

Family Clinic
808 W.W. Ray Circle
Bridgeport, TX 76426
Phone; 940/683-2297 Fax; 940/683-2722

******* HIPAA / CONTACTOS DE EMERGENCIA *******

CONTRASEÑA: _____ (4 dígitos)

Autorizo a Family Clinic hablar y/o divulgar información a las siguientes personas;

1. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____
2. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____
3. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Sexo _____
Fecha de Nacimiento _____ Numero De Seguro Social _____
Raza _____ Lenguaje _____ Correo Electrónico _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____ Estado Civil _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Apellido _____ Nombre _____ Sexo _____
Fecha de Nacimiento _____ Numero De Seguro Social _____
Raza _____ Lenguaje _____ Número de Teléfono _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Empresario _____ Teléfono De Trabajo _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Estado Civil _____ Relación a la Persona Responsable _____

Yo doy autorización a Familia Clínica para enviar tarjetas postales o dejar mensajes con respecto a resultados de exámenes de laboratorio e información de citas a la dirección o nuero de teléfono que tengo en el archivo de la oficina. Si no pueden comunicarse conmigo, yo autorizo que dejen un mensaje en mi lugar de empleo para llamar a la oficina de mi doctor. Esta autorización estará en efecto hasta que yo notifique por escrito lo contrario.

Firma del paciente o representante legal _____ Fecha _____

Family Clinic
808 W.W. Ray Circle
Bridgeport, TX 76426
Phone; 940/683-2297 Fax; 940/683-2722

Reglas Financieras

Nuestra clínica quiere darle la bienvenida y agradecerle por haber elegido a nuestros doctores para su cuidado de salud. Lo siguiente es una explicación de nuestras reglas financieras.

Nuestra clínica está contratada con compañías de aseguranzas médicas. Bajo estos contratos, nuestra oficina tiene que dar la información de su visita a su aseguranzas. Para asegurar que usted es la persona asegurada necesitamos su identificación y su número de seguro social. También tenemos que colectar su co-pago o su deducible el día de su visita, por favor esté preparado para pagar su parte. Después que su aseguranzas haya pagado por su visita y se apliquen los descuentos, cualquier balance que no sea pagado por su aseguranzas será su responsabilidad o cualquier sobrepago será reembolsado.

Si usted tiene Medicare, nuestra clínica enviara la información de su visita y el cobro a Medicare. Pero si usted recibe un servicio que no será pagado por Medicare, tendrá que firmar una forma y pagar por el servicio.

Pacientes que tengan alguna aseguranzas comercial con la cual nuestra clínica no esté contratada, tendrá que pagar por la consulta médica y cualquier servicio obtenido el día de su visita. Si usted está aquí por un accidente automovilístico, una caída/accidente en la escuela o en alguna tienda, será su responsabilidad pagar por su visita.

Pacientes que no tienen aseguranzas tendrán que pagar por todos los servicios el día de la visita.

Si no puede pagar lo requerido el día de su visita, por favor hable con nuestra oficina para fijar un plan de pagos antes de su visita.

Sugerimos que notifique a nuestra oficina de cualquier cambio en su aseguranzas. Si tiene alguna pregunta acerca de nuestras pólizas financieras, por favor hable con un representante de nuestra oficina.

Gracias por elegir a nuestra clínica.

Firma abajo para confirmar que usted:

1. Entiende y está de acuerdo con los términos de nuestras reglas financieras.
2. Da su consentimiento y autorización para cualquier tratamiento que se considere necesario o sea recomendado por su doctor. Todos los diagnósticos y tratamientos se le serán explicados y entiende que no hay garantía o seguridad que obtendrá resultados con el tratamiento.
3. Autoriza que Familia Clínica envíe la información de su consulta médica a su aseguranzas para recibir el pago por los servicios obtenidos.
4. Autoriza que su aseguranzas pague a Familia Clínica por los servicios recibidos.

X _____

Firma del Paciente O Representante legal

X _____

Fecha

Family Clinic
808 W.W. Ray Circle
Bridgeport, TX 76426
Phone; 940/683-2297 Fax; 940/683-2722

NUEVOS PACIENTES SIN ASEGURANZA

Se requiere su pago antes de la visita inicial. El costo de la consulta puede variar dese \$149 hasta \$262 dependiendo de los servicios obtenidos, como rayos x, inyecciones, exámenes de laboratorio, etcétera... Podrá hacer un plan de pagos después de su visita si lo considera necesario.

