



WACO
FAMILY
MEDICINE

Estimado Paciente

Queremos tomar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestra clínica de Waco Family Medicine.

Agradecemos su confianza en ayudarle a alcanzar sus metas de salud. Nuestra oficina le ofrecerá a usted y a su familia un ambiente seguro para su cuidado médico del mismo modo que haremos todo lo posible para satisfacer sus necesidades medicas y brindarle servicios de la más alta calidad.

Para su comodidad, adjuntamos un cuestionario medico y otros documentos importantes que son necesarios para completar su registro inicial. Favor de completarlos y traerlos con usted el día de su cita para poder agilizar su proceso de registro. También necesitamos que presente su tarjeta de seguro médico si tiene disponible y la cartilla de vacunación.

Su cita será el día _____, a _____ AM / PM.

Esperamos verle pronto, si tiene alguna pregunta, puede llamarnos al teléfono 254-313-4610 y con gusto aclararemos sus dudas, para su comodidad se le atenderá en español.

Atentamente,

Waco Family Medicine

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección _____ No. de Apt _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____ Correo electrónico del paciente/tutor _____ @ _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Método de comunicación preferido: Teléfono Correo electrónico (MyChart) Correo postal Farmacia preferida: Waco Family Medicine
 Otra _____

RAZA - MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

IDIOMA PREFERIDO

- INGLÉS
- ESPAÑOL
- DE SEÑAS / LSE
- OTRO _____

ESTADO CIVIL

- SOLTERO
- CASADO
- VIUDO
- DIVORCIADO

ETNICIDAD HISPANA O LATINA

- ORIGEN NO HISPANO, LATINO O ESPAÑOL
- SÍ, MEXICANO, MEXICOAMERICANO, CHICANO
- SÍ, PUERTORRIQUEÑO
- SÍ, CUBANO
- SÍ, OTRO ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL
- SIN REPORTAR / ELEGIR NO REVELAR ETNICIDAD

- BLANCA
- CHINA
- FILIPINA
- JAPONESA
- KOREANA
- VIETNAMITA
- INDOASIÁTICA
- NEGRA / AFROAMERICANA
- OTRA ASIÁTICA
- INDOAMERICANA O NATIVA DE ALASKA
- GUAMANIANA O CHAMORRA
- SAMOANA
- NATIVA DE HAWAII
- OTRA ISLA DEL PACÍFICO

SEXO AL NACER:

- MASCULINO FEMENINO

ORIENTACIÓN SEXUAL

- HETEROSEXUAL (NO LESBIANA O GAY)
- LESBIANA
- GAY
- BISEXUAL
- OTRO
- NO SÉ
- ELEGIR NO REVELAR

IDENTIDAD DE GÉNERO

- MASCULINO
- HOMBRE TRANSGÉNERO/MASCULINO TRANSGÉNERO/TRANSMASCULINO
- FEMENINO
- MUJER TRANSGÉNERO/FEMENINO TRANSGÉNERO/TRANSFEMENINA
- OTRO
- ELEGIR NO REVELAR

ESTATUS DE VETERANO

- SERVICIO ACTIVO
- DADO DE BAJA (VETERANO)
- GUARDIA NACIONAL
- RESERVAS
- NINGUNO

CONDICIÓN DE TRABAJO AGRÍCOLA

- TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRATORIO
- TRABAJADOR AGRÍCOLA ESTACIONAL
- NO SOY UN TRABAJADOR AGRÍCOLA

EN VIVIENDA PÚBLICA

- SÍ NO

INFORMACIÓN DEL HOGAR

¿CUÁNTAS PERSONAS HAY EN SU HOGAR INCLUYÉNDOSE USTED? _____

¿CUÁL ES SU INGRESO MENSUAL DEL HOGAR? _____

- NO TENGO INGRESOS (\$0)
- MI INGRESO MENSUAL ES \$ _____
- MI INGRESO ANUAL ES \$ _____

ESTATUS SIN HOGAR

- NO SIN HOGAR
- HABITACIÓN COMPARTIDA (VIVE CON OTROS)
- EN UN ALBERGUE PARA INDIGENTES
- VIVIENDA DE TRANSICIÓN
- EN LA CALLE
- VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE (A TRAVÉS DE MHMR / CENTRO DE ABUSO FAMILIAR)

INFORMACIÓN DEL PADRE / MADRE / TUTOR / AVAL (PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE)

Sin cambios desde la última visita

Los pacientes menores de 18 DEBEN tener un aval.

