

Fecha/Tiempo _____



HUNTSVILLE
MEMORIAL HOSPITAL

FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre de Paciente: _____
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (MN)

Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Sexo : Masculino Femenino

Dirección Física: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Idioma Primario: Ingles Espanol Lenguaje Por Senas Otro _____

Estado marital: Soltero Casado Divorciado Legalmente separados Compañero de vida Viudo(a)

Teléfono de día: () _____ 1. Teléfono Celular: () _____

Dirección de correo electrónico: _____

Raza: Negro/Afro Americano Blanco/Caucásico Americano Indio Otro: _____

Etnicidad: Latino r Hispano No-Hispano Etnia Desconocida

INFORMACIÓN DE GURANTOR

Nombre de Garante/Guarda (si es diferente del paciente): _____

Dirección: _____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono de día: () _____ Teléfono Celular: () _____

Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Relación de el paciente: _____

INFORMACION DE ASEGURANSA

Cobertura de seguro: Pago del uno mismo Medicaid Medicare Otro _____

Nombre del tenedor de la póliza (Si es diferente del garante): _____

Dirección: _____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono de día: () _____ Teléfono Celular: () _____

Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Relación de el paciente: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Persona De Contacto De Emergencia: _____ Relación de el paciente: _____

Teléfono: () _____



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN
(HIPAA)**

Yo, _____ (nombre del paciente si es mayor de 18 años, o nombre del padre /
guardián si es menor) que actúa en nombre de _____ (deje en blanco si
usted es mayor de 18 años o nombre del paciente si son un menor de edad usted es el padre (s) o
tutor) dar mi autorización para divulgar mi información protegida de la salud incluyendo los
resultados de mis exámenes de laboratorio, rayos x, y / u otros resultados de la prueba a la
siguiente representante (s) designado:

Iniciales (Paciente o Guardián Legal)

_____ Mi Marido/Conyuge(Nombre) _____

_____ Mi hijos (Nombre) _____

_____ Otros (Nombre) _____

_____ Representante Personal _____

_____ Puede dejarse en mi contestador automático casero. _____

_____ Puede dejarse en mi contestador de trabajo. _____

_____ Puede dejarse en mi celular. _____

_____ NO SE PUEDE DAR A ALGUIEN QUE NO SEA YO MISMO. _____

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

FECHA/Tiempo

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

* INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA: toda información registrada en cualquier forma o medio QUE IDENTIFICA EL PACIENTE Y RELACIONA CON HISTORIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO DEL PACIENTE O PRONÓSTICO. Se conoce comúnmente como su expediente médico. NOTA: LA LEY DE TEXAS AUTHRORIZES LA LIBERACIÓN DE informantion MÉDICA SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE EN UN NÚMERO DE SITUACIONES INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SI LA DIVULGACIÓN es reembolsar a los hospitales u otros proveedores de atención médica o el paciente por servicios o suministros MÉDICOS.



(CONSENT TO TREAT)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo, _____, autorizo y doy consentimiento de cualquier medicina o tratamiento incluyendo estudio diagnostico, considerado necesario por el médico o asistente de medico (AM) o ayudante del médico (PA), o una enfermera de práctica. Yo entiendo que el tratamiento solo puede ser durante las horas de oficina y el equipo médico de la clínica no puede ayudar fuera de su círculo de práctica.
2. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE ASISTENTE DE MEDICO (PA) / ENFERMERA DE PRACTICA (NP) ATENCION MEDICA: LA clínica HMH es atendido por asistentes médicos y enfermera de practica: La clínica HMH está respaldada por un AM quien está a la supervisión en todo el tratamiento médico de un Doctor. Un doctor esta a tanto de la consulta ya sea directa o indirectamente. PA o NP no es doctor pero ha recibido entrenamiento en una escuela de medicina para proveer tratamiento profesional para la salud. También ha recibido entrenamiento en una escuela para medicina, y tres años de colegio. Asistente de medico (PA) y enfermera se practica están autorizados y certificados para practicar medicina por el estado de Texas.
3. GARANTIZADOR DE PAGO: Yo garantizo y entiendo que seré responsable de los costos de los servicios recibidos en la clínica en mi cuidado médico. El costo total se debe al terminar la consulta excluyendo personas con gastos cubiertos por Medicare, Medicaid, o programas de asistencia financiera. Antes de desalojar la clínica.
4. AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN DE PAGO: Yo certifico que la información dada de mi aplicación de pago en el titulo XVIII para el Seguro Social es correcta. Yo autorizo y respondo a la información médica acerca de mi para en dado caso ser revelada a la administración de seguro social o intermedian tés para portar alguna información necesaria. Yo requiero que el pago autorizado sea en beneficio mio.
5. REVELAR EL REQUERIMIENTO DE EXAMEN DE HIV/SIDA: la ley de Texas autoriza al hospital o medico que el paciente sea examinado para averiguar se carga el virus de HIV en las siguiente situaciones: (1) si es donante de sangre o productos de sangre, u órganos, (2) si una persona del equipo es expuesta a sangre o productos de sangre, o (3) si una operación o intervención médica es ejecutiva en la cual puede exponer el equipo médico a sangre del paciente. Esta revelación es para informar a usted en caso de que algún de estas situaciones ocurran en algún tratamiento.

