

HISTORIA PERSONAL DE SALUD:

Por favor completar toda la información en este registro. Toda la información es tratada de forma confidencial y no será liberada al menos que dé su autorización.

Nombre _____ Fecha de hoy _____

Edad* _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Último Examen Físico _____

*** Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por sus padres o tutores en la primera visita.**

PROBLEMAS ACTIVOS E INACTIVOS:

Ponga una X si la respuesta es SI o NO y ponga fecha aproximada	No	Si, Ahora	Si, Pasado	Fecha	Ponga una X si la respuesta es SI o NO y ponga fecha	No	Si, Ahora	Si, Pasado	Fecha
Asma					Artritis reumática				
Electrocardiograma Anormal					Problemas del recto				
Angina de Pecho					Infecciones de las piel				
Anemia (Tipo)					Derrame cerebral				
Artritis					Úlceras estomacales				
Ceguera					Sífilis				
Fracturas					Enfermedades de la piel				
Cataratas					Depresión				
Bronquitis/Enfermedades del Pulmón					Problemas emocionales				
Cirrosis del Hígado					Tuberculosis				
Problemas intestinales					Tiroides (baja)				
Sordera					Tiroides (alta)				
Diarrea					Venas varicosas				
Diabetes					Hombre				
Infección en el Oído					Problemas de próstata				
Enfisema					Mujer				
Corazón Agrandado					Problemas del periodo				
Glaucoma					Infecciones de orina				
Piedras en la Vesícula					Infecciones de mamas				
Gota					Quiste de ovario				
Bocio (tiroides agrandada)					Cáncer de mama				
Gonorrea					Otras enfermedades de mama*				
Alergias					Otros problemas ginecológicos*				
Soplo del Corazón					Todavía menstrúa? SI o NO				
Ataque Cardíaco					Edad de primer periodo				
Presión Alta					Edad de último periodo				
Hepatitis					Por qué pararon los periodos				
Hemorroides					Número de embarazos				
Infección de los riñones					Número de hijos				
Piedras en los riñones					Número de pérdidas/abortos				
Ataque de nervios					*Explique				
Problemas de coagulación									
Polio									
Cirugías									
	Si	No		Fecha		Si	No		Fecha
Amígdalas					Hernia				
Apéndice					Mama (mujer)				
Vesícula biliar					Útero (mujer)				
Estomago					Ovarios (mujer)				
Riñón					Próstata (hombre)				
Colon					Otro – Especificar				
Tiroides									

MEDICAMENTOS CON RECETA ACTUAL (lista de nombres, potencia, y dosis de todos los medicamentos):

LAS MEDICINAS SIN RECETA ACTUAL (lista de nombres, potencia, y dosis de todos los medicamentos):

¿Alergias a medicamentos? Sí No **En caso que si, a qué? _____**

NOTA: Permitir a más tardar 48 horas para rellenar sus recetas de medicinas.

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

REGISTRO DE LA FAMILIA:

Marque (✓) condición(es) y la relación de cualquier pariente de sangre que tiene o ha tenido alguna de las condiciones que se indican a continuación.	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
Alcoholismo						
Alergias						
Anemia						
Artritis						
Asma						
Defectos de nacimiento						
Problemas de coagulación						
Cáncer, Tumor						
Colitis						
Defectos cardíacos congénitos						
Diabetes						
Enfisema						
Epilepsia						
Glaucoma						
Tiroides agrandada (bocio)						
Alergias						
Ataque cardíaco						
Enfermedades del corazón						
Presión alta						
Enfermedades del riñón						
Leucemia						
Enfermedades del Hígado						
Enfermedades mentales						
Migraña						
Ataque de nervios						
Obesidad						
Reumatismo						
Fiebre Reumática						
Anemia falciforme						
Úlcera estomacal						
Derrame cerebral						
Suicidio						
Tuberculosis						

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Historia Familiar:

