

Medicina Familia Premier
Oficinas del Dr. Miguel E. Treviño MD, PA
y Dr. Timothy Light, DO

Fecha: _____ / _____ / _____

Información de paciente

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales
y pasarán a formar parte de su expediente médico.

¿Cómo supiste de nosotros?	
Nombre: <i>(Apellido, primero)</i>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra
Numero del suguro social:	Fecha de Nacimiento:
Direccion:	
<i>(Ciudad, Estado, Codigo postal)</i>	
Correo Electrónico:	
Telefone: <i>Casa</i>	<i>Trabajo</i>
<i>Cell</i>	
Ocupación:	
Farmacia Preferida:	Telefone #:
Direccion de la farmacia:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Apartado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Contacto Emergencia:	Relacion:
Telefono de Contacto emergencia:	
Información del Seguro	
Nombre del seguro #1	
Direccion del seguro:	
El nombre del titular de la póliza: <i>(si es diferente de paciente)</i>	
Tomador fecha de Nacimiento:	
Política #	Grupo #
Nombre del seguro #2	
Direccion del seguro:	
El nombre del titular de la póliza: <i>(si es diferente de paciente)</i>	
Tomador fecha de Nacimiento:	
Política #	Grupo #

Autorización para pagar los beneficios para el médico: Por la presente autorizo el pago directamente al médico de beneficios médicos. Si los beneficios son de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados, me doy cuenta de que soy responsable de pagar los servicios no cubiertos, y cantidades deducibles o co-pagos, co-seguros.

Autorización para divulgar información: Por la presente autorizo al médico a dar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento para procesar las reclamaciones de seguros.

Firma del paciente

Fecha

¿Cuál es la razón principal de su visita de hoy?

¿Qué tratamiento anterior ha tenido para este problema?

Vacunas/Enfermedad/Antecedentes de hospitalización

Enfermedades de la infancia: Sarampión Paperas Rubéola Varicela Fiebre Reumática Polio

Vacunas y Fechas: Hepatitis A Gardasil Neumonía
 Hepatitis B Tétanos Varicela
 Gripe Herpes (Shingles) MMR

Cirugías/Hospitalizaciones

Año:	Razón:	Hospital:

ENFERMEDADES MEDICAS/CONDICIONES

Compruebe si tiene, o ha tenido algún síntoma en las siguientes áreas en un grado significativo y explicar y fecha de inicio brevemente.

	FECHA:		FECHA:		FECHA:
<input type="checkbox"/> Acidez		<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón		<input type="checkbox"/> Reflujo gastrico	
<input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea		<input type="checkbox"/> Fiebre del heno/Alergias		<input type="checkbox"/> Sarampión	
<input type="checkbox"/> Anemia		<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Sífilis	
<input type="checkbox"/> Angina		<input type="checkbox"/> Flebitis		<input type="checkbox"/> Sinusitis recurrente	
<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> Glaucoma		<input type="checkbox"/> Soplo en el corazón	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Gonorrea		<input type="checkbox"/> Sordera/problemas auditivos	
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón		<input type="checkbox"/> Gota		<input type="checkbox"/> Triglicéridos altos	
<input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones		<input type="checkbox"/> Hemorroides		<input type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> Bajo contenido de sodio en la sangre		<input type="checkbox"/> Hepatitis		<input type="checkbox"/> Úlceras	
<input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica		<input type="checkbox"/> Hernia		<input type="checkbox"/> Varicela	
<input type="checkbox"/> Cálculos renales		<input type="checkbox"/> Herpes Labial		<input type="checkbox"/> Venas varicosas	
<input type="checkbox"/> Cáncer		<input type="checkbox"/> Herpes – Tipo:			
<input type="checkbox"/> Carrera		<input type="checkbox"/> HIV			
<input type="checkbox"/> Cataratas		<input type="checkbox"/> Huesos Rotos			Hombres
<input type="checkbox"/> Ceguera		<input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes del oído		<input type="checkbox"/> Problemas de próstata	
<input type="checkbox"/> Cirrosis		<input type="checkbox"/> Migrañas			Mujer
<input type="checkbox"/> Clamidia		<input type="checkbox"/> Neuropatía			Edad al inicio de la menstruación:
<input type="checkbox"/> Colesterol alto		<input type="checkbox"/> Osteoporosis			Primer día del último ciclo:
<input type="checkbox"/> Corazón agrandado		<input type="checkbox"/> Paperas			
<input type="checkbox"/> Coto		<input type="checkbox"/> Physema			Método de control de natalidad:
<input type="checkbox"/> Depresión		<input type="checkbox"/> POTS/ Disautonomía			# de los embarazos
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Problemas del intestino			# de los nacidos vivos
<input type="checkbox"/> Disentería		<input type="checkbox"/> Problemas de la piel		<input type="checkbox"/> Problemas menstruales	
<input type="checkbox"/> Disfunción Eréctil		<input type="checkbox"/> Problemas rectales		<input type="checkbox"/> PAP anormal	
<input type="checkbox"/> Dolor – donde:		<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado		<input type="checkbox"/> Quistes en los ovarios	
<input type="checkbox"/> Dolor de la culebrilla		<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides		<input type="checkbox"/> Bultos en los senos	
<input type="checkbox"/> Emocional		<input type="checkbox"/> Problemas para tragar			Estás menopáusica ? Sí o no
<input type="checkbox"/> Estreñimiento		<input type="checkbox"/> Problemas urinarios			En caso afirmativo, fecha de inicio:
<input type="checkbox"/> Gota		<input type="checkbox"/> Recurrente hierve			