Al firmar, certifico que he leído y expresado el entendimiento de este documento al firmar abajo y acepto y entiendo para ser atendido y tratado por un AM.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA: _____

REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

FIRMA: _____

RELACIÓN: _____ FECHA/TIEMPO: _____

ASPECTOS LEGALES DE LAS DIRECTIVAS DE ANTE MANO

El hospital es requerido por la ley federal de proveedor información escrita para usted acerca de sus derechos, en la ley que hace decisiones acerca de sus estado medico, y el derecho de tener aspectos legales de las directivas de ante mano.

1. Yo he sido informado con material por escrito de mis derechos ye el dereco de rechazar tratamiento que va encontrar de mi voluntad
2. Yo he sido informado de mis derechos por el formulario de aspectos legales de las directivas de ante mano.
3. Yo entiendo que no tengo que tener directive medicos para ser tratado en este hospital.
4. Yo entiendo que los términos de directivas hacia medicos solo pueden ser utilizados en el hospital y profesionales de mi estado de salud permitido por la ley.

Favor de anotar uno de los siguientes:

_____ Yo tengo una directive de ante mano

_____ Yo no tengo una directive de ante mano

_____ Yo tengo un poder legal para salubridad y mi poder lega
es: _____.

_____ Yo no tengo un poder legal para salubridad.

Yo he recibido la información en un folleto de directive para los medicos y el poder legal de salubridad.

Firma: _____ Fecha/Tiempo _____

Nombre: _____ Relación: _____

Ley de Facturación del Paciente Justa relativa fuera de la Red de Proveedores

Huntsville Memorial Hospital, en el cumplimiento de la "Ley de Facturación del Paciente Justa" en relación con los proveedores fuera de la red, desea notificar a los pacientes de los siguientes:

1. Usted puede recibir facturas independientes para los servicios prestados por profesionales de la salud afiliados a HMH.
2. Tal vez, algunos proveedores no son participantes en el mismo plan o red medica que HMH
3. Tal vez, su reseponsabilidad financier será mayor para servicios que sean provistos por proveedores médicos quienes no están en contrato son su plan de seguro medico
4. Debe dirigir preguntas sobre los niveles de cobertura de prestaciones sociales y de su plan de salud y certificado de cobertura.
5. Facturas detalladas están disponibles bajo petición
6. Si usted no tiene seguro, usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera bajo los términos y condiciones del hospital ofrece a los pacientes calificados.

SI DESEA HACER PREGUNTAS, disputa SU CUENTA, solicite una declaración detallada, necesita ayuda para hacer DISPOSICIONES O NECESIDAD PARA HABLAR CON UN PACIENTE SERVICIOS FINANCIEROS REPRESENTANTE, llame al (936) 291-4500.

Con mi firma, yo entiendo que soy responsable de cualquier cargo que se pueda incurrir, que se aplican hacia mis deducibles o se consideran fuera de su bolsillo los gastos, como fuera de la red de proyectos de ley o copagos.

FIRMA

FECHA/TIEMPO



HMH Medical Clinic

Acuerdo formulario de auto-pago

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Bienvenidos a la Clínica Médica HMH, donde nuestro personal está comprometido a brindarle servicios médicos de calidad.