PARENTESCO CON EL PACIENTE YO MISMO MADRE PADRE ABUELO PADRE ADOPTIVO OTRO

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ Núm. de Seguro Social _____

DIRECCIÓN MARQUE EN EL RECUADRO SI ES IGUAL A LA ANTERIOR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____

TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____ TELÉFONO DE CASA _____ EMPLEADOR _____

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO _____ # DE ID DEL SOCIO _____ # DE GRUPO _____

¿ES EL TITULAR DE LA PÓLIZA EL PACIENTE? SÍ NO (SI NO, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN) INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: NOMBRE _____

MASCULINO FEMENINO FECHA DE CUMPLEAÑOS _____ NSS _____ PARENTESCO CON EL PACIENTE _____

DIRECCIÓN MARQUE SI ES IGUAL A LA ANTERIOR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____

TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____ TELÉFONO DE CASA _____ EMPLEADOR _____

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL _____ # DE ID DEL SOCIO _____ # DE GRUPO _____

¿ES EL TITULAR DE LA PÓLIZA EL PACIENTE? YES NO (IF NO, PLEASE COMPLETE THIS SECTION)

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: NOMBRE _____ MASCULINO FEMENINO

FECHA DE CUMPLEAÑOS _____ Núm. de Seguro Social _____ PARENTESCO CON EL PACIENTE _____

DIRECCIÓN MARQUE SI ES IGUAL A LA ANTERIOR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____

TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____ TELÉFONO DE CASA _____ EMPLEADOR _____

Autorización para recibir tratamiento

Por la presente autorizo todos y cada uno de los tratamientos que mi médico de Waco Family Medicine (en adelante "WFM") y yo acordamos que sea necesario para mí o para los pacientes de los que soy tutor.

Entiendo y reconozco que WFM es un centro de enseñanza, y mi atención y/o la atención de los pacientes de los que soy tutor en WFM puede ser proporcionada por un médico, incluidos, entre otros, estudiantes de medicina y/o médicos residentes y/o dentistas residentes, en un programa de entrenamiento clínico. Además, entiendo y reconozco que los servicios de enseñanza, como la observación directa por parte de otros médicos o estudiantes de medicina, discusiones de casos o imágenes fotográficas o de video de las actividades de atención que me involucran a mí o a mis dependientes, están permitidos con fines de enseñanza, a menos que yo los niegue específicamente. Entiendo y reconozco que ciertas visitas clínicas pueden realizarse mediante servicios de telesalud (video o teléfono), durante los cuales no estaré físicamente en la misma habitación que mi médico. Entiendo que existen riesgos potenciales en el uso de la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la interceptación y las dificultades técnicas. Si se determina que las telecomunicaciones o la tecnología de la información no son adecuadas, mi visita de telesalud puede suspenderse o convertirse en una visita en persona.

Además, entiendo que, como parte de sus servicios de atención médica, el personal de WFM y mi médico crean y mantienen un registro de la atención y los servicios prestados. Entiendo que dicha información puede usarse y/o divulgarse en el manejo y prestación de atención y servicios proporcionados por WFM, como se describe en el aviso de la protección de la privacidad. Entiendo y reconozco que WFM participa en un programa de intercambio de registros médicos electrónicos, y que si busco tratamiento de otros centros de atención médica o proveedores que participan en este programa de intercambio, mi información de salud o la de los pacientes de los que soy tutor, pueden ser compartidos entre WFM y esas otras instalaciones o proveedores. Entiendo y reconozco que, como parte de recibir mi atención médica en Waco Family Medicine, los médicos de WFM y otro personal pueden solicitar y/o proporcionar electrónicamente registros de salud míos y/o de los pacientes de los que soy tutor, a esas instalaciones o proveedores participantes. Estos registros incluyen, entre otros, el historial de medicamentos recetados, así como información relacionada con el tratamiento de salud mental, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del abuso de alcohol y/o drogas, y/o pruebas/resultados y/o tratamiento del VIH (SIDA). Además, entiendo que dicha información de cualquier fuente puede convertirse en parte de los registros de salud de la parte solicitante sobre mí y/o los pacientes de los que soy tutor.