NUEVOS PACIENTES CON ASEGURANZA

Su aseguranzas tendrá que ser verificada antes de cada visita. Si por alguna razón no podemos verificar su cobertura, usted tendrá que pagar por su visita. El costo de la consulta puede variar dependiendo de los servicios obtenidos, como rayos x, inyecciones, exámenes de laboratorio, etcétera... Podrá hacer un plan de pagos después de su visita si lo considera necesario.

Gracias,

Familia Clínica

X _____

Nombre del Paciente

X _____

Firma del paciente O Representante legal

Family Clinic
808 W.W. Ray Circle
Bridgeport, TX 76426
Phone; 940/683-2297 Fax; 940/683-2722

DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he leído o recibido el aviso de las Prácticas de Privacidad de Familia Clínica, en el que me explica como mi información médica será usada.

También entiendo que para enviar recetas de mis medicamentos electrónicamente y para asegurar la continuación de mi cuidado de salud, autorizo que mi historial de medicamentos sea descargado a través de RxHub.

X _____

Nombre del Paciente

X _____

Fecha de Nacimiento

X _____

Firma del Paciente O Representante legal

X _____

Fecha de hoy

Relación al Paciente

X _____

Witness Signature

X _____

Today's Date

Familia Clinica
808 W.W. Ray Circle
Bridgeport, TX 76426
Phone; 940/683-2297 Fax; 940/683-2722

Dolor Cronica

Yo, _____ entiendo que Dr. David A Ray, NP Espinoza o los Physician Assistants , no me verán por algo relacionado con mi condición de dolor crónica.

Ellos me pueden referir a un especialista apropiado para mi dolor. Entiendo también que no pediré cualquier relleno de medicamentos para el dolor en esta oficina en cualquier momento, no hay excepciones.

Firma del paciente

Fecha

Witness

Date

Familia Clinica
808 W.W. Ray Circle
Bridgeport, TX 76426
Phone; 940/683-2297 fax; 940/683-2722

Consentimiento informado para utilizar el Portal de paciente

Family Clinic ofrece esta herramienta de comunicación compatible con HIPAA segura, como una cortesía a nuestros pacientes. Es un servicio opcional, y nos reservamos el derecho de suspender o darle por terminado en cualquier momento. Le avisaremos de los cambios lo más pronto posible. Este formulario está diseñado para informar al usuario de los hechos y los riesgos asociados al uso del portal web. Al firmar a continuación, usted confirma que ha leído, entiende y acepta cumplir con nuestros procedimientos y directivas para utilizar el portal de pacientes.

Privacidad y seguridad

El portal web o página web tiene una conexión segura con nuestra clínica que utiliza el cifrado para evitar que personas no autorizadas acceda y lee su información de salud o su comunicación a nosotros. Para ayudar asegurar que sigue siendo segura, debemos tener su actual dirección de correo-electrónico y si cambia, nos tiene que avisar. Mantenga su ID de usuario y contraseña de portal seguro, para que solo usted o una persona autorizada por usted, pueda obtener acceso a su información. Si cree que alguien ha aprendido su contraseña, inmediatamente visite el sitio web portal y cambiarlo.

Su dirección de correo-electrónico es confidencial y la información está protegida. Con nuestro mejor esfuerzo protegeremos esta información como lo hacemos con su información médica y otra información personal. Nunca intencionadamente compartiremos esta información con otras personas o compañías.

Todo el acceso a nuestra red interna y nuestros registros médicos electrónicos están protegidos por contraseña.

