

Lone Star Medical Group
FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE (eCW)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Escriba en letra imprenta)

Nombre del paciente: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial segundo nombre) _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Tel. particular: _____ Tel. celular: _____ Tel. laboral: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Femenino Masculino Transgénero

Raza: Indio americano/nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái/Isla del Pacífico

Negro/afroamericano Blanco Hispano Otro Prefiere no responder

Idioma: Inglés Español Indio: hindi, etc. Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso Otro

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Prefiere no responder

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE (si no es el paciente)

(Información utilizada para estados de saldo del paciente)

Responsable: Otro paciente Garante El paciente Marque aquí si la dirección y el teléfono son los mismos que para el paciente

Nombre del responsable: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: DD ____/MM ____/AAAA ____ Sexo: Femenino Masculino

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: Proporcione su tarjeta de seguro (principal, secundario, etc.) en recepción al registrarse.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto de emergencia: (Apellido) _____ (Nombre) _____

Número de teléfono: _____ ¿Tiene un testamento vital? Sí No

Vínculo del contacto de emergencia con el paciente: _____ Tutor

Dirección _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Ext. _____

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN GENERAL Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

PARA EL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su afección y sobre el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado, para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente está destinado a obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para determinar el tratamiento o el procedimiento apropiado para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos da su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted está indicando que (1) tiene la intención de que este consentimiento sea de naturaleza continua, incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento al tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento permanecerá plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho en cualquier momento a suspender los servicios.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico acerca del objetivo, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le hayan indicado. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que pregunte. Solicito voluntariamente que un médico o proveedor de nivel medio (enfermero, auxiliar médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o personas designadas, según se considere necesario, realicen el examen médico razonable y necesario, las pruebas y el tratamiento para la afección que me ha llevado a buscar atención en esta clínica. Entiendo que si se recomiendan pruebas o procedimientos invasivos o intervencionistas adicionales, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de las pruebas o procedimientos.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra imprenta del paciente o representante personal: _____ Vínculo con el paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento del paciente para comunicaciones financieras

Acuerdo financiero.

- Estoy al tanto de que, como cortesía, Lone Star Medical Group puede facturar a mi compañía de seguros los servicios que me han proporcionado.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o por los cargos cubiertos no pagados en su totalidad incluyendo, entre otros, cualquier copago, coaseguro o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.
- Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos.

Cobros por terceros. Reconozco que Lone Star Medical Group puede utilizar los servicios de una entidad asociada o afiliada externa como una oficina comercial extendida ("Prestador EBO") para la facturación y mantenimiento de cuentas médicas.

Asignación de beneficios. Por el presente, asigno a Lone Star Medical Group cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me proporcionan. Entiendo que Lone Star Medical Group tiene derecho a rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no se asignan a Lone Star Medical Group, estoy de acuerdo en reenviar todos los pagos de seguro de salud o de terceros que reciba por servicios que se me proporcionen inmediatamente después de recibirlos.

Certificación de paciente de Medicare y asignación de beneficios. Certifico que cualquier información que yo suministre, si la hubiere, al solicitar pagos según el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la ley del Seguro Social es correcta. Solicito que los pagos de beneficios autorizados de los programas Medicare o Medicaid se hagan, en mi nombre, a Lone Star Medical Group.

Consentimiento para llamadas telefónicas para comunicaciones financieras. Para que Lone Star Medical Group o los prestadores de servicios de oficina comercial extendida (EBO) y los agentes de cobro mantengan mi cuenta o cobren los montos que pueda deber, expresamente acepto y doy mi consentimiento para que Lone Star Medical Group o el prestador de oficina comercial extendida y los agentes de cobro puedan ponerse en contacto conmigo, en relación con los servicios prestados o mis obligaciones financieras, por teléfono en cualquier número de teléfono, sin limitación de conexión inalámbrica, que yo haya proporcionado, o que Lone Star Medical Group o el prestador de oficina comercial extendida y los agentes de cobro hayan obtenido o en cualquier número de teléfono al que se haya remitido o transferido la llamada desde ese número. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales o el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará con la misma validez que el original.

