

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre		Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular	Trabajo	Celular	
Dirección de correo electrónico		Número de seguro social	
Farmacia preferida (Nombre/Dirección/Número de teléfono):			
Nombre y dirección del empleador:		Estado de estudiante: <input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial <input type="radio"/> N/C	
Raza <input type="radio"/> Negro/afroamericano <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Caucásico <input type="radio"/> Hispano o latino <input type="radio"/> Otro ( <i>especifique</i> )			
Origen étnico: <input type="radio"/> Hispano o latino <input type="radio"/> No hispano <input type="radio"/> Se niega a decirlo		Estado civil <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo	
Idioma principal que se habla en la casa <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro ( <i>defina</i> ):			Veterano <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE/GARANTE SI DIFIERE DE LA ANTERIOR**

NOMBRE	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Particular/celular	Trabajo	Número de seguro social:

**SEGURO PRINCIPAL**

Nombre de la compañía de seguro		Número de teléfono	
Número de póliza/Número de identificación del miembro		Número de grupo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente <input type="radio"/> Es el paciente <input type="radio"/> Esposo/a <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Otro	

**SEGURO SECUNDARIO, SI CORRESPONDE**

Nombre de la compañía de seguro		Número de teléfono	
Número de póliza/Número de identificación del miembro		Número de grupo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente <input type="radio"/> Es el paciente <input type="radio"/> Esposo/a <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Otro	

**¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE NOSOTROS?**

Paciente actual (*especifique*) \_\_\_\_\_  Referencia de un familiar(*especifique*) \_\_\_\_\_  
 Seguro  Cartel/pasó por la puerta con el auto  Empleado  Correo directo  Referencia del hospital  Internet  Revista Living  
 Otro \_\_\_\_\_

---

Certifico que he analizado detenidamente este documento, lo comprendo y lo he completado de forma honesta.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (parentesco con el paciente, si no firma el paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Historia clínica n.º \_\_\_\_\_ Revisada por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Methodist Family Health Centers

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (página 2/2)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Revisión de los sistemas: Marque cualquiera de los siguientes que haya experimentado en los últimos 3 meses

<b>General</b>	<b>Seno</b>	<b>Cardíaco</b>	<b>Neurológico</b>
<input type="checkbox"/> Fiebre o escalofríos	<input type="checkbox"/> Sensibilidad	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Secreción	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/> Mareos
		<input type="checkbox"/> Pulso irregular	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<b>Nutricional</b>	<b>Respiratorio</b>	<input type="checkbox"/> Dolor en las piernas al caminar	<input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Temblores
	<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Várices	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular
<b>Piel</b>	<input type="checkbox"/> Asma/sibilancia	<input type="checkbox"/> Flebitis	<input type="checkbox"/> Desmayo
<input type="checkbox"/> Erupción cutánea/urticaria	<input type="checkbox"/> Neumonía		
<input type="checkbox"/> Psoriasis/eccema	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<b>Urinario</b>	<b>Endocrino</b>
<input type="checkbox"/> Lunares nuevos		<input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor o al frío
	<b>Gastrointestinal</b>	<input type="checkbox"/> Pérdida de control de esfínteres	<input type="checkbox"/> Sed
<b>Ojos</b>	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Micción frecuente	<input type="checkbox"/> Micción frecuente
<input type="checkbox"/> Irritación y picazón de los ojos	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/> Micción >2 veces por noche	
<input type="checkbox"/> Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> Pérdida del apetito	<input type="checkbox"/> Disminución de la fuerza o el movimiento	<b>Psiquiátrico</b>
<input type="checkbox"/> Infecciones oculares	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir
<input type="checkbox"/> Cambios en la visión	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal (crónico)	<input type="checkbox"/> Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Depresión
	<input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos intestinales	<input type="checkbox"/> Infecciones en la orina	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<b>Oídos</b>	<input type="checkbox"/> Estreñimiento		<input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria
<input type="checkbox"/> Dolor de oídos	<input type="checkbox"/> Diarrea	<b>Genital</b>	<input type="checkbox"/> Cambios en el estado de ánimo
<input type="checkbox"/> Chasquidos - presión	<input type="checkbox"/> Heces con sangre o alquitranadas	<input type="checkbox"/> Irritación/infección	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental
<input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos	<input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Secreción	<input type="checkbox"/> Fobias
<input type="checkbox"/> Infecciones de oído (frecuente)	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Dificultades sexuales	
<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Hepatitis		<b>Hematología</b>
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Diverticulitis	<b>Musculoesquelético</b>	<input type="checkbox"/> Hematomas
	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Dolor articular	<input type="checkbox"/> Sangrado
<b>Nariz</b>	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre (de por vida)
<input type="checkbox"/> Problemas en los senos	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Fractura ósea	<input type="checkbox"/> Agrandamiento de los ganglios linfáticos
<input type="checkbox"/> Secreción nasal fluida		<input type="checkbox"/> Lesión articular	
		<input type="checkbox"/> Gota	<b>Alergias/sistema inmunitario</b>
<b>Garganta</b>		<input type="checkbox"/> Dolor en los pies	<input type="checkbox"/> Alergias estacionales
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta		<input type="checkbox"/> Pies fríos/entumecidos	<input type="checkbox"/> Enfermedades frecuentes
<input type="checkbox"/> Ronquera			