Vivos				Fallecidos		
	Edad	Estado de Salud			Edad al fallecer	Causa de Muerte
		Bueno	Promedio	Pobre		
Papá						
Mamá						
Hermano(s)						
Hermana(s)						

Uso de Tabaco: [] No [] Sí [] Pasado; Cajas/Día _____ Tiempo _____ años; Cuándo dejo de fumar _____

Uso de Alcohol: [] No [] Sí; Cervezas/Día _____ Licor/Día _____

Uso Pasado de Alcohol: Tiempo _____ años; Cuándo dejo de Tomar _____

¿Toma Café? [] No [] Sí; ¿Cuántas tazas al día? _____

Hospitalizaciones:**Fechas**

¿Tiene algún aparato artificial en su cuerpo? Sí No

Indique cual _____

Vacunas:

	Si	No	Fecha
Neumonía			
Tétanos			
Refuerzo			
Varicela			
Influenza			
Sarampión/paperas			
Otras			

Rayos-X:

	Si	No	Fecha
Mamograma			
Columna			
Pulmones			
Colon			
Extremidades			
Vesícula biliar			
Riñones			
Estomago			
Radioterapia			
Otros			

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Información Paciente Nuevo

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre

Dirección: _____ Correo Electrónico: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono (Casa) (Celular)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Genero: M F Estado matrimonial: _____ SS#: _____

Raza _____ [puede negarse] Etnicidad _____ [puede negarse] Idioma _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Empleador del paciente: _____ Ocupación: _____

Dirección del Empleo: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono del Empleo (_____) _____ Empleado: Tiempo Completo Tiempo Parcial

¿Es un estudiante? SI NO Tiempo Completo Tiempo Parcial

Seguro Médico Primario: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID #: _____ Group #: _____ Relación con el paciente: _____

Seguro Médico Secundario: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID #: _____ Group #: _____ Relación con el paciente: _____

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? _____

Farmacia: _____
Nombre Ubicación Teléfono

NOTA: Debe permitir no menos de 48 horas para renovar sus medicamentos. Los pacientes se les cobraran \$50 por no cancelar citas por lo menos 24 horas de antes.

Por la presente asigno todos los beneficios médicos, incluyendo médicos mayores a la que tengo derecho, Medicare y otros programas de gobierno, seguros privados y cualquier otro plan de salud para médicos de atención Primary Care Physicians of Texas, PA patrocinado. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada como válida como un original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por dicho seguro. Por la presente autorizo cesionario para liberar toda la información para asegurar el pago.

Firma del Paciente, Padre o Tutor

Fecha

* **Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por los padres o tutores en la primera visita.**

COMPLETE THIS FORM ONLY IF YOU ARE ASKING US TO GET YOUR PAST MEDICAL RECORDS FROM ANOTHER DOCTOR.

Authorization for Disclosure of Health Information

Patient's Name	DOB	SSN	Phone Number
Street Address	City	State	Zip

Authorizes (Doctor from Whom You Wish Us to Get Your Records):

Name	Street Address	City	State	Zip	Phone/Fax
------	----------------	------	-------	-----	-----------

To Release Protected Health Information To: Primary Care Physicians of Texas, PA
1005 Ralph Hall Parkway, Ste 137, Rockwall, Tx 75032

Information to be Released:

<input type="checkbox"/> Entire Medical Record	<input type="checkbox"/> Medical History, Examination, Report	<input type="checkbox"/> Surgical Reports
<input type="checkbox"/> Treatment or Tests	<input type="checkbox"/> Hospital Records, Including Reports	<input type="checkbox"/> Allergy Records
<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> Prescriptions	<input type="checkbox"/> X-ray Reports
<input type="checkbox"/> Billing & Payment Information	<input type="checkbox"/> Consultations	<input type="checkbox"/> Laboratory Reports
<input type="checkbox"/> Other (Specify) _____		
<input type="checkbox"/> For All Dates	<input type="checkbox"/> Only for the Following Dates _____	

I understand that the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.

Yes, I consent to the release of this information. No, I do not consent to the release of this information.

