



Por favor complete toda la siguiente información necesaria que se indica a continuación

Médico de Atención Primaria y Número de Teléfono: _____
Referido por y Número de Teléfono: _____
Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Sexo: Masculino / Hembra
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Estado civil: _____ Correo electrónico: _____
Teléfono de casa: (_____) _____ Teléfono de celular: (_____) _____
Teléfono de trabajo: (_____) _____ Empleado por/Ocupación _____

Información de seguro medico

Por favor complete toda la siguiente información necesaria que se indica a continuación

Seguro Primario: _____ Teléfono: _____
Numero de suscriptor/miembro: _____ Numero de grupo: _____
Nombre del asegurado: _____ Relación de usted: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Copago: _____ Referencia necesaria? (HMO) _____
Seguro Secundario: _____ Teléfono: _____
Numero de suscriptor/miembro: _____ Numero de grupo: _____
Nombre del asegurado: _____ Relación de usted: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Copago: _____ Referencia necesaria? (HMO) _____

Contacto de Emergencias

Nombre y relación de contacto de emergencia: _____
Dirección: _____ Teléfono: (_____) _____

Farmacia Local

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____
Dirección: _____

Farmacia de pedidos por correo (Si es Necesario)

Nombre: _____ teléfono: (_____) _____
Dirección: _____

Laboratorio Que Te Gusta Usar

LabCorp: _____ Quest: _____ Otro: _____



Consentimiento para operaciones de tratamiento, pago y atención médica

Consentimiento general, autorización, derechos y responsabilidades del paciente

Autorizo a Texas Centers for Infectious Disease Associates (TCIDA) a través de su personal apropiado, a proporcionar y realizar todos los exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier otro cuidado que se considere necesario o aconsejable para el diagnóstico y tratamiento de mi condición médica. Reconozco que no se me han dado garantías sobre el resultado de mi atención médica y tratamiento. Entiendo que los médicos, los estudiantes de medicina y enfermería y el personal paramédico pueden observar y participar en mi atención bajo la supervisión del personal de TCIDA y mi(s) médico(s). Este consentimiento es válido para cada visita que realicé a Texas Centers for Infectious Disease Associates (TCIDA), incluyendo las visitas realizadas al Centro de Infusión asociado, a menos que yo lo revoqué por escrito. Reconozco y entiendo la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente. También entiendo que el personal de TCIDA está disponible para explicarme la declaración si es necesario. (La Declaración de derechos y responsabilidades del paciente está publicada en la sala de espera y en nuestro sitio web en texascentersid.com. Solicite una copia impresa al personal si desea una)

TCIDA emplea tanto a asistentes médicos como a enfermeras practicantes. Ambos son graduados de programas de capacitación certificados y tienen licencia de la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico y una enfermera practicante pueden diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, así como brindar atención de mantenimiento de la salud. La "supervisión" no requiere la presencia física constante de un médico supervisor, sino más bien la supervisión de las actividades y la aceptación de la responsabilidad por los servicios médicos prestados. Acepto ver a un médico avanzado en lugar de a un médico y entiendo que puedo solicitar ver a un médico en cualquier momento.

Información de Salud Protegida Consentimiento de médico avanzado para tratamiento

He sido informado del Aviso de Prácticas de Privacidad para Información de Salud Protegida. Este aviso proporciona una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida personal (PHI). Doy mi consentimiento para que TCIDA y los proveedores que participan en mi atención divulguen mi información médica protegida personal PHI (ya sea por escrito o verbalmente) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Esto incluye cualquier información médica (incluido el tratamiento por abuso de drogas y alcohol, tratamiento psiquiátrico e información relacionada con el VIH, incluidos los resultados de las pruebas del VIH (si corresponde), que pueda ser necesaria para procesar reclamos de seguro médico o beneficios de atención administrada, o que pueda ser necesaria para llevar a cabo la planificación de la atención continua (El Aviso de Prácticas de Privacidad de TCIDA está publicado en la sala de espera y en nuestro sitio web en texascentersid.com Si desea una copia impresa, pídala al personal).