**MUJERES**

**HOMBRES**

<b>Flujo menstrual</b>					Fecha del examen de próstata
<input type="checkbox"/> Regular	Días de flujo	Duración de los ciclos			Fecha del análisis de PSA
<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Dolor/sangrado durante o después de las relaciones sexuales				
<input type="checkbox"/> Dolor/calambres					<b>HOMBRE Y MUJER</b>
<b>Antecedentes obstétricos</b>					¿Se ha realizado una colonoscopia? <b>Sí No Fecha:</b>
Cantidad de embarazos		Cantidad de hijos			Resultados: Normales Pólipos Otros
Método anticonceptivo		Abortos espontáneos			
Nombre de las píldoras anticonceptivas					
<b>Síntomas de la menopausia</b>					
Rubor					
<b>Mantenimiento de la salud</b>					

Sexo M/F

Estado civil S C V D Sep.

Motivo de la visita \_\_\_\_\_

Cuándo fue su última vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_ ¿Se vacunó contra la gripe este año?  Sí  No

**Antecedentes médicos** (Marque todo lo que corresponda)

<b>Enfermedades infantiles</b>	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Poliomielitis	<input type="checkbox"/> Sarampión
<b>Antecedentes del paciente</b>	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Otros (detállelos)					

**Alergias a fármacos:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales** (incluidos suplementos y medicamentos sin receta): \_\_\_\_\_

**Última visita al médico** \_\_\_\_\_ **Nombre del médico** \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones** \_\_\_\_\_

**Cirugías** \_\_\_\_\_

**Antecedentes sociales**

Ocupación \_\_\_\_\_ Horas/semana: \_\_\_\_\_ Satisfecho con el trabajo: \_\_\_\_\_

Alcohol \_\_\_\_\_ bebidas por semana. Café/té \_\_\_\_\_ tazas/día

Tabaco: Fumar \_\_\_\_\_ cigarrillos/día. Cant. de años: \_\_\_\_\_. Año en que dejó de fumar: \_\_\_\_\_

Mascar tabaco \_\_\_\_\_ latas/semana. Cant. de años: \_\_\_\_\_. Año en que dejó de mascar tabaco: \_\_\_\_\_

Drogas de uso recreativo \_\_\_\_\_ Última vez que usó: \_\_\_\_\_

¿Sigue una dieta en particular? (explique) \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio con regularidad? \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:** (Si cualquier familiar ha sufrido cualquiera de las siguientes afecciones, marque e indique cuál familiar)

P: Padre. M: Madre. He: Hermano. Hi: Hijo. O: Otro familiar.

Diabetes	P M He Hi O	Enfermedad tiroidea	P M He Hi O	Alcoholismo	P M He Hi O
Hipertensión	P M He Hi O	Enfermedad cardíaca	P M He Hi O	Artritis	P M He Hi O
Asma	P M He Hi O	Colesterol alto	P M He Hi O	Convulsiones	P M He Hi O
Anemia	P M He Hi O	Osteoporosis	P M He Hi O	Glaucoma	P M He Hi O
Accidente cerebrovascular	P M He Hi O	Migraña	P M He Hi O	Cáncer	P M He Hi O

**Preferencia del paciente respecto de la comunicación de información médica**

Para proteger mejor su privacidad según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), hemos creado este formulario de consentimiento para revelar información médica a familiares y otras personas a su elección. Esto también se usará para obtener el consentimiento para dejarle mensajes detallados a los números de teléfono indicados a continuación, enviarle los resultados de laboratorio a su casa por correo y también enviarle los resultados de laboratorio a su dirección de correo electrónico de forma segura una vez inscrito en NextMD. Por ley, no se nos permite revelar información médica a los familiares del paciente sin el consentimiento por escrito del paciente. El propósito de este documento es proteger su privacidad.

