los nombres de los familiares o terceros que podrían participar en la coordinación de sus cuidados o pago de los mismos. Además, indique qué tipo de información podremos compartir con cada persona.

<u>Nombre</u>	<u>Relación con el paciente</u>	<u>Tipo de información</u>			
		Toda	Calendario	Médica	Facturación
_____	_____	S/N	S/N	S/N	S/N
_____	_____	S/N	S/N	S/N	S/N
_____	_____	S/N	S/N	S/N	S/N
_____	_____	S/N	S/N	S/N	S/N

Instrucciones o limitaciones específicas: _____

Seguiremos basándonos en esta información al momento de comunicar novedades a familiares o terceros involucrados en sus cuidados, a menos que usted quiera hacer cambios. Notifique de inmediato a nuestras oficinas si desea modificar las designaciones anteriores.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Favor de leer cada una de las siguientes declaraciones detenidamente y firmar si autoriza, entiende y acepta cada una de ellas.

ASIGNACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Por este medio, asigno mis prestaciones (beneficios) de seguro para que se paguen directamente al médico. Además, autorizo al médico a divulgar toda información requerida para procesar este reclamo a la compañía donde trabajo o a otro proveedor.

Firmado: _____ Fecha: _____

ASIGNACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO DE MEDICARE: Solicito que se me paguen los beneficios autorizados de Medicare o que se paguen en mi nombre por los servicios que me proporcionó _____. Autorizo a toda persona que tenga información médica o de otro tipo sobre mi persona a que divulgue a Medicare, y a sus agentes, la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios por servicios relacionados.

Firmado: _____ Fecha: _____

OBLIGACIÓN FINANCIERA: Por este medio, reconozco que entiendo que podría haber servicios que no estén cubiertos por mi aseguradora, y entiendo plenamente que soy la única persona responsable de los cargos que mi aseguradora no cubra. Entiendo que el pago podría solicitarse al momento de recibir el servicio o que podrían facturarse dichos servicios posteriormente.

Firmado: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por este medio autorizo al médico, los enfermeros, asistentes médicos y al personal, a que lleven a cabo los exámenes y administren el tratamiento y los medicamentos que consideren necesarios y aconsejables.

Firmado: _____ Fecha: _____

DIRECTIVAS ANTICIPADAS: ¿Tiene alguna directiva que quisiera dar por adelantado (declaración de últimas voluntades/poder)?

____ Sí ____ No Si su respuesta es "Sí", entregue una copia para guardar en nuestros registros.

AUTORIDAD SOBRE EL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: Autorizo a *BHS Physicians Network* y a *BHS Physicians Specialty* a obtener Autoridad sobre el historial de medicamentos.

Firmado: _____ Fecha: _____

POLÍTICA DE "NO PRESENTARSE" A LA CITA

Se considerará que un paciente "no se presentó", cuando el paciente no asista a una cita programada. Cuando un paciente no cancele la cita con 24 horas de anticipación a la misma, también se considerará que "no se presentó" a la cita.

Se le cobrarán al paciente \$25.00 dólares cada vez que se determine que "no se presentó" a la cita.

Los pacientes que falten a 3 citas en un plazo de 12 meses se considerarán que "no se presentan crónicamente". Un paciente al que se le determine en el grupo de "no se presentan crónicamente" podría ser dado de baja de la institución.

_____ ha leído y entiende la política que se describió anteriormente.

Firma del paciente

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO SOBRE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD: Usted puede negarse a firmar este reconocimiento.

Yo, _____, nacido el día _____ del año _____,

he recibido una copia del Aviso de Procedimientos de Privacidad.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Para uso exclusivo de la administración:

Tratamos de obtener el reconocimiento escrito del recibo de nuestro Aviso de Procedimientos de Privacidad; sin embargo, el reconocimiento no pudo obtenerse debido a que:

_____ La persona se negó a _____ aceptar el Aviso _____ firmar el Reconocimiento

_____ Las barreras de comunicación no permitieron obtener el reconocimiento.

_____ Una situación de emergencia impidió que obtuviéramos el reconocimiento.

Otra razón (especificar) _____

Le agradecemos la oportunidad de atenderle. La siguiente información y expectativas se establecen en un esfuerzo por ofrecerles a todos nuestros pacientes cuidados de la más alta calidad:

____ **SOLICITUDES PARA VOLVER A SURTIR MEDICAMENTOS:** Le pedimos que primero se ponga en contacto con su farmacia para volver a surtir sus medicamentos. Nosotros no hacemos resurtido de medicamentos el mismo día. La farmacia trabaja con nosotros para procesar sus recetas. Si quiere volver a surtir sus medicamentos debe hacerlo con un mínimo de 72 horas (3 días hábiles) de anticipación a la fecha del surtido. No ofrecemos surtido de medicamentos para un año. Este centro está cerrado los fines de semana y no se aceptarán solicitudes para volver a surtir medicamentos. Hable a nuestra oficina para confirmar que hayamos recibido la solicitud para volver a surtir sus medicamentos.

____ **PAGOS:** Todas las tarifas, deducibles, coseguros, copagos o saldos pendientes deberán pagarse al momento de su cita. Aceptamos dinero en efectivo, cheques y las tarjetas Visa, MasterCard, Discover y American Express. Hay un cargo de \$25 dólares por todos los cheques sin fondos.

____ **CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN:** Infórmenos cualquier cambio con respecto a su domicilio, número de teléfono o información del seguro lo antes posible. Si no nos avisa de los cambios, es posible que eso dé como resultado que usted sea responsable de pagar los servicios prestados.

____ **FORMULARIOS FMLA Y OTROS:** En caso de que usted necesite que nuestras oficinas llenen formularios relacionados con la ley FMLA o formularios aplicables de otro tipo, el costo inicial del servicio es de \$35 dólares. Las tarifas deben pagarse cuando se completen los formularios y este proceso toma 7 días hábiles. Hable con el personal sobre los formularios que deben llenarse y los costos por el servicio.

____ **HORARIOS DE LAS CITAS:** Le pedimos que llegue puntualmente a sus citas. Si llega con más de 15 minutos de retraso, tendremos que posponer la cita para otro día.

____ **TELÉFONOS CELULARES:** Le pedimos que apague su teléfono celular durante su visita a nuestras oficinas.

____ **CANCELACIONES/FALTA A LA CITA:** Si necesita cancelar su cita, le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación. Si se le pasa avisarnos y falta a su cita, se le cobrarán \$25 dólares y es posible que ya no podamos atenderle si esto ocurre en exceso. Además, se le cobrarán \$25 dólares si cancela su cita el mismo día.

____ **RESULTADOS DE LABORATORIO Y RADIOLOGÍA:** Una vez que recibamos sus reportes médicos, el médico analizará los resultados y le pedirá a nuestro personal clínico que se ponga en contacto con usted en un plazo de 10 días hábiles.

____ **VISITAS A NUESTRAS OFICINAS:** Al momento de hacer una cita, dígame al personal todas las razones por las cuales necesita hacer la cita. Por respeto al tiempo de todos nuestros pacientes y para mantener la eficiencia de nuestro centro, sólo se tratarán las quejas para las cuales se programó la visita. Sí abordaremos todas sus necesidades de cuidados de salud; sin embargo, esto podría requerir de múltiples visitas. Le pedimos que ponga sus iniciales en cada uno de los puntos anteriores y firme a continuación. Al poner su firma a continuación, usted reconoce que ha leído, entiende y está de acuerdo con la información y las expectativas anteriores.

Firma del paciente

Nombre en letra de molde

Fecha

Cuestionario de paciente nuevo:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

PROBLEMA MÉDICO ACTUAL

¿Cuál es el problema que lo trae aquí? _____

¿Cuáles son los síntomas que presenta? _____

¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____

¿Ha cambiado su apetito en los últimos seis meses? Aumentó Disminuyó Se mantuvo igual
 ¿Ha cambiado su peso en los últimos seis meses? No Sí Si la respuesta es "Sí": Aumentó _____ libras Bajó _____ libras
 ¿Ha cambiado su nivel de energía general? Aumentó Disminuyó Se mantuvo igual

ALERGIAS

¿Es alérgico a algún medicamento, pastilla, comida, etc.?