Política financiera

Entiendo que, como beneficiario de atención médica en TCIDA, soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos, independientemente de mis circunstancias, para el reembolso y que estos cargos pueden no estar cubiertos por mi plan de seguro. Como cortesía, TCIDA intentará verificar su cobertura de seguro, si corresponde, y estimar la cantidad que puede adeudar por los servicios prestados (p. ej., copago, deducible, coseguro, etc.) en caso de que se aplique un seguro. Sin embargo, algunos o todos los servicios prestados pueden no estar cubiertos por su seguro, y usted es responsable de todos y cada uno de los cargos no cubiertos o cubiertos solo parcialmente por el seguro. Entiendo y acepto que pueden surgir cargos adicionales de mis tratamientos que no están incluidos en mi factura estimada inicial.

Autorizo el pago de los beneficios del seguro médico (incluida la atención administrada, Medicare y Medicaid, cuando corresponda) directamente a cualquier médico que participe en mi atención. Esta asignación de beneficios permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una copia de esta cesión se considerada tan válida como el original. Entiendo que algunos seguros y entidades de atención administrada requieren aprobación previa de ciertos procedimientos y tratamientos, y puede ser mi responsabilidad obtener las aprobaciones correspondientes. También entiendo que, si mi compañía de seguros requiere que se registre una remisión/autorización del seguro antes de ver a un especialista, es mi responsabilidad obtener esta remisión de mi médico de atención primaria (PCP) antes de mi cita. Si no se obtiene esta remisión, la compañía de seguros puede reducir o rechazar el pago y yo seré responsable de todos los saldos no pagados.

Auto pago: si no hay una compañía de seguros registrada con el estado, el empleador o los planes autofinanciados, se ha acordado que la tarifa de visita será un estimado de **\$200.00**. Esta cantidad será pagadera al momento del servicio y es únicamente una estimación basada en las prácticas generales y procedimientos. Si necesita más ayuda, consulte al personal de recepción.

Citas perdidas: a menos que se cancele con 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar **\$ 50.00** por citas perdidas, no presentadas o canceladas con menos de 24 horas de anticipación.

Pagos: Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, Discover, American Express o cheque. Si su compañía de seguros envía los pagos directamente para usted, entonces usted es responsable del saldo del seguro, así como de su parte del paciente. Puede enviar el pago por correo, en persona, a través de teléfono, o en línea.

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Fecha

Firma del Paciente O Representante Legal

Nombre(si es diferente del paciente)



Consentimiento para tratamiento, pago y operaciones de atención médica (continuación)

Política de Tardanzas y Cancelaciones Tardías

Para servir mejor a todos nuestros pacientes, puede ser necesario reprogramar su cita si llega quince (15) minutos tarde o más. falta de venir para su cita sin avisar a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación resultara en un cargo de \$50 en su cuenta.

Notificación de privacidad del paciente

Según lo permitido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), entiendo que mi médico, el personal del consultorio y otras personas fuera de estos consultorios que estén involucrados en mi atención y tratamiento pueden usar y divulgar mi información médica protegida con el fin de prestación de servicios de atención de la salud. Aunque todo el personal de TCIDA intentará ocultar la información médica escrita, entiendo que otros pacientes o el personal pueden escuchar al personal cuando se me proporciona información médica. Además, reconozco que el Centro de infusión TCIDA es un área de tratamiento abierta que puede ser monitoreada por videovigilancia. Doy mi consentimiento para que me monitoricen y graben en video.

Accidente de empleado

En caso de que un empleado se lesione con un pinchazo de aguja o exposición a sangre/fluidos corporales, doy mi consentimiento para que el personal clínico de TCIDA me haga pruebas de laboratorio, que incluyen, entre otros, Hepatitis B, Hepatitis C y VIH.

