

INFORMACION DE PACIENTE			
Nombre		Fecha de Nacimiento	Sexo
Dirección		Ciudad	Estado Código Postal
Teléfono	Hogar	Trabajo	Celular
Correo Electrónico		No. Seguro Social	
Nombre de Empleador		<input type="radio"/> Jornada Completo <input type="radio"/> Media Jornada	<input type="radio"/> ¿Es un Estudiante? <input type="radio"/> No Soy Estudiante <input type="radio"/> Tiempo parcial <input type="radio"/> Diario
Raza <input type="radio"/> Negro/Afroamericano <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Caucásico <input type="radio"/> Hispano <input type="radio"/> Latino <input type="radio"/> Otro (Favor de designar)			
Origen Étnico: <input type="radio"/> Hispano <input type="radio"/> Latino <input type="radio"/> No Hispano <input type="radio"/> Negar de proveer		Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)	
Idioma preferida <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro (favor de definir):			¿Veterano? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Contacto de Emergencia		Parentesco	Teléfono
Farmacia Preferida:(Nombre, Dirección, y Teléfono)			
PERSONA RESPONSABLE / INFORMACIÓN DE PAGADOR SI ES DIFERENTE DE ARRIBA			
Nombre		Fecha de Nacimiento	Sexo
Dirección		Ciudad	Estado Código Postal
Teléfono	Hogar/Cellular	Trabajo	No. Seguro Social
SEGURO MEDICO PRINCIPAL			
Nombre de seguro medico		Teléfono	
Número de Póliza		Número de grupo	
Dirección		Ciudad	Estado Código Postal
Nombre del Asegurado		Fecha de Nacimiento	Parentesco al Paciente: <input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Otro
SEGURO MEDICO SECUNDARIO (SI APLICA)			
Nombre de seguro medico		Teléfono	
Número de Póliza		Número de grupo	
Dirección		Ciudad	Estado Código Postal
Nombre del Asegurado		Fecha de Nacimiento	Parentesco al Paciente: <input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Otro
Doctor Principal			
Nombre		Teléfono	Fax
Dirección			
Doctor de referencia (Si es diferente del Doctor Principal)			
Nombre		Teléfono	Fax
Dirección			

Confirmando que he revisado cuidadosamente este documento, lo entiendo y lo he completado con sinceridad.

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

Preferencias de respecto a la comunicación de Información de Salud del Paciente

Con el fin de proteger mejor su privacidad bajo HIPAA, hemos creado este formulario de consentimiento para la divulgación de información médica a los miembros de la familia y otras personas de su elección. Esto también se utilizará para el consentimiento de dejar mensajes telefónicos detallados a los teléfonos mencionados, enviar por correo los resultados de laboratorio a su casa y también enviar los resultados de correo electrónico seguro a su dirección personal de correo electrónico, una vez inscrito en MyChart. Es contra la ley divulgar información médica a su familia sin su permiso en escrito. El propósito de este documento es proteger su privacidad.

Comunicación con parientes, cónyuges u otros:

Yo autorizo que MMG y personal medico estudiar mi información medica (cual incluye historias, diagnosis, análisis de laboratorio, tratamientos, médicos y otra información medica) con estos contactos. Yo entiendo que si dejo esta líneas en blanco, indica que yo escojo no dar acceso a otro.

Nombre: _____ Parentesco: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Tel: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Tel: _____

Comunicación electrónica a través de NextMD (Registros Electrónicos de Salud que son Protegidos)

Es posible que en Methodist Medical Group (MMG) usemos su nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico (“Información de contacto”) y sus registros clínicos para comunicarse con usted y transmitirle recordatorios de citas e información sobre alternativas de tratamiento. Si esta comunicación se realiza por teléfono y usted no está disponible, se le dejará un mensaje en el correo de voz o a la persona que atienda el teléfono. Al firmar este formulario, acepta que MMG se comunique con usted para transmitirle recordatorios de citas e información y para dejarle mensajes por correo de voz o a alguna persona de su hogar. La información que usamos o revelamos a partir de este consentimiento es posible que vuelva a ser divulgada por cualquier persona que tenga acceso al recordatorio y deje de estar protegida por las normas federales de privacidad. Usted tiene derecho a no otorgar su consentimiento a MMG para usar su número de teléfono o su dirección de correo electrónico para recibir recordatorios de citas y alternativas de tratamientos. Si acepta otorgar su consentimiento, usted tiene derecho a revocarlo, por escrito, en cualquier momento en el futuro. Si no acepta otorgar este consentimiento a MMG o lo revoca en el futuro, esto no afectará el tratamiento que le brindamos.

