

Medical Colleagues of Tejas, LLP

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

S.S.#: _____ Nombre: _____ Inicial Del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado de Matrimonio: Menor Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
 Separado/a Raza: _____
Estado de Empleado: Desocupado/a Jubilado/a Estudiante Empleado Empleado: _____
Dirección del Paciente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Correo Electrónico: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____
Nombre del Médico que lo refirió: _____ Como supo de nosotros: _____
Farmacia Preferida: _____ Teléfono: _____ Localización: _____
Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Celular: _____ Casa: _____
Trabajo: _____

PERSONA RESPONSABLE

Nombre de la Persona encargada de esta Cuenta: _____ Relación al Paciente: _____
Dirección (si es diferente al paciente): _____
Celular: _____ Teléfono de Casa: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____
Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Miembros de su familia han consultado aquí antes? No Si Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

Nombre del Asegurado: _____ Relación al Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Empleador: _____
Nombre de Compañía de Seguro Médico: _____ # de Grupo: _____ # de Póliza: _____
Dirección: _____ # Telefónico del Seguro: _____

TIENE SEGURO MEDICO ADICIONAL? YES NO (Si tiene seguro Médico adicional favor de llenar lo siguiente)

Nombre del Asegurado: _____ Relación al Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Empleador: _____
Compañía de Seguro: _____ # de Grupo: _____ # de Póliza: _____
Dirección: _____ # Telefónico del Seguro: _____

POR FAVOR TENGA SU TARJETA DE SEGURO MEDICO Y LICENCIA DE CONDUCIR DISPONIBLE

Yo entiendo y autorizo a mi compañía de seguro médico para que pague a Medical Colleagues de Tejas, LLP por todos los servicios brindados a mi estado de salud. Entiendo que seré responsable por cualquier balance o servicio no cubierto por mi seguro. También autorizo a Medical Colleagues of Tejas, LLP que de cualquier información requerida por mi seguro médico para dar pago a servicios brindados a mí.

Firma del Paciente

Fecha

Fecha de Nacimiento

Medical Colleagues of Texas, LLP
Reconocimiento y Permiso
Notificación de Privacidad

Yo entiendo que Medical Colleagues of Texas, LLP Notificación de Privacidad que explica como mi información medica será usada y revelada. Entiendo que tengo acceso a esta información y también entiendo que tengo autorización a recibir una copia de este documento.

Registros de revelación del Paciente

En general, la regla de privacidad HIPPA les da el derecho a los individuos de pedir restricciones en el uso y revelaciones de su información médica. El individuo también tiene el derecho de pedir restricciones confidenciales en el uso de comunicación o que cualquier comunicación relacionada con su información personal o médica usando estos métodos de comunicación: dejando un mensaje dejado en su contestadora, o hablando de su información médica con alguien más que usted y comunicándose con usted a través de su correo electrónico (e-mail).

Información de contacto

Casa: _____ # Trabajo: _____ # Celular: _____

Podemos dejar mensaje? _____ Si _____ No

Podemos recordarle de su consulta a través de su correo electrónico? _____ Si _____ No

Dirección de su correo electrónico _____

Aparte de usted, con quien más podemos hablar o dejar mensaje relacionado a su información médica?

Nombre de la persona	Relación	# Teléfono
----------------------	----------	------------

En firmar este documento yo autorizó a Medical Colleagues of Texas que use y revele mi información para el propósito de tratamiento medico, para obtener pago de su seguro medico y Operaciones medicas.

Nombre

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha

Consentimiento de comunicación a través de su correo electrónico

Esta oficina está establecida en un portal para mensajes asegurados. Esto le permite a usted comunicarse con nosotros para las siguientes razones ya sea hacer una cita para una consulta medica, pedir una receta medica para su medicamento, preguntas sobre su cuenta, o simplemente para pagar su cuenta. Este método de comunicación no es apropiado encausa de una emergencia y no es para proveer tratamiento medico. Preguntas médicas que se requieren una contestación firme tendrán que ser discutidas en su consulta medica. Para empezar a tener uso a este método de comunicación tendrá que inscribirse a través de nuestra página de Internet. Pregúntele a nuestra recepcionista para información y su contraseña personal. Si usted se decide usar este método de comunicación tendrá que chequear su correo electrónico con regularidad. Sea consiente que usando este método de comunicación a través de un correo electrónico que no sea a través de nuestra pagina de Internet es posible que no sea seguro por lo tanto recomendamos que si se decide usar este método de comunicación sea a través de nuestra pagina de Internet.

En creando una correo electrónico a través de la pagina de Internet de Medical Colleagues de Texas yo autorizo a Medical Colleagues de Texas que mande correspondencia medica usando mi correo electrónico.

