



**San Antonio
Family Physicians**
at Westover Hills
We Listen.

PAQUETE DE BIENVENIDA - PARA PACIENTES NUEVOS

POR FAVOR IMPRIMIR

FECHA: _____

NOMBRE DEL
PACIENTE

Apellido

Primer Nombre

Inicial

DIRECCION
DE LA CASA

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Género: Masculino Femenino

Raza: Asiático Afroamericano Caucásico Indígena Americano Otro: _____

Grupo

Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino

IDIOMA PREFERIDO: Inglés Español

ESTADO CIVIL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

TELEFONO DE CASA # _____

TELÉFONO DEL TRABAJO # _____

TELÉFONO MÓVIL # _____

LICENCIA DE CONDUCIR _____

NOMBRE Y TELEFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA _____

TELÉFONO Y DIRECCIÓN DE SU FARMACIA

(Por favor incluya calles transversales si la dirección es desconocida)

San Antonio Family Physicians se comunica con sus pacientes a través de un portal seguro del paciente en línea. Se requerirá su dirección de correo electrónico y sólo será utilizada para las comunicaciones importantes entre usted y nuestro personal.

■ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

Por la presente autorizo a los médicos de San Antonio Family Physicians a realizar servicios médicos que se consideren necesarios por el profesional de la salud. Autorizo al poseedor de información médica o de otro tipo que libere todos los documentos requeridos por mi compañía de seguros, agencia gubernamental, o su intermediario relacionados con mi tratamiento. Estoy de acuerdo en pagar San Antonio Family Physicians los cargos incurridos.

Firma del paciente o responsable legal

INFORMACIÓN DEL SEGURO

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO: _____

Identificación # _____ GRUPO # _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO: _____

Identificación # _____ GRUPO # _____

DIRECCIÓN: _____

Completa esta sección si otra persona diferente al paciente es el garante del plan de seguro

_____	_____
NOMBRE DEL GARANTE	RELACIÓN
_____	_____
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD POR FAVOR COMPLETA LA INFORMACIÓN DE LOS PADRES

■ TUTOR NOMBRE _____

SEGURO SOCIAL _____ Fecha de Nacimiento: _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL _____ TELÉFONO PRINCIPAL # _____

Tenga en cuenta: El padre que acompaña a un niño de una familia divorciada será responsable del pago de los cargos incurridos por esa fecha del servicio, independientemente del seguro o estado del divorcio.

Caso de accidente? *SÍ* *NO*

En caso afirmativo, la fecha del siniestro: _____

¿Tipo de accidente? (breve descripción) _____

POLÍTICA FINANCIERA - DE SAN ANTONIO FAMILY PHYSICIANS

Estamos comprometidos a proporcionar la mejor atención médica posible y la mejor experiencia para nuestros pacientes. La intención de esta política es evitar cualquier malentendido o desacuerdo sobre el pronto pago por servicios profesionales que se le hayan proporcionado.

Queremos informarle que nuestra clínica no ofrece tratamiento médico para lesiones asociados con accidentes laborales o automovilísticos. Para este tipo de servicios será necesario que consiga otro proveedor. Nuestro equipo de atención primaria no trata este tipo de lesiones.

● RESPONSABILIDAD FINANCIERA

El paciente / garante aceptará la responsabilidad total de todos los servicios prestados, incluyendo los que se consideran no cubiertos por su compañía de seguros. Es aconsejable que consulte con su seguro antes de recibir servicios por parte de nuestros proveedores para asegurar que su tratamiento será cubierto.

● PAGO DE SERVICIOS

Usted será responsable de su copago, coaseguro y deducible al momento del servicio. Para su comodidad, aceptamos las siguientes tarjetas de crédito: [MasterCard, Visa, American Express, y Discover] Después del pago por parte de su compañía de seguros si queda un saldo en su cuenta que sea su responsabilidad usted recibirá una factura. El plazo para el pago de la misma es 30 días de la fecha de expedición de la factura. Actualmente, nosotros no cobramos intereses de mora, pero nos reservamos el derecho de enviar el saldo a una agencia de cobros. En caso que mi factura es enviada a una agencia de cobros un cargo adicional de 25% será agregado a la factura.

● Cargos adicionales que no están cubiertos por el seguro

■ Las copias de los registros médicos son \$25 para las primeras 20 páginas y \$0.50 por cada página adicional más gastos de envío. Si se requiere una copia digital el costo son \$25 por menos de 500 páginas y \$50 por más de 500 páginas.

■ Discapacidad o otras formas financieras \$ 25 por cada formulario

■ Se requiere una cita médica para poder diligenciar las formas FMLA en presencia del paciente.