ACEPTO las siguientes formas de comunicación para recibir recordatorios de citas y comunicaciones de seguimiento (coloque sus iniciales en todas las opciones que corresponda): _____ Correo electrónico (si corresponde)

_____ Teléfono _____ Mensaje de texto (si corresponde)¹ _____ Portal seguro para el paciente que se usará en la forma descrita anteriormente. Correo electrónico preferido _____ tel. preferido _____

Si aceptó recibir comunicaciones a través del portal seguro para el paciente, recibirá notificaciones por correo electrónico cuando haya información segura para que consulte, como resultados de laboratorio. El correo electrónico le proporcionará un enlace que usará para acceder al sitio web seguro. Después de hacer clic en el enlace, deberá iniciar sesión y proporcionar su nombre de usuario y contraseña únicos.

Al elegir su dirección de correo electrónico, considere las repercusiones de privacidad; por ejemplo, cualquier otra persona que pueda tener acceso a su correo electrónico o cualquier otra persona, como su empleador, que pueda tener derecho y/o capacidad de revisar todo correo electrónico recibido en su dirección del trabajo..

_____ (sus iniciales). No acepto otorgar mi consentimiento a MMG para usar mi información de contacto y mis registros clínicos para comunicarse conmigo y transmitirme recordatorios de citas e información sobre alternativas de tratamiento. Entiendo que es posible que deba programar una cita de seguimiento con el médico para que controle los resultados de mis pruebas; de lo contrario, recibir sus resultados por correo podría demorar hasta 10 días hábiles.

Consentimiento y acuerdo He revisado atentamente este documento y acepto cumplir plenamente los lineamientos aquí definidos para la comunicación de mi información médica.

Nombre

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente o tutor

Fecha

¹ Tenga en cuenta que el servicio de mensajes de texto es un servicio gratuito proporcionado por MTP, pero es posible que se apliquen tarifas de mensajería estándar de su proveedor de servicios inalámbricos. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su proveedor de servicios inalámbricos.



Formulario de Consentimiento General del Paciente para la Atención Médica

Consentimiento general para el cuidado:

Yo, _____, para mí o un niño menor de edad u otra persona para quien tengo autoridad para firmar, doy consentimiento para la atención médica y el tratamiento, según ordenado por un proveedor de medicina, mientras que dicha atención médica y tratamiento se proporciona a través de Methodist Medical Group sobre una base de visita ambulatoria / oficina. Este consentimiento incluye mi consentimiento para todos los servicios médicos prestados bajo las instrucciones generales o específicas de un proveedor de medicina; incluyendo el tratamiento por parte de un proveedor de nivel medio (Nurse Practitioner o Physician Assistant), y otros proveedores de atención médica o los designados bajo la dirección de un médico, según se considere razonable y necesario.

Estoy de acuerdo y reconozco que Methodist Medical Group no es responsable de las acciones u omisiones de, o las instrucciones dadas por los médicos / proveedores que me tratan mientras soy un paciente. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han hecho garantías en cuanto al resultado de los tratamientos o exámenes en las instalaciones de Methodist Medical Group.

Telemedicina

Entiendo que la telemedicina (definida como el uso de información médica intercambiada de un sitio a otro a través de comunicaciones electrónicas para la salud del paciente, incluidos los servicios de consulta, diagnóstico y tratamiento) puede emplearse para facilitar mi atención médica. Toda transmisión electrónica de datos se limitará a los destinatarios autorizados de conformidad con la ley Federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) y las leyes estatales de privacidad.

Para el paciente:

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas. Al firmar este documento, usted está indicando que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe después de que se haya recibido un diagnóstico específico y se recomiende el tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que se revoque por escrito. Usted tiene derecho en cualquier momento a interrumpir los servicios.

Yo afirmo que he leído y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntariamente a su contenido.

Este consentimiento para el tratamiento médico expirará 12 meses después de la fecha de firma, o hasta que se revoque por escrito.

