



Patient Information Sheet

Patient Demographics

Nombre Completo: _____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Genero: M / F

Follow My Health le dara acceso a su informacion medica en linea. Quiere registrarse? SI / NO

Correo Electronico: _____

Estado Matrimonial (Circule Uno): SOLTERO / CASADO / DIVORCIADO / VIUDO

Numero (Hogar): _____ (Celular): _____

Empleador: _____ Numero (Trabajo): _____

RAZA: CAUCASICO / AFROAMERICANO / OTRO / NEGAR IDIOMA: INGLES / ESPANOL / OTRO / NEGAR

ETNICIDAD: HISPANO / NO HISPANO / OTRO / NEGAR

Esposo/Padre/Guardian: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Numero (Hogar): _____ (Celular): _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ Numero: _____

Proveedor Primario/Proveedor Referente: _____

**Por favor liste nombres de personas autorizadas para obtener su informacion medica:

Nombre: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

RECONOCIMIENTO DE LA REVISION DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

E recibido la oportunidad de revisar Las Practicas de Privacidad que explica como mi informacion medica sera usada y divulgada. Entiendo que tengo derecho a recibir copia de este documento.

X _____

Fecha: ____/____/____

Firma de Paciente o Representante

X _____

Testigo



Patient Medical History

Patient Demographics

TIENE ALGUNA ALERGIA A COMIDA/MEDICAMENTO? SI / NO
 POR FAVOR LISTE:

POR FAVOR LISTE **TODAS LAS SIRUGIAS ANTERIORES:

FARMACIA:

POR FAVOR LISTE **TODOS** SUS MEDICAMENTOS:

TOMA ASPIRINA? SI / NO DOSIS: 81 / 325 MG

TIENE HISTORIA FAMILIAR DE: Diabetes: SI / NO Cancer: SI / NO

Enfermedad de Corazon: SI / NO Otro: SI / NO

ESTA EMBARAZADA? SI / NO CUANDO FUE SU ULTIMO PERIODO MENSTRUAL? _____

A tenido alguno de los siguientes problemas?

Por favor circule SI o NO

| | | | |
|--|---------|---|---------|
| Enfermedad de corazon, soplo, ataque, cardíaca congestiva | SI / NO | Enfermedad de sangre, leucemia, linfoma | SI / NO |
| Presion alta, cuagulo de sangre | SI / NO | Enfermedad de riñon, problema de prostata, infeccion urinaria | SI / NO |
| Enfermedad de higado, icteria amarilla, hepatitis | SI / NO | Enfermedad de la visicula | SI / NO |
| Enfermedad de pulmon, asma, COPD, enfisema, apnea de sueño | SI / NO | Problema intestinal, estreñimiento, IBS, diarrea | SI / NO |
| Enfermedad de estomago, ulceras, hinchazon, acidez | SI / NO | Perdida de peso inexplicable | SI / NO |
| Sangre en el escremento | SI / NO | Problema de la tiroides | SI / NO |
| Diabetes | SI / NO | Tumores, crecimientos, lesiones de la piel | SI / NO |
| Convulsiones | SI / NO | Alguna vez a tomado esteroides? | SI / NO |
| Problema con anestesia | SI / NO | Alguna vez estuvo seriamente enfermo? | SI / NO |
| Tiene/tenia problema con alcohol o drogas? | SI / NO | Fuma? (Si fuma, cuantos paquetes/dia?) _____ | SI / NO |

X _____

Firma de Paciente o Representante

Nuevo Paciente

| Questions | Yes | No |
|---|---|----|
| Histerectomía? | Total- Parcial (Abd)- Radical (Vag)- | |
| Cuantos embarazos a tenido? | | |
| Alergias a comida o medicina? | | |
| Reacciones? | | |
| Alguna vez a usado tobacco? | Que tipo? Si no a usado recientemente, cuando paro? | |
| Consume alcohol? | Cantidad y frecuencia: | |
| Alguna vez a usado drogas? | Que tipo? Si no a usado recientemente, cuando paro? | |
| Diabetes en la familia? | Quien? Por lado del Padre o la Madre? | |
| Enfermedad del Corazon? | Quien? Por lado del Padre o la Madre? | |
| Cancer? Quien, y que tipo de Cancer? | Uno mismo: Madre: Padre: Hermana: Hermano: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Parte de la Madre Parte de Padre </div> Abuela: Abuelo: Tia: Tio: Primo/a: | |



Surgical Specialist of North Texas Poliza Financiera

Patient Demographics

POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención. Estamos comprometidos a su exitoso tratamiento. Por favor comprenda que un pago a su bill es considerado como pago para su tratamiento. Lo siguiente es una declaracion de nuestra Poliza Financiera que requerimos que lea y firme antes de algun tratamiento.

Todos los pacientes deben de completar nuestra informacion y formulario de seguro antes de ver al medico.

-PAGO COMPLETO ES REQUERIDO A TIEMPO DE SERVICIO. ACCEPTAMOS DINERO EN EFECTIVO, VISA/MASTERCARD O DISCOVER.

SEGURO MEDICO

Somos participantes del programa de Medicare y Medicaid. Por favor este al tanto que algunos servicios podran no estar cubiertos y considerados no razonable y necesario bajo estos programas. En estos casos, el paciente es responsable por los cargos.

Entiendo que en el caso de un sobrepago a la cuenta, cualquier reembolso adeuda sera reembolsado a la parte correspondiente, al menos de lo siguiente; Es política del hospital aplicar cualquier saldo acreedor que pueda existir como resultado de una estancia de hospital o cualquier otra cuanta de mi mismo o de algun miembro en que yo este legalmente responsable. En el caso que no haiga otras cuentas, un reembolso adeuda sera reembolsado.

Tarifas Habituales y Acostumbrados

Nuestra practica esta comprometida a proveer el mejor tratamiento a nuestros pacientes y cobramos lo habitual y acostumbrado de nuestra zona. Usted es responsable del pago independientemente de cualquier determinación arbitraria por parte de la compania de seguros de las tarifas habituales y acostumbrados.

Menores de Edad

El padre o guardian debe acompañar a un menor antes de que se pueda administrar un tratamiento que no sea de emergencia.

E leido la Poliza Financiera, entiendo y acepto las condiciones de la poliza.

X _____ Firma de Paciente o Representante

Fecha: ____ / ____ / ____