Formas FMLA diligenciadas durante la visita médica tendrá un costo de \$ 25 (el costo es aparte de cualquier copago, coseguro, o deducible por la consulta médica).

■ Se requiere un depósito de \$35 para pacientes nuevos, citas los sábados o después de las 5:00 pm. El remanente del depósito será reembolsado una vez se aplique el copago y otros cargos de la consulta.

■ Tarifa por no cancelar cita con 24 horas de anticipación: (primera ocurrencia) \$35. Tarifa por no cancelar cita con 24 horas de anticipación: (segundo ocurrencia o más) \$50 por evento. (Estos cargos serán facturados a su cuenta si usted no llama para cancelar o reprogramar su cita con 24 horas de anticipación. En caso de que no se presente a 3 visitas se requiere un depósito de \$50 para otorgarle una nueva cita y es posible que nos veamos obligados a dejarle de prestar servicios médicos.)

■ Solicitudes de prescripciones para medicamentos de rutina al proveedor medico de turno después de horas de oficina tendrán un costo de \$25

■ El procesamiento de cartas personales tiene un costo administrativo de \$25 por cada una.

● ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

He leído la política financiera anterior y entiendo mis responsabilidades financieras a San Antonio Family Physicians. Además, autoriza San Antonio Family Physicians para presentar reclamaciones de seguros a mi nombre y para aceptar la asignación de beneficios por los servicios que se me han prestados. Doy permiso para divulgar la información médica necesaria requerida por mi compañía de seguros para fines de pago.

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento del paciente

Firma del paciente

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

NORMAS DE PRIVACIDAD

- **CONTACTOS:** Por favor, enumere las otras personas que usted autoriza para recibir/solicitar su información de salud. Tenga en cuenta que estas personas tendrán acceso completo a su historia clínica.

- **NÚMEROS DE TELÉFONO:** ¿A qué números de teléfono le gustaría recibir llamadas sobre citas, información financiera o medica? [*marque todos los que correspondan*]

___ Teléfono de Casa ___ Teléfono Móvil ___ Teléfono del Trabajo ___ Otro Teléfono: _____

- **MENSAJE DE VOZ:** ¿Autoriza que se deje información médica, financiero o resultados de laboratorio en su contestador automático?

Sí No

- **RECORDATORIO:** ¿Le gustaría recibir recordatorios de citas por

Teléfono Mensaje de Texto Email

RECONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

Como paciente de San Antonio Family Physicians se le ha dado una copia de nuestra política de práctica de privacidad. Después de leer la política firme a continuación como confirmación de recibo. Si tiene alguna pregunta con respecto a la información en nuestro aviso de prácticas de privacidad, por favor hable con nuestro personal quienes estarán encantados de responder a sus preguntas y / o preocupaciones.

Yo, _____, he recibido una copia de la San Antonio Family Physicians aviso de prácticas de privacidad. Entiendo, a menos de que me oponga por escrito, que mi información de salud puede ser revelada por cualquiera de las razones expuestas en el aviso de prácticas de privacidad con fecha 4/14/2003.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Por favor escriba el nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Prescripciones electrónicas / Formulario de Consentimiento de Historia de Medicamentos

Prescripciones electrónicas se definen como la capacidad del médico para enviar electrónicamente de manera precisa y libre de errores. Prescripciones directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar electrónicamente las recetas es un elemento importante en la mejora de la calidad de la atención al paciente. La receta electrónica reduce en gran medida los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización del Medicare (MMA) de 2003 enumera las normas que tienen que ser incluidas en un programa de recetas electrónicas. Éstas incluyen:

- Transacciones del formulario y beneficios - Da la información al médico de los medicamentos que están cubiertos por el plan de beneficios del paciente.
- Historia Medicamentos - Proporciona al médico información sobre los medicamentos que el paciente está tomando con el fin de minimizar el número de eventos adversos de los medicamentos.
- Llenar notificación de estado - Permite al médico recibir una notificación electrónica de la farmacia informándole si la prescripción del paciente ha sido reclamado, no reclamado o parcialmente reclamado.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que San Antonio Family Physicians, puede solicitar y utilizar para propósitos de tratamiento el historial de prescripción de medicamentos de otros proveedores de atención médica y / o pagadores de beneficios de farmacia de terceros.

