



**PRIMARY CARE**  
ASSOCIATES of TEXAS

1650 W. Rosedale St. Suite 301, Fort Worth TX 76104

(P) 817-259-4333 (F) 817-820-0303

## Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado : \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo : \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico : \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Marque aquí si usted no tiene seguro (Cuenta de Tesorería)

Seguro #1: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_

Seguro #2: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_

El abajo firmante, por la presente autorizo el pago directamente a Premier Surgical Associates de los servicios médicos prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos o autorizo por mi compañía de seguros. También entiendo que soy responsable por una cuota de \$ 25.00 para no presentarse a la cita programada.

**Nombre Impreso:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\*\* Por favor, tenga en cuenta, se le requerirá para completar este formulario en su primera visita al consultorio de cada año. La información que proporcione se actualiza anualmente y asegura que tenemos información precisa para presentar una reclamación en su nombre. Gracias por su ayuda con este proceso usted.



### Reconocimiento de prácticas de privacidad

De acuerdo con la Ley de 1996 y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, los pacientes) tienen ciertos derechos de privacidad con respecto a su información protegida de la salud. Su información de salud protegida será utilizada para:

- Conducir, planear y dirigir el tratamiento por los médicos empleados por Premier médicos especialistas y serán compartidas en cooperación con los profesionales médicos que están involucrados en su atención directa o indirectamente.
- Para obtener el pago de terceros pagadores.
- Para llevar a cabo operaciones de cuidados de salud, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Al firmar a continuación, usted acepta que ha recibido uno o agitado su derecho a recibir el aviso de privacidad, que contiene una descripción completa de los usos y divulgaciones de información de salud protegida. Usted entiende que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. También entiende que puede solicitar a esta organización una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que el primer ministro Especialidad Médicos ha publicado anteriormente depender de este consentimiento.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

¿Tenemos permiso para:

1. Deje un mensaje en su casa en relación con el nombramiento y / o tratamientos? .....  Si  No
2. Deje un mensaje en su lugar de trabajo en relación con citas / tratamientos? .....  Si  No
3. Dar un nombre y un número de rellamada en su casa y lugar de trabajo? .....  Sí  No
4. Mail e información cita a su domicilio actualmente en los archivos? .....  Si  No
5. Correo electrónico presentado en la dirección con respecto a las citas y tratamientos? .....  Si  No
6. Hable de su información personal, incluyendo citas y tratamientos con alguien que no sea usted? .....  Si  No

Nombre	Relación	Número de contacto

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**PRIMARY CARE**  
ASSOCIATES of TEXAS

1650 W. Rosedale St. Suite 301, Fort Worth TX 76104

(P) 817-259-4333 (F) 817-820-0303

**Authorization to Release Healthcare Information**

**Autorizacion para Divulgar Informacion Sanitaria**

Patient Name/Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

DOB/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN/Seguro Social: \_\_\_\_\_

Previous Name/Nombre Anterior: \_\_\_\_\_

I request and Authorize/Solicito y Autorizo: \_\_\_\_\_

(Name of Clinic/Practice/Physician) (Nombre de la Clínica / Práctica / Médico)

To release the medical records of the person named above to:

Para liberar los registros médicos de la persona nombrada arriba a

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/Código Postal: \_\_\_\_\_

This request and authorization applies to:

Esta solicitud y autorización se aplica a

\_\_\_\_ All healthcare information/ Toda la información de la salud

\_\_\_\_ Other/Otro: \_\_\_\_\_

I understand that my express consent is required to release any healthcare information relating to testing, diagnosis, and/or treatment for HIV (AIDS Virus,) sexually transmitted diseases, psychiatric disorders/mental health, or drug and/or alcohol use, you are specifically authorized to release all healthcare information relating to such diagnosis, testing or treatment. (Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para liberar cualquier información sanitaria relativa a las pruebas, el diagnóstico y / o tratamiento para el VIH (virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, trastornos psiquiátricos / de salud mental o de drogas y / o alcohol, usted está específicamente autorizadas para liberar toda la información sanitaria relacionada con dicho diagnóstico, pruebas o tratamiento.)

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Relationship if signed by anyone other than patient (parent, legal guardian, personal representative, etc.)

Relación si está firmada por alguien que no sea el paciente (padre, tutor legal, representante personal, etc.)

