Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

Información del Paciente				
Apellido,Nombre(s) del Paciente:				Fecha de Nacimiento:
Nombre Legal, si es diferente al antes mencionado:		Apellido de Soltera:	Número de Seguro Social (Requerido):	Sexo: ▢ Masculino ▢ Femenino ▢Otro
Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:	Okay enviar correo electrónico, dejar mensajes de voz, o texto en referencia a citas, resultados de pruebas, referencias, o cualquier otra razón? ▢ Si ▢ No		
Correo Electrónico:				
Dirección del Paciente (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):				
Ocupación:		Empleador:		Teléfono Empleador:

Información de Seguro Primario				
¿Cuenta el Paciente con Seguro? ▢ Si ▢ No		Compañía de Seguros Primaria:		
Titular de la Póliza:	Número de Seguro Social del Titular de Póliza:	Fecha de Nacimiento del Titular de Póliza:	Número de Póliza:	Número de Grupo:
Dirección de Titular de Póliza: ▢ Misma antes mencionada ▢ Dirección:				
Relación del Paciente con Titular de Póliza: ▢ El Mismo ▢ Cónyuge ▢ Hijo(a) ▢ Otro				
Información de Seguro Secundario				
El Paciente cuenta con Seguro Secundario? ▢ Si ▢ No		Compañía de Seguros Secundaria:		
Titular de la Póliza:	Número de Seguro Social del Titular de Póliza:	Fecha de Nacimiento del Titular de Póliza:	Número de Póliza:	Número de Grupo:
Dirección del Titular de Póliza: ▢ Misma antes mencionada ▢ Dirección:				
Relación del Paciente con Titular de Póliza: ▢ El Mismo ▢ Cónyuge ▢ Hijo(a) ▢ Otro				

Autorización Para Revelar Información Médica / Contacto de Emergencia

¿Desea usted que Pro-Care Medical Center, y sus empleados, puedan discutir temas médicos o financieros con algún miembro de su familia o algún otro contacto de emergencia? Este permiso será válido indefinidamente y será revocado solo por escrito. Si es así, favor de especificar a quién y cuál información. Usted puede discutir temas financieros o sobre mi cuidado médico con las siguientes personas:

INFORMACIÓN QUE PUEDE DISCUTIR	Nombre	Relación	Número Teléfonico	¿Agregar como contacto de Emergencia?
_____FINANCIERA _____CUIDADO MEDICO				SI NO
_____FINANCIERA _____CUIDADO MEDICO				SI NO

¿Algún otro Contacto de Emergencia? (Nombre y Número Teléfonico): _____

Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

Permiso para Tratamiento, Aviso de Política de Prácticas de Privacidad, y Políticas Financieras

Al firmar este permiso, Autorizo a mi médico y/o otras personas que él o ella considere apropiado para realizar exámenes, pruebas, procedimientos, y cualquier otro cuidado que considere necesario o aconseje para el diagnóstico y tratamiento de mi condición médica. Este permiso es válido para cada visita que haga a Pro-Care Medical Center al menos que sea revocado por escrito por mi. Yo entiendo que el consultorio utiliza grabación de audio de los encuentros con pacientes y de vez en cuando video en vivo sin grabación del tratamiento de rehabilitación solamente para propósitos dentro del consultorio y doy mi autorización para la grabación de audio y video en vivo sin grabación de mis encuentros como paciente para este propósito.

Por favor esté informado de que la ley de Texas permite que al paciente se le realice una prueba por posible exposición al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) , el virus asociado con el SIDA, en las siguientes situaciones: 1) para analizar sangre, productos de sangre, órganos o tejidos para determinar su aptitud para donación; 2) Si otro individuo es accidentalmente expuesto a sangre o fluidos de sangre de un paciente, tal y como por medio de una jeringa (cualquier prueba debe ser conducida conforme al protocolo de enfermedades infecciosas del Pro-Care Medical Center's); o 3) si un procedimiento médico o quirúrgico será realizado en el cual trabajadores del cuidado de la salud podrían estar en contacto con sangre o fluidos de sangre del paciente. Esta declaración es para informarle que usted podría ser analizado, a costo de Pro-Care Medical Center si alguna de estas situaciones se presentaran a lo largo del periodo de su tratamiento.