Purpose for Need of Disclosure (Check Applicable Categories):

<input type="checkbox"/> Further Medical Care	<input type="checkbox"/> Personal = At the Request of the Individual	<input type="checkbox"/> Insurance Eligibility/Benefits
<input type="checkbox"/> Changing Physicians	<input type="checkbox"/> Legal Investigation or Action	<input type="checkbox"/> Other (Specify):

Date Records Are Needed: _____

I understand that the information released is for the specific purpose stated above. Any other use of this information without the written consent of the patient is prohibited. I understand that I have a right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the individual or organization releasing information. I understand that the revocation will not apply to information already released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event or condition: _____.

If I fail to specify an expiration date, event or condition, this authorization will expire in six months. I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to ensure treatment. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by Federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the Office Manager of Primary Care Physicians of Texas, PA

Signature of Patient or Legal Representative Date

Relationship to Patient (If Legal Representative) Witness

PATIENT AUTHORIZATION FOR PERSONAL REPRESENTATIVE

Please **PRINT** all information, then sign and date form at bottom.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

I authorize Primary Care Physicians of Texas, PA, to disclose or provide my protected health information (PHI) to the following individual who is authorized to act as my personal representative for the purposes of receiving all PHI about myself. As my designated personal representative, they may exercise my right to inspect, copy, and correct my PHI. They may also consent or authorize the use or disclosure of my PHI.

Name of Personal Representative: _____ Relationship: _____

Address: _____ City, State, Zip: _

Information to be Released:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entire Medical Record | <input type="checkbox"/> Medical History, Examination, Report | <input type="checkbox"/> Surgical Reports |
| <input type="checkbox"/> Treatment or Tests | <input type="checkbox"/> Hospital Records, Including Reports | <input type="checkbox"/> Allergy Records |
| <input type="checkbox"/> Immunizations | <input type="checkbox"/> Prescriptions | <input type="checkbox"/> X-ray Reports |
| <input type="checkbox"/> Billing & Payment Information | <input type="checkbox"/> Consultations | <input type="checkbox"/> Laboratory Reports |
| <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> For All Dates | <input type="checkbox"/> Only for the Following Dates _____ | |

This authorization will remain in effect until terminated by the patient, the patient’s personal representative, or another individual legally authorized to do so by court order. The patient has the right to revoke or terminate this authorization by submitting a written request to: Primary Care Physicians of Texas, PA, 6900 Scenic Dr Ste 102, Rowlett TX 75088. We have no control over the person(s) you have listed as your personal representative. Therefore, your PHI disclosed under this authorization will no longer be protected by the requirements of the Privacy Rule and will no longer be the responsibility of Primary Care Physicians of Texas, PA.

PATIENT AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION VIA ALTERNATIVE MEANS

Patient’s name: _____ Date of Birth: _____

I authorize Primary Care Physicians of Texas, PA, to disclose my PHI in the following manner(s). I understand that it is my responsibility to notify the practice of any change in this manner of communications and that any disclosure made to the designated address or number indicated by me is subject to the redisclosure statement within this authorization. (Check all that apply.)

- Home Telephone _____ Cell Number _____
- Fax Number _____ Work Telephone _____
- US Mail _____

- Choose one:
- Leave detailed messages on my answering machine/voice mail
- Leave messages with only call-back number (includes staff member name and doctor’s office) on my answering machine/voice mail.

This authorization will remain in effect until terminated by the patient, the patient’s personal representative, or another individual legally authorized to do so by law. The patient has the right to revoke or terminate this authorization by submitting a written request to: Primary Care Physicians of Texas, PA, 1005 Ralph Hall Parkway, Ste 137, Rockwall, Tx 75032

The undersigned understands that the practice has no control regarding persons who may have access to the mailing address, telephone, cell or fax number designated to receive his/her PHI. Any PHI disclosed under this authorization will no longer be the responsibility of this practice.