\_\_\_\_\_



**PRIMARY CARE**  
ASSOCIATES of TEXAS

**Physician List/Lista de Médico**

Patient Name/Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ DOB/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Physician/Specialist/Medico/Especialista:**

**Phone & Fax Number/Telefono/Fax:**

\_\_\_\_\_  
Primary Care Physician/Médico de atención  
primaria

\_\_\_\_\_  
Primary Care Physician/Médico de atención  
primaria

\_\_\_\_\_  
Cardiologist/Cardiólogo

\_\_\_\_\_  
Cardiologist/Cardiólogo

\_\_\_\_\_  
Pulmonologist/Neumólogo

\_\_\_\_\_  
Pulmonologist/Neumólogo

\_\_\_\_\_  
Endocrinologist/Endocrinólogo

\_\_\_\_\_  
Endocrinologist/Endocrinólogo

\_\_\_\_\_  
Neurologist/Neurólogo

\_\_\_\_\_  
Neurologist/Neurólogo

\_\_\_\_\_  
Gastroenterologist/Gastroenterólogo

\_\_\_\_\_  
Gastroenterologist/Gastroenterólogo

\_\_\_\_\_  
Hematologist/Hematólogo

\_\_\_\_\_  
Hematologist/Hematólogo

\_\_\_\_\_  
Urologist/ Urólogo

\_\_\_\_\_  
Urologist/ Urólogo

\_\_\_\_\_  
Other/ Otro





**PRIMARY CARE**  
ASSOCIATES of TEXAS

**Patient Medical History Questionnaire/Cuestionario historia médica del paciente**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ DOB/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Please indicate if you have any of the following conditions below/Por favor indique si usted tiene cualquiera de las siguientes condiciones siguientes:

**Cardiology/Cardiología:**

- Hypertension/Hipertensión
- Angina
- Heart Attack/Ataque al corazón
- Heart Failure/Insuficiencia cardíaca
- Atrial Fibrillation/Fibrilación auricular
- Irregular Heart Beat/Latido del corazón irregular
- Heart Murmur/ Soplo del corazón
- Peripheral Vascular Disease/Enfermedad vascular periférica
- Aortic Aneurysm/Aneurisma aortico

**Pulmonary/Pulmonar:**

- Asthma/Asma
- Chronic Bronchitis/Bronquitis crónica
- Emphysema/Enfisema
- COPD/EPOC
- Pneumonia/Neumonía
- Pulmonary Hypertension/Hipertensión pulmonar
- Clot in the lungs/Coágulo en los pulmones
- Sleep Apnea/Apnea del sueño
- Lung Cancer/Cáncer de pulmón

**Endocrine/Endocrino:**

- Diabetes Type 1/La diabetes tipo 1
- Diabetes Type 2/La diabetes tipo 2
- Thyroid Issues (high/low)/Problemas de tiroides (alta/baja)
- Addison's Disease/La enfermedad de Addison
- Cushing's Syndrome/Síndrome de Cushing
- Pituitary Adenoma/El adenoma hipofisario
- High Cholesterol/Colesterol alto
- Obesity/Obesidad

**Gastrointestinal/Gastrointestinal:**

- Acid Reflux/Reflujo ácido
- Ulcer Disease/La enfermedad de úlcera
- Gall Bladder Disease/Enfermedad de la vesícula
- Vomiting Blood/Vómitos de sangre
- Blood in Stool/Sangre en las heces
- GI Cancer/Cáncer gastrointestinal
- Diverticulosis
- Polyps/Pólipos

**Arthritis & Musculoskeletal/Artritis y Musculoesqueléticas:**

- Rheumatoid Arthritis/Artritis reumatoide
- Osteoarthritis/ Osteoartritis
- Gout/Gota
- Osteoporosis/Osteopenia
- Lupus (SLE)
- Scleroderma/Esclerodermia
- Sjogren's Syndrome/Síndrome de Sjogren
- Fibromyalgia/La Fibromialgia

**Liver Disease/Pancreas/Enfermedades del hígado/Pancreas:**

- Hepatitis (type/tipo \_\_\_)
- Cirrhosis/Cirrosis
- Liver Cancer/Cáncer de hígado
- Gallbladder Stones/Piedras de la vesícula biliar
- Pancreatitis
- Pancreatic Cancer/Cáncer de pancreas

