



Cuestionario Confidencial de la Salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Por favor, marque con una (✓) cualquiera de las siguientes enfermedades y problemas médicos que tiene o ha tenido e indique el año en que comenzó cada una.

ENFERMEDAD

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión y ceguera _____ | <input type="checkbox"/> Estómago / úlcera duodenal _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma _____ | <input type="checkbox"/> Colitis o diverticulosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataratas _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática o hepatitis _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva o problemas del oído _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o AIT _____ |
| <input type="checkbox"/> EPOC o Enfisema _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____ |
| <input type="checkbox"/> Neumonía _____ | <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias de temporada _____ | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Demencia o pérdida de la memoria _____ |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____ | <input type="checkbox"/> Artritis o gota _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas pulmonares _____ | <input type="checkbox"/> Nódulos tiroideos _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular (Placa en las arterias) _____ | <input type="checkbox"/> Hipo o Hipertiroidismo _____ |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón _____ | <input type="checkbox"/> Dolor del nervio diabético o entumecimiento _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto _____ | <input type="checkbox"/> Infecciones del pie diabético _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del ojo diabético _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta _____ | <input type="checkbox"/> Verrugas venéreas _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ | <input type="checkbox"/> Amputación(es) _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades del corazón _____ | <input type="checkbox"/> Hernia _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón _____ | <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes de la vejiga _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides _____ | <input type="checkbox"/> Anemia _____ |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia de la vejiga _____ | <input type="checkbox"/> Otros problemas de riñón _____ |
| <input type="checkbox"/> Cánceres _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud _____ | |

SÓLO HOMBRES:

- Agrandamiento o cáncer de próstata _____
- Impotencia o disfunción eréctil _____

SÓLO MUJERES:

- Ginecológica / obstétrica _____
- Problemas en los senos _____

Exámenes de detección del cáncer y mantenimiento rutinario de la salud:

Sólo Mujeres:

Última Prueba de Papanicolaou (PAP) _____ Última mamografía _____

Último examen pélvico _____

HOMBRES y MUJERES Examen de detección del cáncer de colon con muestra con materia fecal **O** colonoscopia

(Fecha) _____

Por favor escriba el nombre del médico que realizó la colonoscopia _____

(Continúe en la siguiente página)

VACUNAS: (Año) Tétanos: _____ Neumonía: _____ Zostavax (culebrilla): _____ Gripe (Flu): _____

Último Médico de Cabecera nombre / dirección / número: _____

** Por favor, firme hoy un permiso de divulgación de estos registros ** _____

Anote todos los especialistas que actualmente visita: _____

Anote todas las veces que ha estado hospitalizado, que ha sido operado, o herido.

Año	Operación, enfermedad o lesión	Hospital y Ciudad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medicamentos que está tomando actualmente: _____

ALERGIAS

Medicamentos sin receta o suplementos: _____

Productos de fumar o de tabaco: Paquetes por día _____ Años _____ Fecha de dejó de fumar: _____

Bebidas alcohólicas por día o por mes: _____ Consumo de drogas: _____

Orientación sexual: _____

Historia de la Salud de su Familia

	Edad si Vive	Edad al morir	¿Tuvieron/Tienen presión arterial alta, enfermedades del corazón, derrames cerebrales, cánceres o diabetes?	Estado de salud o causa de la muerte
Padre	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____	_____
Cónyuge	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____

¿Tiene Instrucciones por Adelantado para los Cuidados Médicos o Testamento en Vida?