Divulgación de información del paciente

Autorizo a mi médico, al centro de infusión, al personal del consultorio y a otras personas ajenas a este consultorio que participen en mi atención y tratamiento con el fin de brindar atención médica a dejar mensajes y/o mensajes de voz y discutir información médica con las siguientes personas

Nombre del paciente

relación con la/el paciente

Nombre

relación con la/ el paciente

No autorizo que mi información de salud sea divulgada a ninguna otra parte que no sea yo, el / la Paciente(Nota: la información de salud aun puede usarse de acuerdo con la declaración de Practicas de Privacidad)

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Fecha

Firma del Paciente O Representante Legal

Nombre(si es diferente del paciente)



Consentimiento para tratamiento, pago y operaciones de atención médica (continuación)

Plan de evacuación

Nuestra oficina intentará comunicarse con usted si hay una advertencia anticipada de una emergencia o desastre. Reconozco que TCIDA ha puesto a disposición una copia de su plan de preparación para emergencias. (Pida una copia si desea una)

Portal del Paciente

El portal del paciente es un portal web seguro que le permite acceder a la información de su paciente, como resultados de laboratorio, notas del consultorio y resúmenes de visitas. El portal también le permite comunicarse con nuestra oficina a través de mensajes seguros para casos que no sean emergencias. Entiendo que se requiere mi dirección de correo electrónico para inscribirme en el portal del paciente. Acepto proteger mi contraseña de personas no autorizadas.

Acepto el acceso al portal y he proporcionado mi dirección de correo electrónico a continuación:

_____ dirección de correo electrónico del Paciente o representante autorizado

Rechazo el acceso al portal o no tengo una dirección de correo electrónico

comunicación con el paciente

Acepto ser contactado a través de los siguientes métodos:

teléfono móvil # _____ de casa # _____ de trabajo # _____

Mi método preferido de contacto es:

Llamada de voz SMS de texto

Mi idioma preferido es:

Inglés español

Mi tiempo preferido de contacto es:

mañana Tarde Tardecita

Entiendo que el correo electrónico y/o los mensajes de texto no son un método confidencial de comunicación y pueden correr el riesgo de ser interceptados por terceros o transmitidos a terceros no intencionales. También entiendo que cualquier comunicación por correo electrónico o mensaje de texto entre mí, mi médico u otros miembros del personal de la oficina puede ser hizo parte de mi historial médico. Entiendo que en una situación urgente o emergente, debo llamar a mi proveedor o ir a la sala de emergencias y no confiar en el correo electrónico.

o mensajes de texto. Reconozco que TCIDA no puede garantizar la privacidad, seguridad o confidencialidad de la información transmitida por correo electrónico o mensaje de texto. Entiendo que al poner mis iniciales a continuación, doy mi consentimiento para que el personal de TCIDA se comunique conmigo y con otros miembros de mi equipo de atención por correo electrónico o mensaje de texto. También entiendo que cualquier correo electrónico o la comunicación de texto iniciada por mí a mi médico o al personal de TCIDA implica el consentimiento para comunicarse a través de ese método a partir de esa fecha en adelante

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Fecha

Firma del Paciente O Representante Legal

Nombre(si es diferente del paciente)



Historial Médico- Por favor complete toda la siguiente información necesaria que se indica a continuación

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

Motivo de la visita de hoy: _____

MEDICAMENTOS: Enumere (IMPRIMIR) TODOS los medicamentos que esté tomando ACTUALMENTE. Haz una lista de los que están prescritos y no prescritos, incluye sin receta y píldoras anticonceptivas O adjunta una lista con tu papeleo.