Al proporcionar mi número de teléfono celular, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto sobre las próximas citas y otras notificaciones relacionadas con mi atención médica y los servicios proporcionados por Waco Family Medicine. Entiendo que puede haber cargos por mensajes de texto o datos de mi operador de telefonía celular.

AVISO DE LA PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD

Por la presente entiendo que tengo derecho a solicitar una copia del Aviso de la Protección de la Privacidad de Waco Family Medicine.

DOMINIO LIMITADO DEL IDIOMA INGLÉS

Waco Family Medicine se enorgullece de ofrecer cierta asistencia en el idioma a sus pacientes de forma gratuita. También nos esforzamos por hacer adaptaciones razonables para sus pacientes discapacitados.

FOTOGRAFÍA

Doy mi consentimiento para la toma de imágenes fotográficas y/o de video con el propósito de identificación y documentación de mi atención médica.

DECLARACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por la presente entiendo que soy la persona principal responsable del pago de todos los cargos por los servicios prestados por Waco Family Medicine, independientemente de cualquier cobertura de seguro que pueda tener, incluidos Medicare o Medicaid, y que el pago es necesario en el momento que se requiera. También entiendo que, además de dichos cargos por los servicios, seré igualmente responsable de los costos judiciales, los honorarios de abogados, los gastos de cobro o los intereses en los que se pueda incurrir en caso de que se requieran tales acciones para obtener el pago de los servicios prestados por Waco Family Medicine. Certifico que la información financiera y del paciente proporcionada en el momento de los servicios prestados es precisa y completa.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

En consideración del servicio prestado, por la presente asigno y transfiero irrevocablemente a WFM todos los derechos, títulos e intereses en los beneficios pagaderos por los servicios prestados por Waco Family Medicine. Por la presente autorizo e instruyo a la compañía de seguros y/o al Programa Financiero a pagar directamente a Waco Family Medicine todos los beneficios adeudados según los términos de mi póliza o pólizas. Entiendo que mi póliza de seguro/programa financiero, o su(s) agente(s) de seguros de salud, determinan la necesidad médica de los servicios/artículos que solicito y recibo. También entiendo que soy responsable del pago de los servicios o artículos que solicito y recibo si mi póliza de seguro/programa financiero determina que estos servicios/artículos no son razonables y médicamente necesarios para mi atención.

CARGOS EXTERNOS DE DIAGNÓSTICO

Las pruebas de laboratorio para especímenes/rayos X/TC/ultrasonidos obtenidos en Waco Family Medicine y enviados a un radiólogo o a un laboratorio independiente me serán facturados directamente por ese centro independiente. También hay una tarifa de manejo de laboratorio para obtener muestras de laboratorio que se factura a través de Waco Family Medicine. Al recibir un estado de cuenta, comprendo que debo comunicarme con ese laboratorio o compañía de radiología para coordinar el pago o intercambiar información del seguro. He sido informado por escrito y verbalmente sobre esto. Entiendo que estos cargos de diagnóstico ahora son mi responsabilidad.