**Genitourinary/Genitourinario:**

- Recurrent UTI/Infección del tracto urinario recurrentes
- Kidney Stones/Cálculos renales
- Chronic Kidney Disease/Enfermedad renal crónica
- Nephritis/Nefritis
- Prostate Problem/Problema de próstata
- Kidney Cancer/Cáncer de riñón
- Bladder Cancer/Cáncer de vejiga

**Neurology/Neurología:**

- Neuropathy/Neuropatía
- TIA
- Stroke/Ataque del Cerebrovascular
- Migraine/ Migraña
- Seizure/Convulsiones
- Parkinson's Disease/Enfermedad de Parkinson
- Alzheimer's/ Dementia/Alzheimer/Demencia

**Hematology/Hematología:**

- Anemia
- Leukemia/Leucemia
- Bleeding Disorder/Desorden sangrante
- Blood Clots (legs)/Los coágulos de sangre (piernas)
- Multiple Myeloma/ Mieloma múltiple
- Varicose Veins/Venas varicosas
- HIV/VIH



**Patient Medical History Questionnaire/Cuestionario historia médica del paciente**

Name/Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ DOB/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Surgeries/Cirugias:**

	<b>Date/Year Fecha/ Año</b>	<b>Surgeon Name/ Nombre del cirujano</b>	<b>Nature of Surgery/ Naturaleza de la cirugía</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**Hospitalizations/Hospitalización:**

	<b>Date/Year Fecha/ Año</b>	<b>Hospital Name/ Nombre del hospital</b>	<b>Reason for Hospitalization/ Motivo de la Hospitalización</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**Procedures:**

	<b>Date/Year Fecha/ Año</b>	<b>Performed By/ Interpretado por</b>	<b>Result/ Resultado</b>
<b>Upper GI Endoscopy/Endoscopia</b>			
<b>Colonoscopy/Colonoscopia</b>			
<b>Biopsy/Biopsia</b>			
<b>Cardiac Stress Test/Prueba de esfuerzo cardíaco</b>			
<b>Pap Smear/Papanicolaou</b>			
<b>Mammogram/Mamografía</b>			



**Patient Medical History Questionnaire/ Cuestionario historia médica del paciente**

Name/Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ DOB/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Family History/ Historia familiar:**

Please make a check in the boxes that apply/Favor, haga una marca en las casillas que correspondan:

	<b>Status/Estado: A=Alive/Viva D=Deceased/Fallecido</b>	<b>Diabetes</b>	<b>High BP/Alta Presion</b>	<b>Heart Disease/ Enfermedad del corazón</b>	<b>Kidney Disease/</b>	<b>Stroke/ Carrera</b>	<b>Cancer</b>
<b>Mother/Madre</b>	A D						
<b>Father/Padre</b>	A D						
<b>Paternal Grandfather/ Abuelo paterno</b>	A D						
<b>Paternal Grandmother/ Abuela paterna</b>	A D						
<b>Maternal Grandfather/ Abuelo Maternal</b>	A D						
<b>Maternal Grandmother/ Abuela Maternal</b>	A D						
<b>Brother(s)/ Hermano(s)</b>	A D						
<b>Sister(s)/ Hermana(s)</b>	A D						
<b>Sons(s)/ Hijo(s)</b>	A D						
<b>Daughter(s)/ Hija(s)</b>	A D						

**Social History/Historia Social:**

	<b>Current Use/ Uso actual</b>	<b>Frequency/ Frecuencia</b>	<b>If use, When?/ Si el uso, ¿Cuándo?</b>
<b>Smoking/Fumar</b>			
<b>Alcohol</b>			
<b>Illicit Drug Use/ Uso Ilícito de Drogas</b>			

**Please CIRCLE your answer below/ Por favor circule su respuesta a continuación:**

Married Casado /: Y(Si) N(No)     Living With Viviendo con /: Spouse/Esposo(a) Alone/Solo  
Other/Otro: \_\_\_\_\_

Flu Shot/Vacuna contra la gripe /: Y (Si) N (No)     Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Received/Recibido: \_\_\_\_\_

Pneumococcal Vaccine/Vacuna contra el neumococo: Y(Si) N(No)     Date/Fecha: \_\_\_\_\_  
Received/Recibido: \_\_\_\_\_