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION DE INFORMACION DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCION MEDICA

Entiendo que como parte de mi cuidado de la salud, el Dr. Miguel E. Treviño MD, PA así como el Dr. Timothy L. Light, DO se originan y mantener los registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro.

Entiendo que esta información sirve como:

- o Una base para planear mi cuidado y tratamiento
- o Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- o Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta
- o Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron proporcionados realmente
- o Una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y han sido provistos de un *Aviso de prácticas de información* que se proporciona una descripción más completa de información de aplicaciones y los accesos. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la práctica se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y antes de la aplicación le enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he dado. Yo entiendo que tengo el derecho de objetar el uso de mi información de salud para propósitos de guía. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud y que la práctica no es necesario estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya ha tomado acciones de seguridad sobre el mismo.

Yo entiendo que yo puedo dar mi permiso para que mi historia medial y el expediente médico actual(s) revisada por el Dr. Miguel E. Treviño MD, PA, el Dr. Timothy L. Light, DO, y el personal de Investigación Innovadora, con el fin de evaluar si soy un candidato posible para cualquiera de sus estudios de investigación; y por lo tanto elegibles para todos los medicamentos, vigilancia de la salud y las visitas, en esta oficina, y en algunos casos la retribución económica por mi participación, si debo calificar para un estudio y optar por participar.

_____ Aceptado _____ Negado

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

O

Solicito las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

_____ Aceptado _____ Negado

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

POLÍTICA FINANCIERA

Como su médico, estamos comprometidos a proveerle con la mejor atención médica posible. Con el fin de lograr este objetivo, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestra política de pago.

PAGO DE SERVICIO ES DEBIDO EN EL MOMENTO SERVICIOS SE PRESTAN - Aceptamos efectivo, cheques personales, MasterCard y Visa. Los cheques devueltos están sujetos a un cargo por servicio de \$ 20.00 en el 5% del valor nominal del cheque, el que sea mayor, y perderá su privilegio de emitir cheques en nuestra oficina.

CITAS CANCELADAS - Los pacientes que no dan 24 horas de aviso de cancelación de una cita se le cobrará una tarifa de **\$50** si no se presenta. Los pacientes que no cancelan las citas dentro de las 24 horas se pueden descargar de la práctica después de la tercera no se presenta.

BLUE CROSS/BLUE SHIELD PPO/HMO/COBERTURA DE CUIDADO ADMINISTRADO - CO – PAGO Y EL DEDUCIBLE DEBE SER PAGADO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. Debido a que estamos bajo contrato con estas compañías de seguros, que van a presentar su seguro.

MEDICARE - Su deducible y el 20% de los cargos permitidos deben ser pagados al momento del servicio. Puesto que somos un proveedor de Medicare que presentarán su Medicare. Si no sabemos la carga permitida por Medicare para un servicio específico, vamos a cobrarle después de que Medicare paga. Favor de traer su Explicación de Beneficios de Medicare (EOB) que muestra que haya cumplido con su deducible.