**Comunicación a familiares, cónyuges u otros:**

Por el presente, yo, (nombre del paciente en letra de imprenta) \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, doy mi permiso para la revelación de información médica con respecto a citas y preguntas sobre mi afección y tratamiento a la siguiente persona:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto solo para casos de emergencia: (S/N) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto solo para casos de emergencia: (S/N) \_\_\_\_\_

Marque aquí si no da su permiso para que otros familiares, parientes o amigos personales íntimos tengan acceso a cualquier información con respecto a su afección médica.

**Comunicación para recordatorios de citas y seguimientos de citas:**

Es posible que en Methodist Medical Group (MMG) usemos su nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico ("Información de contacto") y sus registros clínicos para comunicarse con usted y transmitirle recordatorios de citas e información sobre alternativas de tratamiento. Si esta comunicación se realiza por teléfono y usted no está disponible, se le dejará un mensaje en el correo de voz o a la persona que atienda el teléfono. Al firmar este formulario, acepta que MMG se comunique con usted para transmitirle recordatorios de citas e información y para dejarle mensajes por correo de voz o a alguna persona de su hogar. La información que usamos o revelamos a partir de este consentimiento es posible que vuelva a ser divulgada por cualquier persona que tenga acceso al recordatorio y deje de estar protegida por las normas federales de privacidad.

Usted tiene derecho a no otorgar su consentimiento a MMG para usar su número de teléfono o su dirección de correo electrónico para recibir recordatorios de citas y alternativas de tratamientos. Si acepta otorgar su consentimiento, usted tiene derecho a revocarlo, por escrito, en cualquier momento en el futuro. Si no acepta otorgar este consentimiento a MMG o lo revoca en el futuro, esto no afectará el tratamiento que le brindamos.

ACEPTO las siguientes formas de comunicación para recibir recordatorios de citas y comunicaciones de seguimiento (*coloque sus iniciales en todas las opciones que corresponda*): \_\_\_\_\_ Correo electrónico (si corresponde) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Mensaje de texto (si corresponde)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Portal seguro para el paciente que se usará en la forma descrita anteriormente.

Dirección de correo electrónico preferida \_\_\_\_\_ Número de teléfono preferido \_\_\_\_\_

**Si aceptó recibir comunicaciones a través del portal seguro para el paciente**, recibirá notificaciones por correo electrónico cuando haya información segura para que consulte, como resultados de laboratorio. El correo electrónico le proporcionará un enlace que usará para acceder al sitio web seguro. Después de hacer clic en el enlace, deberá iniciar sesión y proporcionar su nombre de usuario y contraseña únicos.

Al elegir su dirección de correo electrónico, considere las repercusiones de privacidad; por ejemplo, cualquier otra persona que pueda tener acceso a su correo electrónico o cualquier otra persona, como su empleador, que pueda tener derecho y/o capacidad de revisar todo correo electrónico recibido en su dirección del trabajo.

\_\_\_\_ (coloque sus iniciales). No acepto otorgar mi consentimiento a MMG para usar mi información de contacto y mis registros clínicos para comunicarse conmigo y transmitirme recordatorios de citas e información sobre alternativas de tratamiento. Entiendo que es posible que deba programar una cita de seguimiento con el médico para que controle los resultados de mis pruebas; de lo contrario, recibir sus resultados por correo podría demorar hasta 10 días hábiles.

**Consentimiento y acuerdo** He revisado atentamente este documento y acepto cumplir plenamente los lineamientos aquí definidos para la comunicación de mi información médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

<sup>1</sup> Tenga en cuenta que el servicio de mensajes de texto es un servicio sin cargo proporcionado por MTP, pero es posible que se apliquen las tarifas de mensajería estándar de su proveedor de telefonía móvil. Si tiene alguna pregunta, consulte con su proveedor.



### ***Aviso de reconocimiento de privacidad***

El Aviso de reconocimiento de privacidad de *Methodist Family Health Centers and Medical Groups* brinda información acerca de cómo *Methodist Family Health Centers and Medical Groups* puede usar y divulgar su información médica protegida. Usted tiene derecho a revisar el Aviso antes de firmar este reconocimiento. Hay una copia del Aviso actual publicada en la sala de espera. El Aviso contiene la fecha de vigencia según lo establecido en nuestro Aviso; los términos de nuestro Aviso pueden cambiar.