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR

He leído este documento y lo comprendo

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR _____ PARENTESCO CON EL PACIENTE _____

NOMBRE IMPRESO _____

*Se requiere prueba de tutela legal (o puede requerirse)

Sólo para uso de la oficina

Procesado por:



WACO
FAMILY
MEDICINE

Waco Family Medicine Derechos y Responsabilidades de la Clínica y los Pacientes

Pacientes Nombre: _____ Pacientes Fecha de Nacimiento: ___/___/___

MR#: _____

Bienvenido a nuestro Centro de Salud

Nuestra meta es brindar servicios médicos de la más alta calidad en esta comunidad, sin importar las posibilidades que tenga para pagar por los servicios. Tanto usted Como paciente, y nosotros como clínica, tenemos derechos y responsabilidades. A continuación le presentamos los derechos y responsabilidades para que usted tenga un mejor entendimiento de los mismos y a su vez, nos ayude a ofrecerle un mejor servicio. Por favor lea el documento, haga las preguntas que pueda tener y fírmelo.

Este Documento de los Derechos y responsabilidades, trata de los siguientes puntos:

Derechos Humanos

Pago por Servicios

Cuidado Medico

Responsabilidades del Centro Medico

Responsabilidades del Paciente

Quejas

Despido

Apelaciones

Yo he leído, entendido, y acepto de mutuo acuerdo los Derechos y Responsabilidades que establece Waco Family Medicine con sus pacientes. Una copia de este documento estará disponible para mí en el momento que lo solicite.

Firma: _____

Fecha de hoy ___/___/___

Nombre: _____

[Letra de Molde]

Si la firma es a favor de un menor, _____

[Nombre Del Menor]



WACO
FAMILY
MEDICINE

A. Derechos Humanos

Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto sin importar su raza, color, estado civil, religión, sexo, género, identidad de género, orientación sexual, origen, antepasados, discapacidad física o mental, edad o cualquier otra razón que sea aplicable a leyes o regulaciones federales, estatales o locales.

B. Pago Por Servicios

1. Usted es responsable de proporcionar a nuestro personal la información precisa o cualquier cambio sobre su situación financiera actual. Nuestro personal necesita esta información para poder determinar cuánto debe usted de pagar y/o enviar los cobros a su seguro privado, Medicaid, Medicare o algún otro beneficio por el cual usted puede ser elegible para asistencia. Si la cantidad de sus ingresos es menor a las cantidades establecidas en la tabla de nivel de pobreza federal, le ayudaremos a determinar su derecho a recibir asistencia del programa de descuento.
2. Usted tiene derecho a que se le explique su cuenta. Usted tiene que pagar, hacer un plan de pago de las cuentas sobre servicios médicos, con la excepción de los servicios dentales los cuales se proveen a base de prepago. Para cualquier balance que usted pueda tener en su cuenta, favor de contactar nuestro departamento de finanzas para hacer un plan de pago.
3. Leyes Federales prohíben a la Clínica negar servicios médicos primarios que sean medicamente necesarios por la razón de que usted un pueda pagar por estos servicios. La clínica de Family Health Center requiere que los pacientes realicen un pago mínimo o un copago. En caso de que usted no pueda hacer alguno de estos pagos requeridos, con gusto le asistiremos a determinar en caso de que usted sea potencialmente elegible para programas que le ayuden a reducir la tarifa requerida.

C. Privacidad

Usted tiene el derecho de recibir sus tratamientos, visitas y exámenes en privado. Su expediente médico también es privado. Solamente personal legalmente autorizado puede ver sus expedientes al menos de que usted pida por escrito que no lo mostremos o hacer copias para alguien más. En algunos casos, es necesario que nuestra clínica reporte al Departamento de Servicios de Salud del estado de Texas sobre su condición médica o el estado de su enfermedad. La Póliza de Privacidad y Confidencialidad en la entrega de servicios marca los diferentes modos en los cuales su expediente puede ser usado o revelado por la clínica y los derechos otorgados a usted bajo la ley de Responsabilidad y Manejo del seguro Medico, HIPPA por sus siglas en ingles. Este documento está disponible para usted en el momento que lo solicite.