ACUERDO FINANCIERO - Vamos a discutir con gusto tratamiento propuesto y hacer todo lo posible para responder a cualquier pregunta relacionada con su seguro. Usted debe darse cuenta, sin embargo, que:

- 1. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos una parte de ese contrato.**
- 2. No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionar arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán (por ejemplo, exámenes físicos anuales).**

Debemos destacar que a medida que sus proveedores de atención médica, nuestra relación y la preocupación es con usted y su salud, no su compañía de seguros. **GASTOS SU RESPONSABILIDAD DE LA FECHA SERVICIOS SE PRESTAN.** En cualquier saldo de su cuenta después de 90 días, incluidos los que el seguro no había pagado, se tomará la acción de cobro. Nos damos cuenta de que las emergencias surgen y pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si se producen estos casos extremos, por favor, póngase en contacto con nosotros inmediatamente para la ayuda en la gestión de su cuenta.

Si se hace necesario recoger cualquier suma adeudada, a través de un abogado, entonces el paciente está de acuerdo en pagar todos los costos razonables de cobro, incluyendo los honorarios del abogado, si el juego se presenta o no.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la información anterior o cualquier incertidumbre en cuanto a la cobertura del seguro, por favor no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarte.

He leído y entendido la Política Financiera anteriormente.

Firma del paciente

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

1. MIGUEL E. TREVIÑO, MD, PA así como TIMOTHY L. LIGHT, DO puede usar y divulgar información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Ejemplos de estos incluyen, pero no se limitan a, pre-escuela solicitada, seguro de vida, o exámenes físicos para deportes, la remisión a los hogares de ancianos, hogares de cuidado de crianza temporal, agencias de salud en el hogar y/o remisión a las compañías de seguros para el reclamo, incluyendo la coordinación de los beneficios con otra aseguradoras; y las agencias de cobro. Operaciones de atención médica incluyen, pero no se limitan a, control de calidad interno y la garantía incluyendo auditoría de registros.
2. MIGUEL E. TREVIÑO, MD, PA así como TIMOTHY L. LIGHT, DO está permitido o requerido para usar o divulgar información médica protegida sin el consentimiento por escrito de la persona o autorización en determinadas circunstancias. Dos ejemplos de tales son para los requisitos de salud pública u órdenes judiciales.
3. MIGUEL E. TREVIÑO, MD, PA así como TIMOTHY L. LIGHT, DO no haremos ningún otro uso o divulgación de la información protegida de salud de un paciente sin la autorización por escrito de la persona. Dichas autorizaciones pueden ser revocadas en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito.
4. MIGUEL E. TREVIÑO, MD, PA así como TIMOTHY L. LIGHT, DO a veces puede ponerse en contacto con el paciente para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para el individuo.
5. MIGUEL E. TREVIÑO, MD, PA, así como TIMOTHY L. LIGHT, DO cumpliré con los términos de este aviso del aviso actualmente vigente en el momento de la divulgación.
6. MIGUEL E. TREVIÑO, MD, PA, así como TIMOTHY L. LIGHT, DO se reserva el derecho de cambiar los términos de su aviso y de hacer nuevas provisiones para toda la información protegida de la salud del paciente. Las copias también se pueden obtener en cualquier momento a nuestra oficina.
7. MIGUEL E. TREVIÑO, MD, PA, así como TIMOTHY L. LIGHT, DO proporcionará a cada paciente con una copia de cualquier revisión de su Aviso de Prácticas de información en el momento de su próxima visita, o en su última dirección conocida, si existe la necesidad de utilizar o divulgar ninguna información protegida del paciente. Las copias se pueden obtener en nuestra oficina en cualquier momento.
8. MIGUEL E. TREVIÑO, MD, PA así como TIMOTHY L. LIGHT, DO cualquier persona/paciente puede presentar una queja a la práctica y al Secretario de Salud y Servicios Humanos si consideran que se han violado sus derechos. Para presentar una queja con la práctica, por favor, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad a la siguiente dirección y/o número de teléfono: (1573 South Fort Harrison Avenue, Clearwater, FL 33756, teléfono (727)584-8777). Todas las quejas serán tratadas y los resultados serán reportados al Oficial de Cumplimiento Corporativo.
9. MIGUEL E. TREVIÑO, MD, PA y TIMOTHY L. LIGHT, DO el título y el número de teléfono de una persona en la oficina de contacto para más información es el administrador de oficinas al (727)584-8777 ext 209.

10. La fecha efectiva de este aviso de 1 de diciembre del 2002.

Usted tiene el derecho de presentar una queja por escrito a nuestra oficina, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos , Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de las disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de Timothy L. Light, DO/Dr. Miguel E. Treviño MD, PA. No vamos a represalias en su contra por presentar una queja .

Para obtener más información acerca de esta ley o para presentar una queja:

The U.S. Department of Health & Human Services, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
(202)619-0257 o al número gratuito: 1-877-696-6775