La siguiente es una declaración de nuestra política financiera auto-pago, lo que requerimos que usted lea y firme antes de recibir servicios.

Por favor, tenga en cuenta como un nuevo paciente, su visita al consultorio le van desde \$ 104 a \$ 200. Cargos a los pacientes establecidos van desde \$ 70 a \$ 139.50. Los cargos se basan en la complejidad y la duración de su visita.

Además de la carga de la visita al consultorio, puede haber cargos adicionales para las pruebas en el consultorio, vacunas, etc.

_____ A Momento de la inscripción, usted está obligado a pagar el mínimo de \$ 56 or 57. Si cualquier otro cargo incurren durante la visita, usted es responsable de pagar el saldo restante a la salida.

He leído y entendido la forma Acuerdo Auto-Pago como se indicó anteriormente. En el caso de que sea necesario recurrir a mi cuenta a colecciones, se me ha hecho consciente de que soy el único responsable de cualquier y todos los costos asociados con el proceso de cobro.

Al firmar este formulario, entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados a mí, de mis dependientes o cualquier otra persona por la que he asumido la responsabilidad.

Imprimir Nombre del paciente/ Nombre de la persona responsable Paciente / Firma Responsable

Firma del empleado de HMH

Fecha del Acuerdo/Tiempo

125 Medical Park Lane, Suite C ❖ Huntsville, TX 77340 ❖ 936.291.7206

1613 E Main Street ❖ Madisonville, TX 77864 ❖ 936.349.0350

3638 Hwy 19 ❖ Riverside, TX ❖ 936.436.5560

110 Hill Avenue ❖ Coldspring, TX ❖ 77331 ❖ 936.653.4223

Updated 1/2016

Nombre _____ Fecha/Tiempo _____



HISTORIA MEDICO PERSONAL

Por favor marque las condiciones que se aplican a su historial medico personal.

Usted tiene un historial de, o el diagnostico actual de cualquiera de los siguientes?

Problemas del corazón Murmullos Fiebre reumática ataque del corazón Trasnfusion de sangre Presión arterial alta Presión arterial baja asma EPOC

Otros Trastornos Respiratorios _____ ERGE El Reflujo ácido INDIGESTIÓN ANSIEDAD Ataques de Pánico trastorno bipolar Trastorno depresivo mayor EPILEPSIA trastorno convulsivo convulsiones anemia

Cáncer: ¿Qué tipo _____

Cuándo/Diagnosticado Dónde? _____

¿Se le ha diagnosticado o tratado por tuberculosis tuberculosis? SI / NO

Nació en un país, o viajado a un lugar, donde se administra la vacuna BCG? Si/No

Antecedentes quirúrgicos: Por favor escriba los tipos de cirugía, la fecha, el hospital en el que tuvo la cirugía, y el médico que realiza el procedimiento.

Toma medicamentos recetados? SI /No Toma medicamentos de venta / vitaminas? Si/No

En caso afirmativo: Agrada Lista

Nombre del Medicamento: Dosis: ¿Cuántas veces al día?

Por favor escriba alergias a medicamentos y las reacciones

Nombre _____ Fecha/Tiempo _____

¿Tiene usted la dieta? Sí / No

¿Está usted en una dieta? Sí / No

¿Qué clase de dieta?

bajo en grasa bajo en sal vegetarian Alta / baja en proteínas

Otra: _____

¿Está bajo el cuidado de cualquier otro médico o especialista? Sí / No

En caso afirmativo, indique la información de contacto de los otros médicos que usted ve:

Nombre: Dirección: Número de teléfono: Número de fax

Por favor, indique la fecha más reciente que haya tenido alguna de las siguientes pruebas, procedimientos o vacunas:

Papanicolau _____ Mammogram _____ Colonoscopia _____

DEXA Gammagrafía ósea _____ Prueba de PSA _____ Neumonía Vaccine _____

TDAP / Tétanos _____ Vacuna contra la gripe _____

HISTORIA FAMILIAR: Háblenos de su familia inmediata.

Si ha fallecido, por favor indique la edad al momento de la muerte y la causa de la muerte.