Patient Signature _____ Date _____

Witness Signature _____ Date _____

Primary Care Physicians of Texas, PA

Aviso de prácticas de privacidad

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de nuestros pacientes con respecto a la información médica protegida. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está adjunto. Si tiene alguna objeción a esta forma, tiene derecho a comunicarse con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

Imprimir Nombre

Firma del Paciente, Padre o Tutor

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

PRIMARY CARE PHYSICIANS OF TEXAS, PA, NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

La información de salud protegida sobre usted se obtiene como un registro de sus contactos o visitas para servicios de atención médica con Médicos de Atención Primaria de Texas, PA. Esta información se denomina información de salud protegida.

Específicamente, "Información Protegida de Salud" es información sobre usted, incluyendo información demográfica (es decir, nombre, dirección, teléfono, etc.) que pueda identificarle y que se relacione con su condición física o mental pasada, presente o futura. Los Médicos de Atención Primaria de Texas, PA, deben seguir reglas específicas para mantener la confidencialidad de su información de salud protegida, cómo nuestro personal usa su información y cómo divulgamos o compartimos esta información con otros profesionales de la salud involucrados en su cuidado y tratamiento. Este Aviso describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida. También describe cómo seguimos esas reglas y usamos y divulgamos su información de salud protegida para proveer su tratamiento, obtener pago por los servicios que recibe, administrar nuestras operaciones de cuidado de la salud y para otros propósitos que están permitidos o requeridos por la ley. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con nuestro Gerente de Oficina al 972-463-2001.

Sus derechos bajo la regla de privacidad

La siguiente es una declaración de sus derechos, bajo la Regla de Privacidad, en referencia a su información de salud protegida. Por favor, siéntase libre de discutir cualquier pregunta con nuestro personal. Usted tiene derecho a recibir y estamos obligados a proporcionarle una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Estamos obligados a seguir los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso, en cualquier momento. Si es necesario, las nuevas versiones de este aviso serán efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos en ese momento. Si lo solicita, le proporcionaremos una Notificación de Prácticas de Privacidad revisada si llama a nuestra oficina y solicita que se le envíe una copia revisada por correo o solicite una en el momento de su próxima cita. Usted tiene el derecho de autorizar otro uso y divulgación. Esto significa que usted tiene el derecho de autorizar o denegar cualquier otro uso o divulgación de información médica protegida no especificada en este aviso. Usted puede revocar una autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o nuestra oficina haya tomado una acción en dependencia del uso o revelación indicado en la autorización.

Usted tiene el derecho de designar a un representante personal. Esto significa que usted puede designar a una persona con la autoridad delegada para consentir o autorizar el uso o divulgación de información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida. Esto significa que usted puede inspeccionar y obtener una copia de la información de salud protegida sobre usted que está contenida en su expediente del paciente. En ciertos casos podemos negar su solicitud.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que usted puede pedirnos, por escrito, no usar o revelar ninguna parte de su información médica protegida con fines de tratamiento, pago o operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no sea revelada a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. En ciertos casos, podemos negar su solicitud de restricción.

Usted puede tener el derecho de hacernos enmendar su información de salud protegida. Esto significa que usted puede solicitar una enmienda de su información de salud protegida mientras mantenga esta información. En ciertos casos, podemos negar su solicitud de una enmienda.

Usted tiene el derecho de solicitar la rendición de cuentas. Esto significa que puede solicitar una lista de sus divulgaciones de información médica protegida que hemos hecho a entidades o personas fuera de nuestra oficina.

Usted puede quejarse con nosotros o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Gerente de Oficina de su queja.

Cómo podemos usar o divulgar información médica protegida

A continuación se presentan ejemplos de usos y divulgaciones de su información médica protegida que se nos permite hacer. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los tipos de usos y revelaciones que pueden ser hechos por nuestra oficina.

Para tratamiento - Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención de salud con un tercero que está involucrado en su cuidado y tratamiento. Por ejemplo, revelaremos su información médica protegida, según sea necesario, a una farmacia que llenaría sus recetas. También revelaremos información de salud protegida a otros médicos que puedan estar involucrados en su cuidado y tratamiento.

También podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle su cita. Podemos comunicarnos con usted por teléfono u otros medios para proporcionar resultados de exámenes o pruebas y para proporcionar información que describa o recomiende alternativas de tratamiento con respecto a su atención. Y, podemos comunicarnos con usted para proporcionar información sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud que ofrece nuestra oficina.

Para Pago - Su información de salud protegida será usada, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro de salud puede realizar antes de que apruebe o pague por el cuidado de la salud

servicios que recomendamos para usted, tales como; Hacer una determinación de elegibilidad o cobertura de beneficios de seguro, revisar los servicios que se le brindan por necesidad médica y realizar actividades de revisión de uso.

Para Operaciones de Salud - Podemos usar o revelar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades comerciales de nuestra práctica. Esto incluye, pero no se limita a la planificación y desarrollo de negocios, evaluación y mejora de la calidad, revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría. También incluye educación, acreditación de proveedores, certificación, suscripción, calificación u otras actividades relacionadas con seguros. Además, incluye actividades administrativas de negocios como el servicio al cliente y el cumplimiento de los requisitos de privacidad. Otros Usos y Revelaciones Permitidos y Requeridos - También podemos usar y revelar su información de salud protegida en los siguientes casos. Usted tiene la oportunidad de acordar u oponerse al uso o divulgación de toda o parte de su información médica protegida.

A otras personas involucradas en su atención médica - A menos que usted se oponga, podemos revelar a su familia, pariente, amigo íntimo o cualquier otra persona que usted identifica, su información de salud protegida que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede convenir u oponerse a tal revelación, podemos divulgar dicha información si es necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro juicio profesional. Podemos usar o divulgar información de salud protegida para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, estado general o muerte. Si no está presente o es capaz de acordar u oponerse al uso o divulgación de la información de salud protegida, su médico puede, usando juicio profesional, determinar si la divulgación es en su mejor interés. En este caso, solo se revelará la información de salud protegida que es relevante para su atención médica.

Según lo Requerido por la Ley - Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en la medida en que la ley requiera el uso o divulgación.

Para Salud Pública - Podemos divulgar su información médica protegida para actividades y propósitos de salud pública a una autoridad de salud pública que la ley permita que recopile o reciba la información.

Para Enfermedades Transmisibles - Podemos revelar su información médica protegida, si la ley lo autoriza, a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de lo contrario podría estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o condición.

Para Supervisión de Salud - Podemos divulgar información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones.

En casos de abuso o negligencia - Podemos revelar su información médica protegida a una autoridad de salud pública que está autorizada por ley a recibir reportes de abuso o negligencia infantil. Además, podemos revelar su información médica protegida si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la entidad gubernamental o agencia autorizada para recibir dicha información. En este caso, la revelación será hecha consistente con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

A la Administración de Alimentos y Medicamentos - Podemos divulgar su información médica protegida a una persona o compañía requerida por la Administración de Alimentos y Medicamentos para reportar eventos adversos, defectos o problemas del producto, desviaciones de productos biológicos, seguimiento de productos; Para permitir el retiro de productos; Para hacer reparaciones o reemplazos, o para llevar a cabo la vigilancia post-comercialización, según sea necesario.

Para Procedimientos Legales - Podemos revelar información de salud protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de un tribunal o tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada), en ciertas condiciones en respuesta a una citación, Solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

A la aplicación de la ley - También podemos revelar información de salud protegida, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales aplicables, a los efectos de la aplicación de la ley.

Forenses, Directores Funerarios y Donación de Órganos - Podemos revelar información médica protegida a un médico forense o examinador médico con fines de identificación, determinando la causa de la muerte o para que el forense o médico forense realice otras tareas autorizadas por la ley. También podemos revelar información de salud protegida a un director de funeraria, según lo autorizado por la ley, para permitir que el director de funeraria para llevar a cabo sus funciones.