Permiso para Tratamiento de un Menor (Menor de 18 años)
Doy mi autorización a esta oficina para administrar los servicios que considere necesarios para el o la menor,_____ . Mi relación con el o la menor es _____ .

Un **Aviso de Prácticas de Privacidad (PDP)** estará disponible para todos los pacientes. Este Aviso de Prácticas de Privacidad identifica: 1) como su información médica puede ser usada o revelada; 2) sus derechos a acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar un una contabilización de revelaciones de su información médica, y solicitar restricciones a nuestros usos y revelaciones de esa información; 3) sus derechos a reclamar si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados; y 4) nuestras responsabilidades de mantener la privacidad de su información médica.

El suscrito certifica que el/ella ha leído lo anterior, tiene acceso a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y es el paciente, o el representante personal del paciente.

Como parte de nuestra relación profesional, es importante que usted comprenda nuestra política financiera.

- Es su responsabilidad proporcionarnos su información de seguros y su información de facturación actualizadas.
- Debemos destacar que, como proveedores médicos, nuestra relación es con usted, el paciente, y no con su compañía de seguros. Su seguro es un contrato entre usted, su compañía de seguros, y posiblemente su empleador. Es su responsabilidad conocer y entender el nivel de servicios cubiertos por su compañía de seguros.
- Si usted tiene alguna cobertura de Medicaid, deberá notificarnos antes de su visita. Esto es parte de su acuerdo con Medicaid y la falta de notificación acerca de su cobertura de Medicaid resultará en total responsabilidad financiera por los servicios recibidos.
- Podríamos aceptar la asignación de seguro después de verificar su cobertura. Favor de estar consciente de que algunos o tal vez todos los servicios prestados podrían no ser cubiertos en su totalidad por su compañía de seguros. Usted será financieramente responsable por los servicios no cubiertos por su compañía de seguros.
- Nosotros cobramos lo que es usual y es costumbre en nuestra área. Usted es responsable de los pagos independientemente de la determinación arbitraria de alguna compañía de seguros en cuanto a lo que es una tarifa usual o de costumbre.
- Los copagos, coaseguros y/o deducibles se vencen en el momento del servicio . Estimaremos la cantidad que usted debe basado en la información que recibamos de su compañía de seguros. Sin embargo, usted es responsable de pagar la totalidad determinada por su compañía de seguros una vez ellos hayan pagado su reclamo - Sin importar nuestro estimado.
- Le enviaremos un estado de cuenta (a la dirección que usted proporcione) notificando de cualquier balance que usted deba. Si tiene preguntas o desea discutir la validez de este estado de cuenta, es su responsabilidad contactar a nuestra oficina dentro de los 30 días después de recibir el estado de cuenta inicial. Puede llamar al (512) 371-7478 o al (210) 881-0630.
- El pago se vence en su totalidad al momento de recibir su estado de cuenta. Los balances de los pacientes que no hayan sido liquidados en su totalidad dentro de los 30 días de la fecha de emisión del estado de cuenta, serán considerados como vencidos. Las cuentas vencidas serán referidas a una agencia profesional de cobros y/o a un abogado para ser cobradas. Usted es responsable de pagar todo los gastos incurridos, incluyendo honorarios de abogado y de tribunal si estos aplican.
- Si no le es posible pagar el balance en su totalidad, usted deberá contactar nuestra oficina de pagos para llegar a un acuerdo de calendario de pagos. Cualquier cargo por pagos atrasados incurridos en balances vencidos serán incluidos en cualquier acuerdo mutuo al hacer los arreglos. Si usted no cumple en hacer los pagos de acuerdo a lo acordado, su cuenta será referida a una agencia profesional de cobros y/o un abogado. Usted será responsable de pagar todos los gastos incurridos, incluyendo honorarios de abogado y tribunal si estos aplican.I
- En caso de que usted envíe un pago por medio de cheque y el banco regrese dicho cheque por cualquier razón, se agregará $35.00 a su balance original. Además, podríamos buscar remedios legales adicionales que nos provea la Ley de Texas.