Madre: Vivo / Fallecido _____

Padre: Vivo / Fallecido _____

Hermano (s) Vivo / Fallecido _____

Hermana (s) Vivo / Fallecido _____

Historia sexual:

¿Es usted sexualmente activa? Sí / No

¿Utiliza el control de la natalidad? Sí / No ¿Qué tipo? _____

¿Tiene alguna historia de, o preocupaciones actuales para las ETS? _____

¿Tiene un bajo deseo sexual? Sí / No Si / sí: ¿Cuánto tiempo ha estado afectado por ella?

¿Actualmente tiene algún flujo vaginal / del pene? Sí / No

En caso afirmativo: ¿De qué color? _____ ¿Tiene un olor? _____

Número de parejas masculinas _____ Número de parejas de sexo femenino _____

Nombre _____ Fecha/Tiempo _____

HISTORIA SOCIAL:

Uso de tabaco: Fumador actual? cigarrillo cigarro pipa Dip / sin humo Tabaco

Uso diario? S / N ¿Cuánto / ¿Cuántos? _____

¿Por cuántos años? _____

Ex usuario Fumador / Tabaco?

¿Qué tipo? _____ ¿Cuánto _____

Edad / Año Cuándo dejar de fumar? _____ ¿Cómo lo dejaste? _____

Nunca ahumado? _____

¿Está expuesto a humo de segunda mano? Y / N

USO CAFFINE:

¿Usted Toma bebidas con cafeína? Y / N

¿QUÉ TIPO? Café té sodas

¿Cuántos vasos / tazas al día? _____

USO DE ALCOHOL:

¿Tiene actualmente beben alcohol? Y / N

¿QUÉ TIPO?

CERVEZA VINO LIQUIORS WHISKY VODKA RUM

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

DIARIO SEMANAL MENSUAL OCASIONALMENTE RARA VEZ SOCIALMENTE

ANTERIOR USO DE ALCOHOL? Y / N

¿Cuándo usted dejar de beber?

¿Qué es lo que usted bebe? _____

¿Cuánto? _____

USO DE DROGAS ILEGALES:

¿Utiliza actualmente CUALQUIER TIPO DE DROGAS? Y / N

Marihuana Cocaína METANFETAMINAS píldora de la prescripción ABUSO

HERION

¿Eres usuario de DROGAS ANTIGUA? Y / N

CUANDO HIZO SALIR USTED? _____

¿QUÉ TIPO DE DROGAS hizo uso de TI? _____

¿Necesito un examen de PAD?

Enfermedad arterial periférica (peripheral arterial disease - PAD) es un grave problema circulatorio en los vasos sanguíneos que llevan la sangre a los brazos, las piernas, el cerebro y los riñones, en que estos vasos se convierten obstruidos o reducidos. Esta enfermedad afecta a más de 8 millones de estadounidenses. La mayoría de los afectados tienen más de 50 años. Esta enfermedad puede producir molestias en las piernas al caminar, la mala cicatrización de las llagas / úlceras, dificultad en controlar la presión arterial, o síntomas de ataque cerebral. Las personas con PAD están en riesgo de accidentes cerebrovasculares y ataques al corazón. Las respuestas a las siguientes preguntas determinarán si usted está en riesgo de PAD y si un examen vascular nos ayudará a evaluar su estado de salud vascular.

Nombre: _____

Fecha/Tiempo: _____

Círcula "Sí" o "No":

- | | Test for PAD | | |
|---|---------------------|----|--------------------------|
| 1. ¿Tiene ud. molestias de pie, pantorrilla, nalgas, cadera o muslo (fatiga, hormigueo, calambres o dolor), cuando usted camina, que están aliviados cuando descansa? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene ud. dolor en reposo en la parte inferior de la(s) pierna(s) o de los pies? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene ud. dolor de pie o dedo del pie que perturba su sueño frecuentemente? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Están sus pies o dedos de los pies pálidos, descoloridos, o azulados? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene ud. heridas o úlceras en los pies o dedos de los pies que están lentas a sanar (8-12 semanas)? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Su médico alguna vez le ha dicho que usted tiene pulsos de pie disminuidos o ausentes? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha sufrido ud. una grave lesión en la(s) pierna(s) o en los pies? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene ud. una infección en la(s) pierna(s) o los pies que puede ser gangrenoso (tejidos de la piel negros)? | Sí | No | <input type="checkbox"/> |

Firma del paciente (Patient Signature): _____

Physician Signature: _____

Date : _____