Firma del paciente/representante del paciente: _____ **Fecha:** _____

Si usted no es el paciente, indique su vínculo con el paciente (marque con un círculo o marque los vínculos en la siguiente lista):

Cónyuge
Padre/madre
Tutor legal

Garante
Poder notarial para asistencia sanitaria
Otro (especifique) _____

Historia Del Paciente
Para ser completado por el Paciente o Guardián

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

Describe sus problemas principales:

Indique las alergias o reacciones adversas:

Drogas/Alergenos:

Reacción:

Fecha de Inicio:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

No tengo Alguna Alergia a Medicamentos

Lista de Medicamentos que esta tomando, dosis y la razón:

Nombre:

Dosis:

Razón:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Anote todos los proveedores que usted ve actualmente:

Nombre:

Especialidad:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Antecedentes Médicos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón |
| <input type="checkbox"/> ADD OR ADHD | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Válvula Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Arritmia de Corazón |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Ataque de Corazón |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Aórtica aneurisma | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hernia de Hiato |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemias |
| <input type="checkbox"/> Mojar la Cama | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento o Enfermedad Hereditaria | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre | <input type="checkbox"/> Dolor Articular |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Seno | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria Coronaria | <input type="checkbox"/> Cálculos Renales |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Coronaria | <input type="checkbox"/> Ulceras de la Pierna o Pie |

Antecedents Medicos continua:

- Enfermedad de la ateria Coronaria
- Cáncer
- Dolor de Pecho
- Varicela
- Claustrofobia
- Enfermedad Cardiaca Congénita
- Insuficiencia Cardiaca Congestiva
- Estreñimiento
- Depresión
- Trastornos de Desarrollo o Comportamiento
- Diabetes
- Diálisis
- Diverticulitos
- Problemas de Oído o Audición
- Eczema, sarpullido, u otras condiciones de la Piel
- Endometriosis
- Epilepsia
- Problemas de Ojo
- Fibromialgia
- ERGE
- Enfermedad Gastrointestinal
- Enfermedad Genitourinaria
- Gota
- VIH o SIDA
- Traumatismo en la Cabeza
- Dolores de Cabeza o Migrañas
- Enfermedad de Corazón
- Enfermedad Hepática
- Migrañas
- Problemas Musculares, Articulares, o Huesos
- Obesidad
- Transplante de Órgano
- Osteoartritis
- Osteopenia
- Osteoporosis
- Otitis media
- Marcapasos
- Fractura
- Enfermedad Psiquiátrica
- Embolia Pulmonar
- Artritis Reumatoide
- Convulsiones
- Enfermedades o Lesiones Graves
- Falta de Aliento
- Problemas de la Piel
- Apnea de Sueno
- Trastorno de Sueno
- Trazo
- Problema de Tiroides
- Tuberculosis
- Ulceras
- Infección Urinaria
- Trastorno Urológico

Historia Familiar:

	Enfermedades	Edad de Inicio:	Edad de Fallecimiento:
Padre:	_____	_____	_____
Madre:	_____	_____	_____
Hermanos:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Cónyuge:	_____	_____	_____
Hijos:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Otras:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Historia Quirúrgica:

Procedimiento:	Fecha Quirúrgica:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia Social del Paciente:

Uso de Tabaco (escoja uno):	Nunca	Fumador del día Actual	
	Fumador anterior	Fumador de vez en cuando	
Cuanto Fumas:	_____	Paquete por Día	
Anos de Uso de Tabaco:	_____		
Desde que Edad:	_____		
Oficio:	_____		
Educación (escoja uno):	Menos del 8vo grado	Graduado de Escuela Secundaria	
	Noveno grado	2 año Universitario	
	Décimo grado	4 año Universitario	
	11mo grado	Clases Avanzadas	
Estado Marital:	Sin saber	Separado	
	Casado	Viudo	
	Soltero	Compañero Domestico	
	Divorciado		
Orientación Sexual:	Heterosexual	Homosexual	Bisexual
Nivel de Ejercicio:	Ninguno	Ocasional	
	Moderado	Intenso	
Dieta:	Regular	Especifica	
	Vegetariana	Carbohidratos	
	Vegetativa	Cardiaca diabética	
	Libre de Gluten		
Nivel de Estrés:	Bajo	Medio	Alto
Consumo de Alcohol:	Nada	Ocasional	
	Moderado	Considerable	
Consumo de Cafeína:	Ninguno	Ocasional	
	Moderado	Considerable	
El Tabaco de Mascar:	Nada	1/día	2-4/día 5+/día
Drogas Ilícitas:	_____		
Protector Solar:	Si	No	
Alarma de Incendio en el Hogar:	Si	No	
Directiva Anticipada:	Si	No	
Anos de uso Alcohol:	_____		
Actividades Deportivas:	_____		
Activo Sexual:	Si	No	
Exposición al Humo:	Si	No	
Historial Familiar Cardiaco	Si	No	
Historial Familiar problema de Corazón			
Antes de final de los 50's?	Si	No	
Transmisión de enfermedad sexual	Si	No	
Riesgo de Hepatitis B?	Si	No	
Riesgo de Tuberculosis?	Si	No	