¿Tiene un Poder de Representación Médica? _____ ¿Quién es? _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Nombre y relación de la persona llenando el formulario (si no es el paciente) _____

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Núm. de Seguro Social: _____
Estado civil: Casado _____ Soltero _____ Viudo _____ Divorciado _____ Separado _____
Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Otro (Por Favor Especifica) _____
Fecha de Nacimiento: _____ ¿Es estudiante de tiempo completo? Sí _____ No _____
Raza _____ Origen étnico _____ Idioma de preferencia _____
Dirección de la casa: _____
Teléfono de la casa: _____ Del Trabajo _____ Del celular: _____
Correo Electrónico: _____
Nombre del empleador: _____ Ocupación _____
Dirección del Empleador: _____
Farmacia de Preferencia: _____ Teléfono de la Farmacia: _____
Dirección _____ Estado _____ Código Postal _____
¿Cómo se enteró de nosotros? _____ Amigo _____ Periódico _____ Radio _____ Cartelera _____ Otro _____

OTRA INFORMACIÓN DE REGISTRO

Si está casado:

Nombre del cónyuge _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre del empleador _____ Ocupación _____
Dirección del Empleador _____

Si es un niño:

Nombre del Padre _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre de la madre _____ Núm. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Empleador del Padre _____ Teléfono del Trabajo o Durante el Día () _____
Dirección del Empleador _____ Ocupación _____
Empleador de la Madre _____ Teléfono del Trabajo o Durante el Día () _____
Dirección del Empleador _____ Ocupación _____

AMIGO O PARIENTE MÁS CERCANO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación con el Paciente _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

ASEGURADO: Nombre _____ Relación con el Paciente: _____
Estado civil: C ___ S ___ V ___ D ___ Sep ___ Núm. de Seguro Social : _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección del asegurado _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de la casa _____ Teléfono del Trabajo o Durante el día _____
Nombre del Seguro: _____ Núm. de Teléfono: _____
Dirección de Reclamaciones: _____
Fecha de vigencia _____ Núm. de Grupo: _____ Núm. de Certificado: _____
Nombre del Grupo del Empleador _____ Médico de Atención Primaria: _____

¿Tiene usted otro seguro? Si la respuesta es sí, por favor proporcione la información _____

Doy mi consentimiento y autorizo a **HealthTexas Medical Group de San Antonio** para divulgar toda la información contenida en mis registros médicos y financieros a mi compañía de seguros o plan de salud, o a cualquier otra persona o entidad que sea responsable del pago o procesamiento de pago de cualquier porción de la factura. Entiendo que soy totalmente responsable del pago de todas las tarifas y los servicios prestados, independientemente de la cobertura de seguro u otras responsabilidades, y en última instancia soy responsable por el pago en su totalidad si mi compañía de seguros no paga de manera oportuna. Autorizo que se use una copia de esta autorización en lugar de la original.

Firma: _____ Fecha: _____



POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y POR NO PRESENTARSE A SU CITA

Entendemos que hay situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, le pedimos que si tiene que cancelar su cita proporcione aviso con más de 24 horas de anticipación. Esto permitirá que otra persona que está esperando que se programe una cita se haga en ese intervalo de tiempo. Con las cancelaciones hechas menos de 24 horas de aviso, no podemos ofrecer ese intervalo de tiempo a otras personas.

Las citas de oficina que se cancelan con aviso de menos de 24 horas pueden estar sujetas a un cargo por cancelación de **\$25.00**.

Los pacientes que no se presenten a su cita sin una llamada para cancelar una cita de oficina se consideran **NO SE PRESENTÓ A SU CITA**. Los pacientes que no se presenten a sus citas tres (3) o más veces, podrán ser destituidos de nuestra clínica, por lo que se les negarán futuras citas. Los cargos de Cancelación y por No Presentarse A Su Cita son responsabilidad exclusiva del paciente y deben pagarse en su totalidad antes de la próxima cita del paciente.

Entendemos que las circunstancias especiales, inevitables pueden hacer que usted tenga que cancelar dentro de 24 horas. Los cargos en estos casos pueden no aplicarse, pero sólo con la aprobación de la gerencia.

HealthTexas cree que una buena relación médico/paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación. Preguntas sobre los cargos de cancelación y por no presentarse a su cita deben dirigirse con el Gerente de la Clínica al _____.

