NTMC
North Texas Medical Center

Hoja de Informacion

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 divulgeada. Entiendo que tengo derecho a recibir copia de este documento.

X _____ Fecha: _____/_____/_____

Firma de Paciente o Representante

X _____

Testigo

NTMC
North Texas Medical Center

Historia Medica

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

Preguntas	SI	NO
¿Histerectomía?	Total Parcial (ABD) Radical (VAG)	
¿Cuantos embarazos?		
¿Alergias a comida o medicamentos? Reacciones		
¿Alguna vez has consumido tabaco?	¿Cuanto? ¿Cuándo dejó?	
¿Consumo de alcohol?	Cantidad y Frecuencia	
¿Alguna vez has consumido drogas?	¿Que tipo? Si no está usando actualmente, ¿Cuándo dejó?	
¿Diabetes en la familia?	¿Quien? ¿Maternal o Paternal?	

¿Problemas del corazón en la familia?	¿Quien? ¿Maternal o Paternal?	
¿Cancer? ¿Quien y que tipo?	Ser: Madre: Padre: Hermana: Hermano: Maternal Paternal Abuela: Abuelo: Tia: Tio: Primo/a:	

NTMC
North Texas
Medical Center

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

X _____ Fecha: _____/_____/_____

Firma de Paciente o Representante