Nombre

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente o tutor

Fecha



AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

PLEASE SEND RECORDS TO:

Trinity Surgical Consultants

2805 E President George Bush Hwy
Richardson, TX 75082
Ph (469) 204-5620
Fax (214) 947-8315

Name of Patient: _____ Date of Birth: _____ Age: _____ Sex: _____

Address: _____ City: _____ State: _____

Zip: _____ Home Phone: _____ Work Phone: _____

Social Security #: _____ Account Number: _____ Date of Last Visit: _____

Physician Seen: _____

1. I authorize the use or disclosure of the Patient's health information, as described below.
2. The following individual(s) or organizations are authorized to make the disclosure:

Name: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

3. The type and amount of information to be used or disclosed is as follows: (Please Check)
 - Entire Health Record Operative Procedures Pathology Report Echocardiogram
 - History & Physical X-ray/Imaging Reports X-ray Film Laboratory Reports
 - Other (please describe)

4. I understand that the information in the Patient's 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 services, and treatment for alcohol and/or drug abuse.
5. This information may be disclosed to and used by the following individual(s) or organization(s) (please include the name and address of the individual or organization):

6. This information is being disclosed for the following purpose(s): _____
7. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand that in order to revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to MedHealth, 3400 W. Wheatland Rd,+ Suite 453, Dallas, TX 75237. I understand that the revocation will not apply to information that has already been 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.
8. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition:

This authorization will expire 12 months from the date of signing.

9. I understand that my treatment, payment, or eligibility to file to insurance company will not be conditional on the completion and signature of this form.
10. I understand that once the information is disclosed pursuant to this authorization, it may be re-disclosed by the recipient and the information may not be protected by federal privacy regulations.
11. I understand that I will be given a copy of this authorization form after signing.

Signature of Patient/Responsible Party or Legal Representative

Date

If Signed by Legal Representative, Relation to Patient

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Por favor déjenos porque viene a esta cita hoy: _____
_____**Marque las enfermedades que le aplican a usted:**

- _____ Diabetes
_____ Enfermedad Del Corazón
_____ Enfermedad Renal
_____ Nefritis
_____ Hipertensión
_____ Ictus Cerebral
_____ Problemas Pulmonares
_____ Tuberculosis
_____ Epilepsia
_____ Artritis
_____ Cáncer – Si contestó sí, ¿que tipo? _____
_____ Problemas de Estómago O Colon
_____ Prolapso de la Válvula Mitral
_____ Enfermedad Vasculad
_____ Otro _____

¿Fuma actualmente cigarros, cigarrillos, pipas u otros tabacos? _____ Si contestó sí, ¿cantidad? _____

¿Ha fumado previamente cigarros, cigarrillos, pipas u otros tabacos? _____ Si contestó sí, ¿Cuándo lo dejo? _____

¿Toma alcohol? _____ Si contestó sí, ¿Cuánto y que tan seguido? _____

¿Tiene alergias a comidas? _____ Si contestó sí, enumerarlos: _____

¿Tiene alergias a medicamentos? _____ Si contestó sí, enumerarlos: _____

¿Eres alérgico al LÁTEX? _____ ¿cuál es su reacción? _____

¿Tiene un marcapasos o desfibrilador? _____ Si contestó sí, ¿cuál marca? _____

¿Qué cirugías ha tenido en el pasado? _____

Si contestó sí, ¿tuvo alguna complicación de sangrado o la anestesia? _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna lesión grave u otra enfermedad? _____

Si contestó sí, por favor explique: _____

¿Alguna vez le han aconsejado someterse a una cirugía que aún no se ha realizado? _____

Si contestó sí, por favor explique: _____

¿Ha tenido una colonoscopia? Sí No Si contestó sí: Fecha: _____¿Ha tenido una mamografía? Sí No Si contestó sí: Fecha: _____¿Ha tenido un Papanicolaou? Sí No Si contestó sí: Fecha: _____

Cuestionario de Salud del Paciente

(PHQ-2/ PHQ-9)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Sí	No
1. Poco interés o placer por hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentirse deprimido(a) o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió sí a una de las preguntas anteriores, responda las siguientes preguntas:

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Jamás	Algunos días, Ocasionalmente	La mayoría de los días, Frecuentemente	Casi siempre, Habitualmente
1. Poco interés o placer por hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentirse deprimido(a) o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentirse cansado(a) o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Falta de apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado. O, al contrario, estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>