



9947 North MacArthur Blvd, Ste. 150 Irving, TX 75063.

(P) (817) 725-7880 (F) (877) 953-2256

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
- resultados de la prueba
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:** _____



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.



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 autorizada 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.)



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



Medication List/Lista de Medicamentos:

Patients Name/Nombre del Paciente: _____

DOB/Fecha de Nacimiento : _____

Pharmacy/Farmacia: _____ Phone/Telefono: _____

Allergies/Alergias: _____

[illegible]



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/Cirugías:

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

Hospitalizations/Hospitalización:

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

Procedures:

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



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:

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

Social History/Historia Social:

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

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: _____