Medicamento/Alérgeno	¿Reacciones?	Fecha de inicio/aparición:

MEDICAMENTOS

Indique todas las pastillas o medicamentos que toma y que obtiene sin usar su seguro o que son recetados por su médico. Incluya todas las vitaminas, suplementos a base de hierbas y/o medicamentos de venta sin receta.

Nombre del medicamento o pastilla	Dosis (por ej., 50 mg)	¿Cuántas veces lo toma al día?	¿Por qué lo toma?

VACUNAS

¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía en los últimos 5 años? No Sí, fecha _____ No sabe
 ¿Ha recibido una vacuna contra la influenza en esta temporada? No Sí, fecha _____ No sabe
 ¿Cuándo le pusieron la última vacuna contra el tétano? Fecha: _____ No sabe

HISTORIA QUIRÚRGICA / MÉDICA ANTERIOR

Encierre en un círculo Sí o No a los problemas médicos.

Anemia S / N	VIH/SIDA S / N
Ansiedad S / N	Dolores de cabeza/Migrañas S / N
Artritis y/o Gota S / N	Hepatitis S / N
Asma S / N	Presión arterial alta S / N
Problemas de sangrado S / N	Colesterol alto S / N
Enfermedad de la arteria coronaria (CAD) S / N	Enfermedad renal/Cálculos renales S / N
Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) S / N	Sobrepeso/Obesidad S / N
Cáncer (Si la respuesta es Sí, especifique el tipo) S / N	Neumonía S / N
Convulsiones S / N	Enfermedad venérea S / N
Problemas dentales/orales S / N	Accidente cerebrovascular S / N
Depresión S / N	Enfermedad de la tiroides S / N
Diabetes S / N	Tuberculosis (o prueba de Tb positiva) S / N
Gastritis/Úlcera S / N	

HISTORIA QUIRÚRGICA

Indique las operaciones o procedimientos anteriores.

Procedimiento / Operación	Fecha	Cirujano	Hospital

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA FAMILIAR

Relación:	Problema: Por ej.: Accidente cerebrovascular, enfermedad cardíaca, diabetes, hipertensión, etc.	Edad de aparición (inicio)	Edad al morir	Notas

HISTORIA SOCIAL:

Encierre en un círculo o complete lo más apropiado.

Condición de fumador: Nunca fumó / Ex fumador / Fuma actualmente todos los días
 Si es así, desde qué edad fuma: _____
 Si es así, cuánto fuma: Nada / 1 PPS / 2 PPS / ¼ PPD / ½ PPD / 1 PPD / 1 ½ PPD / 2 PPD / + DE 3 PPD
 Tabaco para mascar: Nada / 1 por día / 2 a 4 por día / +5 por día
 Nivel de ejercicio: Nada / En ocasiones / Moderado / Intenso
 Dieta: Regular / Vegetariana / Vegana / Sin gluten Específica/ Carbohidratos
 Nivel general de estrés: Bajo / Medio / Alto

Consumo de alcohol: Nada / En ocasiones / Moderado / Intenso
 Consumo de cafeína: Nada / En ocasiones / Moderado / Intenso
 Drogas ilícitas: _____
 Usa bloqueador de sol de manera rutinaria: S / N
 ¿Alguna de las personas que viven en su casa fuma? Sí / No
 Fecha de último Papanicolau: _____
 Fecha de último examen de próstata: _____
 Fecha de última mamografía: _____
 Fecha de última colonoscopia: _____

HISTORIA GINECOLÓGICA

Número de embarazos: _____
 Número de nacimientos vivos: _____
 Número de abortos espontáneos: _____
 Número de abortos: _____
 Edad cuando tuvo su primer período menstrual: _____
 Si en etapa post-menopausia, edad en que se presentó la menopausia: _____
 Duración del flujo (días): _____
 Último período menstrual: No sabe / Aproximado / Definido
 Tiene la menstruación todos los meses: Sí / No
 Método anticonceptivo que usa actualmente: Pastillas anticonceptivas / Dispositivo intrauterino (DIU) / Diafragma / Ligadura de trompas / Vasectomía de su pareja / Depo-Provera / Preservativo (condón) / Ninguno
 Reemplazo de hormonas: Sí / No