Se podría cobrar una cuota si usted no se presenta, cancela, o reprograma su cita con menos de un día hábil completo de anticipación. Las cuotas por cancelación son $40 por citas para MD/DO/FNP, $20 por citas para DC/Ideal Protein, y $200 por citas para cualquier especialista/procedimiento.

Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

Mi firma indica que he leído y comprendido el Permiso para Tratamiento, Política de Prácticas de Privacidad y Políticas financieras en su totalidad.

Firma del Paciente	Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente o Representante Legal	Relación del Representante	Fecha

Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

Asignación de Beneficios y Autorización de Pago Directo

Asignación de Beneficios, Asignación de Derechos para Beneficiarse por el Plan ERISA y Obtener Otros Reclamos Legales y Administrativos Asociados con mi Seguro de Salud y/o Plan de Beneficio de Salud (Incluyendo Incumplimiento del deber fiduciario), Designación de Representante Autorizado y Autorización de Pago Directo.

Por medio de la presente, yo asigno y transmito directamente a Pro-Care Medical Center (también operando como Injury Medical Group y Injury Diagnostic Services), como mi representante autorizado, todo los beneficios médicos y/o reembolsos de seguro, si existe alguno, de lo contrario pagadero a mi persona por servicios, tratamientos, terapias, y/o medicamentos prestados o proporcionados por Pro-Care Medical Center (En adelante referido a Pro-Care Medical Center, Injury Medical Group y Injury Diagnostic Services), Independientemente del estatus de participación en su red de cuidados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos independientemente de cualquier seguro que aplique o de pagos de beneficios. Por medio de la presente autorizo a Pro-Care Medical Center a revelar toda la información médica necesaria para procesar los reclamos. En adelante, por medio de la presente autorizo a mi administrador de plan fiduciario , asegurador y/o abogado para revelar todo los documentos del plan,resumen de la descripción de beneficios, póliza de seguro, y/o información de indemnización que sea solicitada por escrito por parte de Pro-Care Medical Center o sus abogados con la intención de reclamar dichos beneficios médicos.

Además de la asignación de beneficios médicos y/o reembolsos de seguro antes mencionados, yo asigno y/o transmito al proveedor de cuidados de salud antes mencionado cualquier reclamo legal o administrativo o decisión a tomar bajo cualquier grupo de plan de salud, beneficios de empleado, plan, seguro de salud o seguro de agraviado concerniente a gastos médicos incurridos como resultado de servicios médicos, tratamientos, terapias y/o medicaciones que yo reciba de parte de Pro-Care Medical Center (incluyendo cualquier derecho a perseguir esos reclamos administrativos o legales o elegir un plan de acción). Esto constituye una asignación expresa y consciente de reclamos por incumplimiento del deber fiduciario de ERISA y otros reclamos legales y administrativos.

Por medio de la presente asigno y designo a Pro-Care Medical Center como representante autorizado, mi intención es transmitir todos mis derechos de reclamo (o poner un gravamen sobre) los beneficios médicos relacionados a los servicios , tratamientos, terapias, y/o medicaciones proporcionadas por Pro-Care Medical Center, incluyendo los derechos a cualquier indemnización , seguro o aplicación legal o remedios administrativos (incluyendo daños derivados de reclamos por incumplimiento del deber fiduciario de ERISA). Al representante asignado o designado (Pro-Care Medical Center) le he otorgado el derecho para (1) obtener información relacionada con el reclamo en la misma medida que yo; (2) enviar evidencia; (3) hacer afirmaciones acerca de hechos o leyes; (4) Hacer cualquier solicitud incluyendo proveer o recibir aviso de procedimientos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y procurar reclamos o elegir un plan de acción o derechos contra cualquier parte, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de cuidados de la salud o administrador de plan responsable. Pro-care Medical Center como mi representante asignado y autorizado puede presentar demandas en mi nombre en contra de cualquier plan de beneficios para la salud, plan de beneficios para empleados, administrador de plan, o compañía de seguros con posición derivada con cargos al proveedor.