He leído y comprendido todo lo anterior y también he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción por lo tanto, autorizo a San Antonio Family Physicians, inscribirme en el programa de recetas electrónicas.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Por favor escriba el nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Historial médico del paciente

Por favor proporcione la siguiente información confidencial relacionada con su historial médica. Gracias.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

■ Ocupación _____

■ Los medicamentos actuales? ___ No ___ Sí Por favor enmere: Nombre, dosis, y frecuencia

■ Historial médico. Seleccione las condiciones médicas que apliquen: Sírvanse proporcionar una breve explicación.

	<u>NO</u>	<u>SÍ</u>	Explicación
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangrado / enfermedad de la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad Cardíaca / Soplos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alta Presión Sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Riñón / Urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas Hepáticos / Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastornos nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones o Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas Estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastornos de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras Condiciones Médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

■ Alergias a algún medicamento? ___ No ___ Sí; por favor indique a continuación:

■ Cirugías Previas? ___ No ___ Sí; por favor enumere _____

■ **Historia del embarazo**

Número de embarazos _____

Número de nacidos vivos _____

Número de abortos involuntarios / otro _____

■ **Historia familiar.** ¿Qué condiciones médicas aplican a su familia? Sírvanse proporcionar una breve explicación.

SÍ

Explicación-Relación y la edad al momento del diagnóstico

Artritis	<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>	
Sangrado / Enfermedades de la Sangre	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad Cardíaca / Soplos	<input type="checkbox"/>	
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	
Riñón / Urinario	<input type="checkbox"/>	
Problemas Hepáticos / Hepatitis	<input type="checkbox"/>	
Trastornos nerviosos	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones o Epilepsia	<input type="checkbox"/>	
Problemas Estomacales	<input type="checkbox"/>	
Trastornos de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	
Otras condiciones medicas	<input type="checkbox"/>	

■ **Utiliza productos con tabaco?**

___ No ___ Sí ¿Cuántos paquetes por día? _____

¿Cuántos años en total? _____

■ **¿Bebe alcohol?**

No

Sí

¿Cuantas bebidas a la semana? _____

■ **Actualmente,** Presenta cualquiera de los siguientes síntomas? (Por favor marque los que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oído / Problemas para escuchar | <input type="checkbox"/> Mareo |
| <input type="checkbox"/> Problemas visuales / de los ojos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes o graves |
| <input type="checkbox"/> Nasales / Sinusitis | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Dientes / Problemas de encías | <input type="checkbox"/> Depresión, ataques de llanto |
| <input type="checkbox"/> Ronquera persistente | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva |
| <input type="checkbox"/> Tosiendo sangre | <input type="checkbox"/> Pensamientos aterradores / pesadillas |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria / concentración |
| <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Problemas laborales o familiares |
| <input type="checkbox"/> Dolor o bultos en el cuello | <input type="checkbox"/> Desea ayuda psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho / Opresión | <input type="checkbox"/> Fiebre o escalofríos |
| <input type="checkbox"/> Latido acelerado del corazón | <input type="checkbox"/> Testículos dolorosos |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> Dolor de estómago | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel / el cambio en verrugas o lunares |
| <input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos | <input type="checkbox"/> Fatiga severa |
| <input type="checkbox"/> Ardor de estómago, gases, eructos, distensión abdominal | <input type="checkbox"/> Homígueo entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Poco o excesivo apetito | <input type="checkbox"/> Fatiga severa |
| <input type="checkbox"/> Cambio de peso marcado | <input type="checkbox"/> Temblores / Sacudidas |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento / Diarrea | |
| <input type="checkbox"/> Dolor rectal / Sangrado / Piquiña | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho o bultos | |
| <input type="checkbox"/> Consumo de marihuana o drogas pesadas | |

Certifico que la información anterior es completa y exacta.

Firma del paciente: _____



San Antonio Family Physicians
Consentimiento para el tratamiento por un Profesional Médico Avanzado (PA, AFNP)

San Antonio Family Physicians emplea Profesionales Médicos Avanzados (PA, AFNP) para ayudar a nuestros médicos en la prestación de servicios de atención médica.

Un profesional médico avanzado de familia no es un médico. Un PA/AFNP es un profesional médico registrado que ha recibido la educación y la formación avanzada en la prestación de asistencia de salud. Un PA/AFNP puede diagnosticar, tratar y controlar las enfermedades agudas y crónicas comunes, así como proporcionar atención mantenimiento de la salud. Además, el PA/AFNP puede realizar diversos procedimientos, manejar laceraciones y otras lesiones.

He leído lo anterior, y por este medio consiento a los servicios de un profesional médico de familia avanzado para mis necesidades de atención médica.

Yo entiendo que en cualquier momento me puedo negar a ver a un profesional médico avanzado y solicitar ver a un médico.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____