Usted tiene derecho a solicitar que limitemos la manera en la que se usa o se divulga la información médica protegida sobre usted para operaciones de atención médica, pagos o tratamientos. No se nos exige que aceptemos esta restricción pero, si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento para que usemos y divulguemos la información médica protegida sobre usted para **operaciones de atención médica, pagos y tratamientos**, según lo descrito en nuestro Aviso. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en lo ya divulgado según su consentimiento anterior.

Este Reconocimiento de privacidad **no** nos autoriza a revelar registros a ninguna persona o entidad excepto a quien se menciona. Se debe completar un formulario de autorización para revelar información médica firmado antes de que revelemos registros en su nombre.

*Gracias por su comprensión y aceptación de las políticas de nuestro consultorio. Tenemos el compromiso de participar activamente en su equipo de atención médica trabajando juntos para su salud.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente, si no firma el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Política financiera

### 1. Autorización para revelar información:

Autorizo a **METHODIST MEDICAL GROUP** a suministrar la información solicitada de los registros médicos y otros registros del paciente a: (1) cualquier compañía de seguros o tercero pagador con el fin de obtener pagos en nombre de (1) **METHODIST MEDICAL GROUP**, (2) cualquier otra persona u entidad responsable financieramente de la atención o el tratamiento del paciente y (3) representantes de organismos locales, estatales o federales de conformidad con la ley. Tal información puede incluir, a modo de ejemplo, información sobre enfermedades contagiosas como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida ("SIDA"). Autorizo la revelación de información o la revisión de los registros del paciente para los fines de llevar a cabo auditorías médicas, revisiones de utilización o revisiones de control de calidad.

### 2. Cesión de beneficios:

Hemos realizado arreglos previos con muchas compañías de seguros para aceptar una cesión de beneficios. Esto significa que facturaremos a aquellos planes con los que tengamos un acuerdo y usted solo deberá pagar el copago autorizado en el momento del servicio. Es su responsabilidad pagar cualquier monto de deducible, coseguro o cualquier otro saldo no pagado por su seguro en el momento del servicio.

Si esta cuenta es asignada a un abogado para cobranza y/o juicio, la parte vencedora tendrá derecho al pago de los honorarios razonables del abogado por los costos de cobranza.

Entiendo que soy responsable de proporcionar a **METHODIST MEDICAL GROUP** toda la información sobre el seguro en el momento del registro para permitir la verificación de los beneficios e, independientemente de los beneficios de mi seguro cedidos, soy responsable del total de los cargos por los servicios prestados.

Por el presente, cedo todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, que incluyen los beneficios médicos importantes a los cuales tengo derecho, incluido Medicare, seguro privado y otros planes de salud a **METHODIST MEDICAL GROUP**. Esta cesión permanecerá en vigencia hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el documento original. Entiendo que en caso de que mi plan de salud determine que "no cubre" un servicio, yo seré responsable de pagar todos los cargos aceptables no cubiertos. Por el presente, autorizo al mencionado cesionario a revelar toda la información necesaria para asegurar el pago.

### 3. Cesión de beneficios de Medicare/Medicaid: (No complete a menos que reciba beneficios de atención médica de Medicare/Medicaid)

a. Certifico que la información que proporcioné para solicitar el pago conforme al Título XVII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo la revelación de información sobre mí a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o compañías aseguradoras, así como también cualquier información necesaria para presentar un reclamo de Medicare. Solicito que se realice dicho pago de beneficios autorizados en mi nombre: Cedo los beneficios pagaderos por servicios al médico u organización que presenta un reclamo a Medicare por mí. Iniciales \_\_\_\_\_

b. Entiendo que los beneficiarios de Medicaid son responsables de pagar cualquier atención o servicio médico que reciban y que esté más allá del monto, la duración y/o el alcance del Programa Texas Medicaid, según lo dispuesto por el Departamento de Medicaid o su agencia de seguros de salud. Todos los pagos de servicios no cubiertos se deben efectuar al finalizar cada visita al consultorio a menos que se hayan realizado arreglos de pago con anterioridad. Iniciales \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (y parentesco si no es el paciente)

\_\_\_\_\_  
Testigo

Paciente menor de 18 años de edad

\_\_\_\_\_  
Traductor (Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Traductor (Firma)