Para Mujeres Solamente:

Ultimo periodo Menstrual: _____ Sin saber Aproximado Definido
La frecuencia del ciclo (días): _____
Menstruación Mensual Si No
Edad que comenzó la Menstruación: _____
Antes de la Histerectomía? Si No
Método Anticonceptivo Actual: _____
Edad de Menopausia: _____
Fecha de ultimo Papanicolaou: _____
De partos: _____
De embarazos: _____
Activo sexualmente: Si No

Embarazos Anteriores:

Fecha: _____ # De Feto: _____ Gestación: _____ Duración Laboral (hrs.): ____ Sexo: M / H
Tipo De Parto: _____ Anestesia: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Parto Prematuro: S / N

Fecha: _____ # De Feto: _____ Gestación: _____ Duración Laboral (hrs.): ____ Sexo: M / H
Tipo De Parto: _____ Anestesia: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Parto Prematuro: S / N

Fecha: _____ # De Feto: _____ Gestación: _____ Duración Laboral (hrs.): ____ Sexo: M / H
Tipo De Parto: _____ Anestesia: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Parto Prematuro: S / N

Fecha: _____ # De Feto: _____ Gestación: _____ Duración Laboral (hrs.): ____ Sexo: M / H
Tipo De Parto: _____ Anestesia: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Parto Prematuro: S / N

Fecha: _____ # De Feto: _____ Gestación: _____ Duración Laboral (hrs.): ____ Sexo: M / H
Tipo De Parto: _____ Anestesia: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Parto Prematuro: S / N

POLICA DE RECETAS DE MEDICACIONES

Lo que sigue es un contorno de nuestra política del repuesto de la prescripción de la medicación aquí en el cuidado primario de Lone Star Medical Group.

1. Si usted necesita un repuesto de su medicamento, le pedimos que usted llame **su farmacia** y dígalos qué necesita un repuesto. Ellos entonses, nos enviarán un fax o llamarán con toda la información que necesitamos para poder rellenar esa medicación. **Si usted nos llama, le pediremos que usted llame su farmacia primero.**
2. **NO RELLENAMOS MEDICACIONES DESPUÉS DE HORAS DE OFICINA O LOS FINES DE SEMANA.**
Nuestro médicos no tiene acceso a sus expediente después de horas de oficina. Por favor estese seguro de contactar su farmacia por lo menos **3 días** antes de que usted se le acabe la medicina, para permitir que el repuesto pueda ser procesada. Cualquieres llamadas o faxes para repuestos de medicación recibida después **3:30 P.M.** no serán tratado hasta el siguiente día.

DESPUÉS DE HORAS DE OFICINA Y DE FINES DE SEMANA

Nuestras horas de oficina son 8AM-12PM y 1:30 PM-5PM lunes a viernes. En el caso de una emergencia, de una situación peligrosa para la vida, o de referirse a síntomas precupantes, **llame al 911** o proceda al cuarto de emergencia más cercano.

Nuestros médicos no tiene acceso a sus expediente médico después de horas de oficina o los fines de semana. Si usted quisiera hacer una cita rutinaria, llame durante horas de oficina.

He leído y entiendo las políticas antedichas y acuerdo adherir a las políticas.

Notificación de Alergia a Látex

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

No tengo alergia a látex

Si tengo alergia a látex

Firma del Paciente