La información de salud protegida puede ser usada y revelada para propósitos de donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

En casos de actividad criminal - De acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, podemos revelar su información de salud protegida, si creemos que el uso o divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona o el público. También podemos revelar información de salud protegida si es necesario que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley identifiquen o arresten a un individuo.

Para Actividad Militar y Seguridad Nacional - Cuando se apliquen las condiciones apropiadas, podremos usar o divulgar información de salud protegida de individuos que sean personal de la Fuerzas Armadas (1) para actividades que las autoridades apropiadas del mando militar consideren necesarias; (2) a los efectos de una determinación por el Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad para beneficios, o (3) a la autoridad militar extranjera si usted es un miembro de los servicios militares extranjeros.

Primary Care Physicians of Texas,PA
1005 W. Ralph Hall Parkway, Ste. 137, Rockwall, TX 75032
(972) 463-2001 Teléfono
(972) 463-2003 Fax

GENERAL

- Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por los padres o tutores en la primera visita.
- El horario de oficina es de 8:00 AM a 5:00 PM, de lunes a viernes.
- Los pacientes se ven sólo con cita previa.
- Si el papeleo de nuevo paciente no ha sido completado y devuelto a nuestra oficina al menos 24 horas de antelación, los nuevos pacientes deben llegar una hora antes de su cita. De lo contrario, vamos a cambiar la cita.
- Pacientes establecidos que lleguen diez minutos o más tarde tendremos que cambiar su cita.
- Nuestra línea principal, (972) 463-2001, se contesta las 24 horas del día, siete días a la semana. Las llamadas después de horas se restringen sólo a las situaciones de emergencia.

MEDICAMENTOS

- Se les pide a los pacientes que traigan sus medicamentos actuales o una lista de medicamentos a cada visita.
- Renovaciones de medicamentos serán negadas a los pacientes que no mantienen sus citas de seguimiento.
- Los medicamentos no se prescriben para enfermedades a menos que el paciente ve el médico primero.
- Los pacientes deben permitir no menos de 48 horas para renovar sus medicamentos.
- El médico "de guardia" no prescribe medicamentos o rellena.

PAGOS

- Se les cobrará una cuota de \$50 por cita no cancelada al menos 24 horas de antelación.
- Se cobrará una tarifa de \$ 55 para la preparación de formularios para FMLA, discapacidad, etc. La cuota se paga por adelantado.
- Se requiere no menos de 10 días para la preparación de formularios para FMLA, la discapacidad, etc.
- El pago se requiere en el momento del servicio. Esto incluye los co-pagos, deducibles, y los saldos anteriores.
- El pago de los servicios es la responsabilidad del paciente.
- No vamos a someter reclamaciones a la aseguranza si el paciente no ha actualizado su información.

Firma del Paciente, Padre o Tutor

Fecha

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y las recomendaciones procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico que se utilizará para que usted pueda tomar la decisión de someterse o no cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento bajo su cuidado, no se ha recomendado un plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquiera condición).

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes, pruebas y exámenes médicos razonables y necesarios. tratamiento. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe en su naturaleza incluso después de se ha realizado un diagnóstico específico y se ha recomendado un tratamiento; y (2) usted acepta el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite de propiedad común. El consentimiento mantendrá plenamente sus efectos hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho en cualquier momento a interrumpir los servicios.

Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba solicitada para usted. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica proveedor, le recomendamos que haga preguntas.

Solicito voluntariamente un médico y otros proveedores de atención médica o las personas designadas según se considere necesario para realizar examen, pruebas y tratamiento médicos razonables y necesarios para la afección que me ha llevado a buscar atención en esta práctica. Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales o procedimientos invasivos o intervencionistas, se le pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de las pruebas o procedimientos. Certifico que he leído y comprender plenamente las declaraciones anteriores y dar consentimiento total y voluntario a su contenido.

Nombre de paciente

Relación a el paciente

Testigo

Fecha

Firma de paciente o representante personal

Fecha