Por favor firme que ha leído y entendido esta Política de Cancelación y por No Presentarse A Su Cita.

Nombre del paciente: _____

Firma _____ Fecha _____
(paciente/tutor)

Formulario 1021 – Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

Identificación de el Paciente - Por Favor de Imprimir

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion de Domicilio _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____ Telefono de Domicilio: (____) _____ Teléfono móvil : (____) _____

Información a divulgar - Cubriendo los Periodos de Asistencia Médica

Instalación: _____

Dirección: _____

Desde: (fecha) _____ A: (fecha) _____

Tipo de Información Que Se Publicará - Marque Solo los Que Correspondan

- Registro de salud completo Fotografías, cintas de video Informes de rayos X Notas de progreso Historia y examen físico
 Diagnóstico y códigos de tratamiento Registro de facturación completo películas de rayos X / imágenes Resultados de la prueba de laboratorio Informes de consulta Resumen de descarga Otro (por favor, sea específico): _____

Propósito de la Solicitud

- Tratamiento o Consulta A petición del paciente Facturación o Pago de Reclamaciones
 Otro (por favor sea específico) _____

A Quién y Dónde Enviar / Divulgar Información

Atención: HealthTexas Medical Group Otro (sea específico) _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Fax _____

Abuso de Drogas y/o Alcohol, y/o Liberación de Registros Psiquiátricos y/o VIH/SIDA

Entiendo que si mis registros médicos o de facturación contienen información en referencia al abuso y tratamiento de drogas y/o alcohol, se me ha dado la oportunidad de firmar una autorización específica. Marque Uno: _____
 Si No No Aplica

Entiendo si mis registros médicos o de facturación contienen información en referencia a las pruebas y/o tratamientos del VIH/SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) que se me ha dado la oportunidad de firmar una autorización específica.
 Si No No Aplica

Rechazo la autorización específica. Si No No Aplica

Límite de Tiempo y Derecho a Revocar la Autorización

Excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a esta autorización, puedo, en cualquier momento, revocar esta autorización enviando un aviso por escrito al Oficial de Privacidad de HealthTexas Medical Group de San Antonio. A menos que se revoque, esta autorización expirará en la siguiente fecha o evento _____, o 180 días a partir de la fecha de firma.

Re-Divulgacion

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por el destinatario y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. La instalación, sus empleados, funcionarios y médicos son liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Firma del Paciente o Representante Personal que Puede Solicitar Divulgación

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización, y mi tratamiento o pago de servicios no será negado si no firmo este formulario a menos que se especifique anteriormente en Propósito de Solicitud. Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida para ser utilizada o divulgada. Autorizo la divulgación de esta información a cualquier centro de HealthTexas Medical Group of San Antonio que pueda necesitar la información para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Autorizo a HealthTexas Medical Group de San Antonio a divulgar la información médica protegida especificada anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Autoridad de Firma (si no es paciente): _____ Relationship: _____

Identidad del solicitante verificado a través de: Identificación con foto Firma coincidente otro (sea específico) : _____

Verificada Por: _____ Nombre Impreso: _____

Permiso para comunicar la autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono de domicilio (____) _____ Teléfono móvil: (____) _____

Período de atención médica de la información que se divulgará: De fecha: _____ a fecha: _____

Tipo de información para ser divulgada (Por favor, compruebe sólo aquellos que aplican)

- Registro de salud completo
- Fotografías, cintas de vídeo
- Informes de rayos X
- Notas de progreso
- Historia y examen físico
- Diagnóstico y códigos de tratamiento
- Registro de facturación completo
- Películas de rayos X / imágenes
- Resultados de la prueba de laboratorio
- Informes de consulta
- Resumen de la descarga
- Otro (por favor, sea específico): _____

Abuso de Drogas y/o Alcohol, y/o Liberación de Registros Psiquiátricos y/o VIH/SIDA

Entiendo que si mis registros médicos o de facturación contienen información en referencia al abuso y tratamiento de drogas y/o alcohol, Se me ha dado la oportunidad de firmar una autorización específica.