A menos que sea revocada, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales bajo la PPACA (Legislación de la Reforma de Cuidados de Salud) , ERISA, Medicare y leyes federales y estatales aplicables. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada válida, de la misma manera que una original.

PACIENTES CON LESIONES PERSONALES: Por medio de la presente dirijo a cualquiera y todas las partes de la compañía de seguros a realizar pagos directos a Pro-Care Medical Center por todos los servicios, artículos y/o suministros otorgados a mi persona o miembros de mi familia por y en relación a mi cuidado en Pro-Care Medical Center. Yo elijo renunciar al uso de mi propio seguro de gastos médicos, si algún seguro de gastos médicos está disponible, a fin de preservar mis beneficios de cuidados de salud. Yo solicito que todos mis recibos médicos sean facturados únicamente a la parte tercera responsable, UIM y/o PIP. A mi compañía de seguros solo se le facturará a la discreción de Pro-Care Medical Center.

Firma del Paciente | Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente/Representante Legal | Relación del Representante | Fecha

Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

LA RAZÓN DE SU VISITA EL DÍA DE HOY o cualquier preocupación que quisiera comentar con su doctor

Por Favor Mencione **SUS MEDICAMENTOS ACTUALES**:

Nombre del Medicamento	**Dosis** (ej, miligramos)	**Indicaciones** (ej, 1 tableta diaria)

Por Favor Mencione sus **ALERGIAS** a medicamentos/comidas:

Alergia	**Tipo de Reacción** (ej, erupción, náusea)

Por favor Proporcione su **HISTORIAL DE INMUNIZACIÓN:**

	Si	**No**	**Fecha**		**Si**	**No**	**Fecha**
Tétanos-Difteria Refuerzo				Vacuna Contra Hepatitis A			
Vacuna contra Influenza (gripe)				Vacuna Contra Hepatitis B			
Vacuna Contra Neumococo				Virus del Papiloma Humano (VPH)			
Tuberculosis (TB) Prueba en la Piel				Vacuna Contra Varicela			

Por Favor Proporcione su **HISTORIAL MÉDICO** (seleccione todo lo que aplique):

____ Alergias
____ Anemia
____ Angina (Dolor de Pecho)
____ Ansiedad
____ Artritis
____ Asma
____ Fibrilación Auricular
____ HPB (Agrandamiento Prostático))
____ Cuagulos
____ Cancer, tipo_____
____ ACV (Derrame cerebral)
____ EPCO (Enfisema)
____ EAC (Enfermedad del Corazón)
____ Enfermedad de Crohn
____ Depresión
____ Diabetes
____ Enfermedad de la Vesícula
____ GERD (Reflujo)
____ Hepatitis C
____ Colesterol Alto
____ Alta Presión Arterial
____ Síndrome de Colon Irritable
____ Enfermedad del Hígado
____ Migraña/Dolor de Cabeza
____ MI (Ataque al Corazón)
____ Osteoartritis
____ Osteoporosis
____ Enfermedad de Úlcera Péptica
____ Enfermedad renal (Riñones)
____ Trastorno Convulsivo
____ Enfermedad Tiroidea
____ **Otro:** _____

Por favor mencione sus **CIRUGÍAS** si ha tenido alguna e indique el **mes/año si es posible:**