WACO
FAMILY
MEDICINE

D. Cuidado Medico

1. Usted tiene la responsabilidad de proveer a la clínica la información completa y actual sobre su salud y sus enfermedades para que podamos brindarle el cuidado médico apropiado a sus necesidades. Usted tiene el derecho, y lo animamos a participar en las decisiones sobre su tratamiento.
2. Usted tiene el derecho de recibir información y explicaciones en el lenguaje que normalmente hable y con las palabras que usted entiende. Usted tiene el derecho de tener información sobre su salud o enfermedad, plan de tratamiento, incluyendo la naturaleza del tratamiento, los beneficios esperados, sus riesgos y peligros e incluyendo las consecuencias por rechazar el tratamiento recomendado; también se le explicará las alternativas razonables con los posibles riesgos y beneficios incluyendo el resultado esperado en caso de saberlo. A esta información se le conoce como obteniendo su consentimiento de una manera educada.
3. Usted tiene el derecho de recibir información sobre “Testamento Vital” o instrucciones previas. Si usted no desea recibir esta información, o en caso de que no sea médicamente recomendable compartir esta información con usted; la compartiremos con su representante legal autorizado.
4. Usted es responsable del uso apropiado de los servicios que ofrece la clínica, que incluye seguir instrucciones del personal, programar y asistir a sus citas y solicitar visitas al doctor el “mismo día” siempre y cuando usted esté enfermo. Los proveedores de servicios médicos no podrán estar a su disposición al menos de que usted tenga una cita. En caso de que usted no entienda las instrucciones que se le han dado, favor de informar al personal de la clínica para poder ayudarle.
5. Si usted es un adulto, usted tiene el derecho por ley hasta cierto punto de negarse a recibir tratamientos o procedimientos. En este caso, tiene el derecho de que se le informe de los riesgos, peligros, y consecuencias de rechazar dicho tratamiento o procedimiento. Es necesario que le demos esta información para que usted tome la decisión “educada” ya que usted será responsable por las consecuencias y resultados por haberse negado a recibir el tratamiento o procedimiento recomendado. Si usted se niega a recibir el tratamiento o procedimiento que le recomienda su doctor con la mejor intención para el mejoramiento de su salud, se le pedirá que firme un documento donde usted toma la responsabilidad y se niega a recibir el tratamiento recomendado. El documento se llama Rechazo a Perimir Recibir el Tratamiento Médico o los Servicios/ Rechazo a la Recibir de Servicios Médicos.



WACO
FAMILY
MEDICINE

6. Usted tiene el derecho de recibir cuidado médico y tratamientos que sean razonables para tratar su condición médica de acuerdo a nuestras capacidades y aclaramos que no somos una clínica de servicios de emergencia. Usted tiene el derecho de que se le refiera o transfiera a otro lugar donde se le brinden los servicios que nuestra clínica no puede darle. La clínica no es responsable de pagar por los servicios que usted reciba con otro proveedor de servicios médicos o el servicio de transporte que sea necesario para usted.

E. Responsabilidades de Family Health Center como Centro Medico

1. Nuestra Clínica es responsable de coordinar su cuidado médico con diferentes proveedores de servicios médicos.
2. El equipo de profesionales le dará acceso a tener cuidado médico basado en evidencia/ educación a su familia y como alcanzar sus metas personales en cuanto a su salud.
3. El personal de la oficina de su clínica le ayudara a transferir sus expedientes médicos cuando sea necesario y usted tendrá que firmar una forma de permiso para poder obtener la información deseada.
4. Usted recibirá un reporte clínico en cada visita.

F. Responsabilidades del Paciente

1. Usted tiene derecho a recibir información de los servicios que ofrece la clínica y la responsabilidad de utilizarlos de una manera apropiada. Si tiene alguna pregunta sobre este tema, favor de preguntarnos.
2. Usted es responsable de la supervisión de sus niños cuando lo acompañen a la clínica. Usted es responsable de la seguridad de sus niños y la protección de otros pacientes y nuestras instalaciones.
3. Usted tiene la responsabilidad de asistir a las citas previamente establecidas. El faltar a sus citas es causa de retraso en tratamiento para otros pacientes. En el caso de que usted falte a sus citas previamente establecidas, estará sujeto a recibir una sanción o llamada de atención de acuerdo a las pólizas y procedimientos de nuestra clínica.