Inicial Uno:
____ Sí ____ No applicable

Entiendo si mis registros médicos o de facturación contienen información en referencia a las pruebas y/o tratamientos del VIH/SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) que se me ha dado la oportunidad de firmar una autorización

____ Sí ____ No applicable

Rechazo la autorización específica:

____ Sí ____ No

Propósito de Expediente:

- Tratamiento o Consulta
- A petición del paciente
- Facturación o Pago de Reclamaciones
- Otro (por favor sea específico): _____

Individuos autorizados para enviar/divulgar información:

Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a esta autorización, puedo, en cualquier momento, revocar esta autorización enviando un aviso por escrito al Oficial de Privacidad de HealthTexas Medical Group de San Antonio. A menos que se revoque o se indique lo contrario a continuación, esta autorización expirará el **31 de Diciembre de 2031**. Fecha de caducidad _____.

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por el destinatario y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. La instalación, sus empleados, funcionarios y médicos son liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización, y mi tratamiento o pago de servicios no será negado si no firmo este formulario a menos que se especifique anteriormente en Propósito de Solicitud. Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida para ser utilizada o divulgada. Autorizo la divulgación de esta información a cualquier centro de HealthTexas Medical Group of San Antonio que pueda necesitar la información para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Autorizo a HealthTexas Medical Group de San Antonio a divulgar la información médica protegida especificada anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Autoridad de Firma (si no paciente): _____ Relación: _____

Identidad del solicitante verificado a través de: Identificación con foto Firma coincidente

otro (sea específico): _____

Verificado por: _____ Nombre impreso: _____



Aviso de Prácticas de Privacidad & Formulario de Consentimiento de Comunicación

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HealthTexas Medical Group of San Antonio.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

El paciente o representante personal recibió un Aviso de Prácticas de Privacidad, pero se negó a firmar arriba. Después de un esfuerzo de buena fe para obtener este reconocimiento, no pude hacerlo porque:

Nombre Impreso del Asociado

Firma del Asociado

Fecha

Formulario de Consentimiento de Comunicación

HealthTexas Medical Group se ha ofrecido a comunicarse con usted a través del portal del paciente, mensajes seguros y correo de voz y texto telefónicos. Esta comunicación puede incluir cualquiera de las siguientes:

- Información de citas/direcciones/recordatorios
- Recomendación para el seguimiento
- Información general educativa/tratamiento
- Información financiera/de facturación, como facturas y recibos
- Informe de bienestar
- Resumen del tratamiento para fines de seguro
- Resultados de Pruebas
- Información específica del tratamiento
- Lista de medicamentos

Al reconocer y firmar este formulario de consentimiento, usted está otorgando permiso a HealthTexas Medical Group y a cualquier afiliado relacionado o terceros para ponerse en contacto con usted en el número móvil y/o de línea telefónica que se indica a continuación. Tenga en cuenta que los contactos pueden realizarse como una llamada directa o mediante el uso de mensajes de texto, mensajes de voz pregrabados o artificiales, y/o el uso de un sistema de marcación telefónica automatizada o marcador automático. Además, dependiendo de su plan de servicio móvil, las tarifas de mensajes y datos pueden ser evaluadas por su proveedor de telefonía móvil.

Usted puede retirar su consentimiento u omitir por no participar en cualquier momento mediante notificación por escrito a cualquier oficina de administración o ubicación de HealthTexas Medical Group..

Firma del paciente _____ Dirección de correo electrónico _____

Paciente (Nombre impreso) _____ Numero de Telefono _____

Numero celular de paciente _____ Fecha ____ / ____ / ____

Si el paciente es menor de 18 años, Firma del los Padres/Tutor _____

Nombre impreso del Padre/Tutor _____

Tenga en cuenta que el correo electrónico, el correo de voz telefónico y las comunicaciones de texto no son seguros y pueden ser interceptados o divulgados a terceros