____ Angioplastia
____ Angioplastia con stent
____ Apendice
____ Artroscopia de Rodilla
____ Cirugía de Espalda
____ CABG (Cirugía a Corazón Abierto))
____ Liberación del Túnel Carpiano
____Cataratas
____ Colecistectomía (vesícula biliar)
____ Colectomía (extirpación de colon))
____ Colostomia
____ Bypass Gastrico
____ Reparación de Hernia
____ Reemplazo de Cadera
____ Reemplazo de Rodilla
____ LASIK
____ Biopsia de Hígado
____ ORIF (Reparación Hueso Fracturado)
____ Marcapasos
____ Resección de Intestino Delgado
____ Tiroidectomía
____ Amigdalectomía

Hombres:
____Prostatectomía
____ Resección Transuretral
____ Vasectomía

Mujeres::
____ Ligadura de Trompas
____ Biopsia de Seno
____ Cesarea
____ Dilatación y legrado
____ Histerectomía
____ Mastectomía
____ Reducción de Senos
____ Aumento de Senos

Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

Por Favor Proporcione **DATOS ADICIONALES SOBRE SU HISTORIAL MÉDICO Y CIRUGÍAS:**

_____

_____

Por Favor proporcione su **HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:**

	MADRE	PADRE	HERMANA	HERMANO	OTRO		MADRE	PADRE	HERMANA	HERMANO	OTRO
ADD/ADHD						Enfermedad del Corazón					
Alcoholismo						Enfermedad de Corazón Prematura (Hombre <55años, Mujer <65años)					
Alergias						Colesterol Alto					
Alzheimer						Alta Presión Arterial					
Asma						Enfermedad Colon Irritable					
Cuagulos						Discapacidad de Aprendizaje					
Enfermedad Sanguínea						Enfermedad Mental					
Cancer, Tipo_____						Migraña					
Embolia						Obesidad					
Depresión						Osteoartritis					
Retraso en El Desarrollo						Osteoporosis					
Diabetes						Enfermedad Renal					
Eczema						Convulsiones					
Deficiencia Auditiva						Otro:					

Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

Por Favor Proporcione su **HISTORIAL SOCIAL:**	**SOLO MUJERES:**
¿Fuma? Si No Anteriormente Tipo de Tabaco: _____ Paquetes/Día: _____ Años Fumando: _____ Año en que dejó de Fumar: _____ ¿Ha tratado de dejar de fumar? Si No ¿Consume bebidas alcohólicas? Si No Anteriormente Tipo de Alcohol: _____ Frecuencia: _____ Cantidad: _____ Fecha de Último consumo: _____	Edad de su Primer Período: _____ Fecha de su Último Período: _____ Fecha de su Último Mamograma:_____ Fecha de su Último Papanicolau: _____ ¿Historial de Papanicolau anormal? Si No ¿Cuando? _____ ¿Son regulares sus Períodos? Si No ¿Son dolorosos sus Períodos? Si No Su flujo es: Normal Abundante Ligero Manchas # de Embarazos: _____ # de hijos(as): _____ # abortos espontaneos: _____ #de abortos: _____

Revisión de sistemas: Por favor marque todas las que apliquen:

Constitucional	Fiebre/Escalofríos, Pérdida de Peso, Aumento de Peso, Problemas para Dormir, Fatiga/Malestar, Exposiciones,, Viajes Recientes, Otro(s):
Oído/Nariz/ Garganta/Boca	Dolor de Garganta, Problemas de Oído, Masa, Dolor Oído Izquierdo, Dolor Oído Derecho, Tinnitus, Resfriados Frecuentes, Congestión Nasal, Escurrimiento Nasal, Úlceras de Boca, Encías Sangrantes, Dolor Dental, Ronquera, Estornudos, Drenaje De Oído, Escurrimiento Post Nasal, Otro(s):
Ojos	Visión Borrosa, Doble Visión, Pérdida de Visión, Ceguera, Dolor, Lentes, Contactos, Enrojecimiento, Ojos que Pican, Inflamación, Fotofobia (Sensibilidad a la Luz), Descarga, Otro(s):
Cardiovascular	Dolor de Pecho, Dificultad para Respirar, Inflamación, Palpitaciones, Desmayos, Soplo Cardiaco, Alta Presión Arterial, Calambres en las Piernas, Ortopnea (Dificultad para Respirar al Permanecer Acostado), Edema Periférico, Otro(s):,
Respiratorio	Sibilancias, Falta de Aliento, Tos, Esputo (Flema en los Pulmones), Disnea de Esfuerzo (Dolor Respiratorio al estar en Actividad), Hemoptisis (Sangre en Flema), Ronquidos, Dolor al Respirar, Dificultad para Respirar, Otro(s):
Gastrointestinal	Naúsea, Vomito, Dolor Abdominal, Cambios en Habitos Intestinales, Diarrea, Estreñimiento, Melena (Heces oscuras), Hematemesis (Sangre en Vomito), Hematoquecia (Sangre Roja en Heces), Dolor Anal, Flatulencia Excesiva, Acidez/indigestión, Pérdida de Apetito, Dificultad para Tragar, Distensión/Plenitud, Otro(s):
Genitourinario	Incontinencia, Descarga Vaginal, Períodos Dolorosos, Coito Doloroso, Fibroides, Infertilidad, Hematuria de Urgencia (Sangre en la Orina), Nicturia (Orina Excesiva Durante la Noche), Cambios en Deseo Sexual, Flujo Urinario Deficiente, Goteo de Orina, ITU Frecuentes, Sangrado Anormal, Alteraciones en Olor/Color de la Orina), Cambios en la Frecuencia (De Micción), Llagas Genitales, Inflamación, Hernia, Picazón Vaginal, Erupción, Irregularidad Menstrual, Sintomas Premenstruales, Edad de la Menarquía (Edad Anormal en el Primer Período), Síntomas de Menopausia, Exposición a ETS/Coito sin Protección, Sexualidad (LBGTQ), Otro(s):

Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

Musculoesqueléticoextremidades	Dolor de Articulaciones, Rigidez Articular, Debilidad Muscular, Dolor Muscular, Movimientos Limitados, Edema, Deformidad, Otro(s):
Piel/Cabello/Uñas	Erupción, Cambios en Lunares, Pigmentación/Cambio de Color, Lesiones/Llagas, Hirsutismo (Vello Facial Femenino), Pérdida de Cabello, Cambios en Textura de Cabello, Piquetes de Insecto, Cambios en uñas, Lesiones en Uñas, Lesiones en Cuero Cabelludo/Erupción, Quemaduras, Acne, Urticaria, Otro(s):
Neurologicos	Mareos, Convulsiones/Movimientos Involuntarios, Entumecimiento/Hormigueo, Dolores de Cabeza, Temblores, Disartria (Lenguaje poco claro), Desmayos/ Pérdida de Conocimiento, Desorientación, Parálisis, Vértigo, Pérdida de Memoria, demencia, Otro(s):
Psiquiatricos	Depresión/Llanto, Ansiedad/Preocupación, Pensamientos Suicidas, Pensamientos Homicidas, Deterioro Cognitivo, Cambios de Humor, Humor Explosivo, Estrés, Cambios en Comportamiento, Problemas en la Escuela. Alucinaciones, escuchar Voce, Otro(s):
Endocrinos	Glucosa Alta, Intolerancia al Frío/Calor, Poliuria (Cambios en el Volumen de la Orina)), Polidipsia (Sed Excesiva), Sudoración Excesiva, Problemas de Crecimiento, Uso de Esteroides, Polifagia (Hambre Excesiva), Sofocos, Otro(s):
Linfáticos	Glándulas Inflamadas, Moretones con Facilidad, Sangrado de Nariz Crónico, Anemia, Múltiples Transfusiones de Sangre, Otro(s):