G. Quejas

1. En caso de que nuestros servicios no satisfacen a sus necesidades, por favor déjenos saber. Nosotros queremos saber sus sugerencias para poder mejorar nuestros servicios. El personal de la clínica le puede informar como puede



WACO
FAMILY
MEDICINE

someter una queja. En caso de que usted no esté contento con la manera en que nuestro personal maneja su queja, usted puede enviar su queja al Consejo de Directores de la Clínica.

2. En caso de someter una queja, ningún representante de nuestra clínica le castigará, discriminará o tomara represalia en contra de usted. La clínica continuara brindándole servicios.

H. Despido

Si la clínica decide que tenemos que dejar de tratarlo como paciente, usted tiene el derecho de recibir una notificación por escrito donde se le explica las razones de nuestra decisión. Se le dará un término de 30 días para que usted transfiera su expediente médico a otro proveedor de servicios médicos fuera de nuestra organización. La clínica puede dejar de proveer servicios médicos en una forma inmediata en caso de que usted haya creado una situación que sea una amenaza para la seguridad de nuestro personal o de otros pacientes. Usted tiene el derecho de recibir una copia de la Póliza de despido a los pacientes de la clínica.

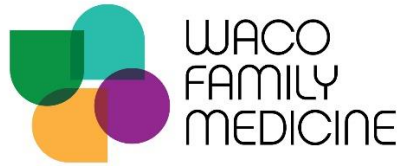
Razones por las cuales nosotros dejemos de atenderle:

1. Desobedecer las reglas y pólizas de la clínica
2. Omitir información de una manera intencional sobre sus ingresos y/o seguros
3. Omitir información de una manera intencional sobre su salud o enfermedades
4. Engañar intencionalmente al equipo de profesionales para obtener servicios médicos de nosotros y de otros proveedores de salud fuera de FHC sobre el mismo problema médico y medicamentos.
5. Abuso verbal o comportamiento inapropiado hacia nuestro personal o crear disturbios y/o
6. Crear amenazas sobre la seguridad de nuestro personal y la seguridad de otros pacientes.

I. Apelaciones

Si nuestra clínica he ha dado una notificación de despido de la relación paciente y clínica, usted tiene el derecho de apelar la decisión enviando una carta por escrito al comité de quejas. En caso de que usted tenga una emergencia médica se le atenderá; de otra manera, nosotros no podremos continuar sirviéndole mientras se apela su caso.

190213



Waco Family Medicine – Extended Hours

La Clínica de Horario Extendido de Waco Family Medicine proporciona acceso a atención rutinaria y urgente para pacientes establecidos, fuera del horario comercial regular. La Clínica de Horario Extendido está disponible para pacientes establecidos en cualquiera de nuestras 15 ubicaciones. Los walk-ins son bienvenidos según disponibilidad.

Visítenos

Horario extendido
1600 Providence Dr.
Waco, TX 76707

Llámenos hoy

Pacientes establecidos – de lunes a viernes llame a su clínica para citas.

Citas para el mismo día:

254-313-4272

Nuevos pacientes llaman:

254-313-4610

Horas de operación

Horario regular extendido:
5:00 pm – 8:00 pm

Horario Sábado extendido:
8:30 am – 12:00 pm

Servicios prestados en Horario Extendido

Atención urgente:

Una enfermedad aguda, no emergente, lesión o exacerbación de una afección crónica.

Visitas de bienestar:

Una visita anual para el desempeño de los servicios de atención preventiva apropiados para la edad.

Atención de rutina:

Seguimiento rutinario y manejo de una afección médica crónica

Visitas de enfermeras:

Visitas que requieren atención que se limita al alcance de las tareas de enfermería para incluir, pero no limitado a vacunas, controles de presión arterial o abordar cambios.