Firma

Póliza Financiere de Medical Colleagues de Tejas, LLP

Gracias por escoger a Medical Colleagues de Tejas para brindarle asistencia medica. Nuestra mayor prioridad es de que reciba el tratamiento adecuado y necesitado. Para servirle Mejor y evitar mal entendimientos pedimos que nuestros pacientes lean y firmen nuestra póliza financiera. Si tiene cualquier pregunta o sugerencia no dude en preguntar o decir.

1. Como cortesía su reclamo será sometido a su seguro medico, (si es miembro de un seguro medico en el cual estamos contratados) si no puede proveernos con su tarjeta medica de seguro medico será requerido que usted pague en efectivo por su consulta. Si su seguro medico a cambiado desde su ultima visita sea tan amable de informarnos y presente su nueva tarjeta medica para poder verificar cobertura y sus beneficios. Si no nos informa de cualquier cambio de seguro, y hay consultas que no han sido pagado por su seguro usted será responsable por cualquier balance que hay en su cuenta. Normalmente la mayoría de seguros médicos requieren que los reclamos de sus consultas sean sometidos en 90 días desde el día de su consulta. Por favor recuerde que todos los cargos son su responsabilidad pague su seguro o no pague.
2. **Los Co-Pays** serán colectados al momento de su consulta. Si no puede pagar su co-pay al momento de su consulta será requerido que haga otra cita. Deducibles, co-pay, co-insurance o cualquier servicio medico que no sea cubierto por su seguro tendrán que ser pagados al momento de su consulta.
3. **Cargos aplicados a su deducible anual** serán colectados al momento de su consulta. Deducibles y co-insurance serán determinados antes de un procedimiento. Será rembolsado por cualquier sobre pago.
4. **Pacientes con Medicare-** se considera fraude dar cualquier descuento en deducibles, o co-pays por lo tanto se requiere que pague sus deducibles o co-pays al momento de su consulta. Aceptamos "Medigap" como seguro secundario; pero se tiene que recibir pago de su seguro primario en 30 dias. Si no se a recibido pago de su seguro primario y ya es demasiado tarde para someter sus cargos a su seguro secundario los cargos serán su responsabilidad. Es su responsabilidad como paciente llamar a su seguro y verificar si su reclamo a sido procesado o no.
5. **Para registro de Vacunaciones** no abra un cobro por la primera vez que se suministren, pero para la segunda abra un cobro de \$10.00.
6. **Si falta a su cita** una vez sin dar la notificación apropiada abra un cobro de \$25.00. Si va faltar a su cita tiene que darnos una notificación de 24 horas para evitar el cobro. Si va a llegar tarde sea tan amable de llamarnos.
7. **Devolución de Cheques**, abra un recargo de \$30.00 mas la cantidad del cheque. Las dos cantidades tendrán que ser pagadas en 10 días de su notificación. Si hay una devolución de cheque por segunda vez en su cuenta no podremos aceptar sus cheques como forma de pago.
8. Abra un cobro de \$25.00 para completar las formas de "FMLA" o Deshabilidad, etc.

Firma

Fecha

Nombre:

Fecha:

Fecha de nacimiento:

Razón por la visita:

Historia Clínica Pasada-porfavor verifique todo que aplica a usted y el año:

- Fibrilaciones Auricular
- Alta presión
- Enfermedad del corazón
- Infartos miocárdicos
- Soplos en el corazón
- Colesterol alto
- Esclerosis múltiple
- Convulsiones
- Migrañas
- Ataque isquemico transitorio del cerebro
- Embolias cerebrales
- Enfisema
- Bronquitis crónica
- Asma
- Coagulo pulmonar de sangre
- Apnea de sueno
- Diabetes mellitas de tipo 1
- Diabetes mellitas de tipo 2
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Bocio
- Reflujo de acido
- Hernia hiatal
- Ulceras gástricas
- Hepatitis
- Colitis ulcerativo
- La enfermedad de Crohn (colitis)
- Diverticulitis del colon
- Artritis
- Desorden de sangre
- Desorden de riñón
- Próstata crecida
- Depresión
- Ansiedad
- Cáncer: _____
- Orto: _____

Historia Quirúrgica/Procesal Pasada-porfavor verifique todo que aplica a usted y el año:

- Bypass cardiaco
- Reemplazo de válvula cardiaco
- Cirugía de amígdalas
- Cirugía de apéndice
- Reparación de hernias
- Reparación del riñón
- Colectomy parcial
- Cirugía del intestino
- Splenectomy
- Endoscopia
- Echocardiogram
- Prueba de esfuerzo cardiaco
- Cirugía de la espalda
- Cirugía de cadera
- Cirugía de rodilla
- Cirugía de hombro
- Cirugía de pie
- Cirugía en la mano
- Cirugía de cataratas
- Cirugía en los pulmones