Nombre de Medicamento	Dosis (ejemplo 500mg)	¿CÓMO SE TOMA ESTO? (1p uno al día)	CUÁNTO TIEMPO

Si Necesita mas espacio por favor usar otro papel

Alergias a medicamentos o Alimentos No Alergias

Medicamentos	reacción	Medicamentos	reacción

Historia Medica Personal: No Historia Medica Embarazada Amamantamiento

Enfermedades/Condiciones	Fecha	Enfermedades/Condiciones	Fecha

Hospitalizaciones: No Historia de hospitalizaciones

Hospital	Fechas	razón

Historia de cirugías: No Historia de cirugías

Que tipo de cirugías: (Especifico Izquierda/Derecha)	Fecha	localización/Instalaciones

Historia de vacunación: Por favor Indicar si/Cuando hayas recibido las siguientes vacunas

Vacunas	S	N	Fecha/s aproximada (estimación si se desconoce la fecha)
Vacuna antigripal (temporada actual)			
Neumococo (neumonía)			
Prevnar (neumonía)			
COVID-19 Vaccine			
Marca circular: Moderna / Pfizer / J&J			(Dosis 1) (Dosis 2) (Dosis 3) (Dosis 4)



Historial Médico- Por favor complete toda la siguiente información necesaria que se indica a continuación

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

Antecedentes médicos de Familia No se conocen antecedentes familiares significativos

✓ Marque todo lo que corresponda			hipertensión	Enfermedad de corazón	cáncer (Que Tipo)	Diabetes	Derrame Cerebral	Enfermedad mental (Tipo)	Enfermedad Renal	Otro: _____	Otro: _____
Madre	Edad: _____	Viva? S/ N									
Padre	Edad: _____	Vivo? S/ N									
Abuelos											
Hermanos/as											

Directivas avanzadas

Entiendo que la Ley federal de autodeterminación del paciente de 1990 requiere que se me informe sobre mi derecho a tomar decisiones de atención médica por mí mismo. Entiendo que puedo expresar mis deseos en un documento llamado Directiva Anticipada para que se conozcan mis deseos cuando no pueda hablar por mí mismo

- NO tengo una Directiva Anticipada**
 ¿Si la respuesta es no, el Paciente tiene un sustituto para la toma de decisiones de atención medica? No _____ Si _____ Si, Quien? _____
- Tengo una Directiva Anticipada (Marque todo lo que corresponda y entregue una copia a TCIDA)**
- Plan de atención Avanzada Testamento vital Nombramiento de agente de atención medica
 Poder notarial duradero para atención medica Orden de no Resucitar(DNA)orden Formulario Post

Historia Social

Fumar	¿Fumas hora o en el pasado? Si No (Si nunca has fumado por favor sigue a la siguientes preguntas) Pasado: Fecha de salida: _____ Interesado/a dejar de fumar <input type="checkbox"/> Lista/o <input type="checkbox"/> No lista/o <input type="checkbox"/> Pensar en ello	
Uso de Alcohol	¿Bebes alcohol? Si No	¿Si bebes, con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> < Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente
	¿Cuánto Bebes de alcohol en un día típico? <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 o mas	¿Con que frecuencia usted bebe > 6 Bebidas a la ves? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poco Frecuentemente <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Diario
El consume de Drogas	¿Has utilizado drogas recreativas? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado: Fecha que termino de usa: _____	
	¿Si a usado Drogas que medicamento uso?	
Actividad Sexual	¿Alguna vez ha sido diagnosticado con una enfermedad de transmisión sexual? Si No Y si es así lo que se le diagnosticó con _____	
	¿Ha tenido Sexo en los últimos 12 meses? Si No	Tiene relaciones con <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Los dos
	protección <input type="checkbox"/> Todo el tiempo <input type="checkbox"/> La mejor parte <input type="checkbox"/> Nunca	¿Qué tipo de protección?: _____

¿Has tiendo alguna caída en el ultime ano? ¿Si No **Cuantas?** _____ **Han resultado en lesiones? Si No**

evaluación Del Hogar

¿Tiene un área razonablemente limpia en su hogar para preparar y administrar sus medicamentos?	Si No
Tiene acceso a electricidad/nevera y agua corriente?	Si No
Es usted capaz de administrar sus propios medicamentos	Si No
¿Eres capaz de moverte por tu casa de forma independiente? Si no, tiene un cuidador que lo /a ayude?	Si No
¿Es usted actualmente víctima de abuso, violencia o negligencia en el hogar?	Si No