Servicios no prestados en horario extendido

- Atención prenatal
- Fracturas
- Seguimientos hospitalarios
- Atención de emergencia
- Radiología (rayos X)
- Farmacia WFM
- Otros servicios pueden ser limitados dependiendo del alcance de práctica del proveedor disponible



Nombre Del Paciente: _____ Fecha _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ MRN (office use only) _____

Razón de la visita _____

Nombre del ultimo doctor, Dirección, Fecha de última cita: _____

Historial Médico - Marque las condiciones que USTED haya tenido

<input type="checkbox"/>	¿Diabetes - Tipo I o Tipo II? _____	<input type="checkbox"/>	Hepatitis - ¿Que tipo? _____
<input type="checkbox"/>	Presion Arteral Alta	<input type="checkbox"/>	Cirrosis/Enfermedad del Hgado
<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo/ Adiccion a Drogas
<input type="checkbox"/>	Problemas de Corazon/ Paro Cardiaco	<input type="checkbox"/>	Artritis - ¿Que tip? _____
<input type="checkbox"/>	Infarto de Miocardio/ Trombosis Coronaria	<input type="checkbox"/>	Gota
<input type="checkbox"/>	Marcapasos/Desfibrilador	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis/Huesos Fragiles
<input type="checkbox"/>	Paro Cardiaco	<input type="checkbox"/>	Problema de Prostata
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/>	HIV / SIDA
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Herpes
<input type="checkbox"/>	Obstruccion Pulmonar Cronica/Enfisema/Bronquitis Cronica	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Venéreas (de transmisión Sexual)
<input type="checkbox"/>	Cancer - ¿Que tipo? _____	<input type="checkbox"/>	Depresion
<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vasculat Periférica/Problemas de circulación	<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio
<input type="checkbox"/>	Coágulos sanguíneos/Trombosis Venosa Profunda (DVT)	<input type="checkbox"/>	Otras Enfermedades Mentales
<input type="checkbox"/>	Hemorragias	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Paralisis
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Migrañas
<input type="checkbox"/>	Otro _____		

Solo Mujeres

¿Cuándo fue su ultimo papanicolau?
¿Ha tenido resultados anormales de papanicolau? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, ¿Cuándo?
¿Primer día de su ultimo period menstrual?
¿Cuándo fue tu ultima mamografia?
¿Ha tenido resultados anormales de su mamografía? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, ¿Cuándo?
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, fecha de parto? _____
¿Ha tenido complicaciones durante algún embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

CUANTOS

<input type="checkbox"/>	Embarazos
<input type="checkbox"/>	Nacimientos vivos
<input type="checkbox"/>	Nacimientos prematuros
<input type="checkbox"/>	Aborto espontaneo
<input type="checkbox"/>	Abortos
<input type="checkbox"/>	Cesareas
<input type="checkbox"/>	Parto vaginal después de una cesárea

Es usted alérgico a algún medicamento?

¿Anote los Medicamentos que toma actualmente?

Cirugías Anteriores	
Fecha	
	Vesícula
	Apéndice
	Amígdalas
	Hernias
	Histerectomía - ¿Le quitaron los ovarios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Salpingooclasia (ligación de los tubos)
	Biopsia de senos
	Cirugia de la espalda
	Otra
	Otra

Hábitos de salud	
¿Cuanto consume por día de cada uno? (¿si no es cada día cuanto por semana?)	
	Cafeina
	Alcohol
	Tabaco
	Drogas
Ocupación/Viajes	
Has estado expuesto(a) a materiales peligrosos? Cuales: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	
Ha viajado a otros países? Cual: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	

Historia Familiar	Anote si hay miembros de su familia que tenga alguna de las siguientes condiciones.									
	Mother	Father	Sister	Brother	Son	Daughter	MGF	MGM	PGF	PGM
Status: A= Alive or D=Descd										
Diabetes										
High Blood Pressure										
High Cholesterol										
Heart attacks										
Kidney Disease										
Bleeding problem										
Strokes										
Cancer (what kind?)										
Arthritis										
Asthma										
COPD/lung problems										
Psychiatric Illness										
Alcohol/Drug Abuse										
Other										

Symptoms: Please check if you are experiencing any of the following:

<input type="checkbox"/>	Unintentional weight loss	<input type="checkbox"/>	Diarrhea or Vomiting	<input type="checkbox"/>	Blood in stools or urine
<input type="checkbox"/>	Leaking urine or stool	<input type="checkbox"/>	Night sweats/Fevers	<input type="checkbox"/>	Penile or Vaginal Discharge
<input type="checkbox"/>	Shortness of Breath	<input type="checkbox"/>	Swelling in feet/ankles	<input type="checkbox"/>	Irregular/Painful periods
<input type="checkbox"/>	Chest Pain	<input type="checkbox"/>	Rash	<input type="checkbox"/>	Erection Problems
<input type="checkbox"/>	Vision Problems	<input type="checkbox"/>	Too thirsty	<input type="checkbox"/>	Constipation
<input type="checkbox"/>	Persistent Cough	<input type="checkbox"/>	Suspicious lumps or bumps	<input type="checkbox"/>	Difficulty breathing when lying down
<input type="checkbox"/>	Fainting	<input type="checkbox"/>	Forgetfulness	<input type="checkbox"/>	New headache
<input type="checkbox"/>	Trouble sleeping	<input type="checkbox"/>	Pain- where? _____	<input type="checkbox"/>	Other

Políticas de Opciones de Pago y Cheques devueltos

Opciones de Pago

Heart of Texas Community Health Center (conocido como Waco Family Medicine) ofrece una variedad de opciones tales como planes de pago o pagos inmediatos para ayudar a los pacientes a tomar su responsabilidad financiera.

Opción de Pago Inmediato – Los pacientes pueden elegir recibir un 50% de descuento en el balance de su cuenta cuando 1) El saldo a pagar es responsabilidad del paciente después de que el seguro haya pagado el costo compartido. 2) cuando el paciente elige no utilizar los beneficios de su seguro médico y es considerado responsable del costo en su totalidad por los servicios indicados.

Cuando se elige la opción de Pago Inmediato, esperamos que el paciente pague la cantidad restante después de que se apliqué el descuento ya sea antes de recibir los servicios o dentro de un término de 30 días de la solicitud. Cheques personales NO son aceptados como forma de pago para la opción de Pago Inmediato.

Opción de Plan de Pago – Los pacientes pueden elegir un plan de pago mensual que con el tiempo, les permita pagar el balance de su cuenta.

Para asistencia con las diferentes opciones de pago, por favor comuníquese con el departamento de facturación en 1600 Providence Drive, Waco TX 76707, Teléfono # 254-313-4200. Para su comodidad se le atenderá en español.

Política de Cheques Devueltos

Cheques personales que son devueltos debido a “Insuficiencia de Fondos” o “Cancelación de Pago” incurrirá en un gasto de servicio de \$30. Se requerirá que se pague la cantidad del cheque y el gasto de servicio con una forma de pago diferente (no se aceptará cheque personal) en el término de 10 días hábiles de la fecha del aviso del banco del cheque devuelto.

Los pacientes deberán presentarse en el Departamento de Facturación para hacer su pago. Si el pago no se realiza dentro del tiempo señalado, el cheque se enviará a la oficina de Fiscal del Distrito para medidas adicionales.



Autorización para acceder a la información

Este formulario le informa al equipo de su clínica con quién pueden hablar sobre su salud.

Yo _____, (nombre del paciente adulto y fecha de nacimiento impresos)

por la presente autorizo al personal de Waco Family Medicine a divulgar toda mi información de salud a las siguientes personas hasta que se dé un nuevo aviso.

O

Para _____, (nombre del paciente menor y fecha de nacimiento impresos)

Por favor enumere las personas a las que Waco Family Medicine puede contactar en caso de emergencia o divulgar su información de salud:

**¿Contacto de emergencia?
(Marque con un círculo Sí o No)**

**¿Divulgar otra información de salud?
(Marque con un círculo Sí o No)**

NOTA: Debe designar al menos un contacto de emergencia

(Nombre)	(Parentesco)	(Información del contacto)	Sí / No	Sí / No

Firma del paciente/padre o madre

Fecha

Se ha presentado y verificado la identificación apropiada. Nombre del miembro del personal/departamento: _____ Nombre de la clínica: _____ Fecha: _____