=====

Confidencial correo-electrónico; _____
(Portal de información de registro se va a ir a esta dirección, nos habla si cambia por favor)

Nombre de paciente; _____

Fecha de nacimiento; _____

Nombre de padre/ guardián; _____

Firma; _____ Fecha; _____

Historia Medico

Nombre de Paciente: _____

Fecha: _____

Cuales enfermedades ha tenido:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD | <input type="checkbox"/> Verrugas genitales | <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Tos ferina |
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca Cong | <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Flebitis |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Estrenimiento | <input type="checkbox"/> Alta Colesterol | <input type="checkbox"/> Neumonia |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Virus de papiloma humano | <input type="checkbox"/> Psitacosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Infession de los Rinones |
| <input type="checkbox"/> Anemia de deficiencia de Hierro | <input type="checkbox"/> Diabetes Insulina | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Anemia Perniciosa | <input type="checkbox"/> Diabetes Non-Insulina | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Arthritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> E. coli | <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Fiebre maculosa de las Montanas |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Edema (hinchazon) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Salmonella |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma del Aorta | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Calculos renales | <input type="checkbox"/> Shigella |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Legionelosis | <input type="checkbox"/> Caminar Dormido |
| <input type="checkbox"/> Bipolar | <input type="checkbox"/> Gastroenteritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme | <input type="checkbox"/> Fobia Social |
| <input type="checkbox"/> Botulismo | <input type="checkbox"/> Gerd (Reflujo Acido) | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Resistentes a las drogas Estafilococos |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sarampion | <input type="checkbox"/> Resistentes a las drogas ESTreptococos |
| <input type="checkbox"/> Cancer tipo _____ | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Meningitis bacteriana | <input type="checkbox"/> Suicida |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Meningitis viral | <input type="checkbox"/> Sifilis |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (Embolia) | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza migrana | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Displasia del Cuello Uterino(Cancer) | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza tension | <input type="checkbox"/> Narcolepsia | <input type="checkbox"/> Ulcera Duodenales |
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Ataque de Corazon | <input type="checkbox"/> Enfermedad Neuro | <input type="checkbox"/> Ulcera Gastricas |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis Cronica | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Corazon | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis | <input type="checkbox"/> Ulceraa Pepticas |
| <input type="checkbox"/> Infeccion Cronica del Tracto Urinario | <input type="checkbox"/> Hemorroides Externas | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis del Hgado | <input type="checkbox"/> Hemorroides Internales | <input type="checkbox"/> Ataques de Panico | <input type="checkbox"/> Venas Varicosas |
| <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa | <input type="checkbox"/> Hepatitis A B o C | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | |

Otra enfermedades: _____

Cirugias : _____

Embarazos _____ Nacidos vivos _____ Cuantos Niños _____ Niños Adoptivos _____

Historia social:

Estado civil: Casado Separado Divorciado Viudo Individual
Uso de tabaco: tipo _____ cantidad _____ Cuanto tiempo _____ Quito? _____ Nunca fumo _____
Alcohol: Nunca _____ a veces _____ regularmente _____ alcohólico _____ alcohólico pasado _____
Tipo de alcohol: cerveza _____ vino _____ whisky _____ bebidas preparadas _____
Cafeína: Café _____ Te _____ soda _____ chocolate _____ cuantas por día _____ semana _____ o mes _____ ningún _____
Ejerció: no _____ si _____ de que tipo _____ o simplemente activo al trabajo
Uso de drogas ilícitas: ahora _____ antes: _____ de que tipo _____ nunca _____

Historia Familiar:

Padre: Vida si no Causa de Muerte _____ Edad _____ Enfermedad _____
Madre: Vida si no Causa de Muerte _____ Edad _____ Enfermedad _____
Parientes con otras enfermedades: _____

Ha sido diagnosticado con cualquiera de los siguientes

- Desórdenes del Sueño (Insomnio) Ansiedad (Ataque de Pánico, fobia sociales) Desordenes de Identidad de Genero
 Desórdenes Alimentario (Anorexia, Bulimia) Desordenese de Personalidad Desórdenes Cognitivos (Alzheimer, Demencia)
 Desórdenes de ánimo (Depresión) Desórdenes de la infancia (ADD, ADHD o Atraso Mental) Obsesivo compulsivo
 Desórdenes del Control de Impulso Psicosis/Esquizofrenia
 Ninguno

Cuidados preventivos: (Por favor anote última fecha de examen)

Hueso DEXA Scan: _____ PSA: _____ Colonoscopia: _____
Examen anual: _____ Mamografía: _____ Papanicolaou: _____

