

REGISTRO DEL PACIENTE ADULTO

Fecha de hoy:			
Información de Paciente			
Primer nombre y apellido		Idioma preferido	
Dirección		Ciudad, Estado	Código postal
Teléfono (Casa)	Teléfono (Celular)	Teléfono (Trabajo)	Correo electrónico
Fecha de nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Preferencia de contacto:			
<input type="checkbox"/> Teléfono (Casa) <input type="checkbox"/> Teléfono (Celular) <input type="checkbox"/> Teléfono (Trabajo) <input type="checkbox"/> Correo electrónico			
Su selección nos da permiso para contactarlo.			
Nombre de su empleo/escuela			
Contacto de emergencia		Relación	Teléfono
Como se entero usted de nuestra oficina?			
Responsabilidad Financiera			
La persona responsable de la cuenta		Relación al paciente	
Dirección (si es diferente)		Ciudad, Estado	Código postal
Teléfono (Casa)	Teléfono (Celular)	Teléfono (Trabajo)	Empleo
Fecha de nacimiento	Seguro social	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Seguro Primario: HMO or PPO or Medicare or Medicaid (circule uno)			
Nombre de su seguro		Teléfono de su seguro	
Dirección de la seguro		Ciudad, Estado	Código postal Licencia de conducir #
Nombre del asegurado		Número de identificación	Número de grupo
Relación al paciente		Fecha de nacimiento	Seguro social

Seguro Secundario: HMO or PPO or Medicare or Medicaid (circule uno)			
Nombre de su seguro	Teléfono de su seguro		
Dirección de la seguro	Ciudad, Estado	Código postal	Licencia de conducir #
Nombre del asegurado	Número de identificación	Número de grupo	
Relación al paciente	Fecha de nacimiento	Seguro social	

Consentimiento de Tratamiento

Yo autorizo tal cuidado médico, tratamiento o pruebas de diagnóstico como puede ser recomendado y entiendo que no hay garantía de resultado. Este se quedará vigente hasta que retire mi consentimiento por escrito.

Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____

Razón de la Visita

Historia Medica

Alergias (Medicina, Comida, Etc.):

--

Cirugías/Hospitalizaciones Y Fechas:

Quando Fue Su Último

Mamograma (35 años)	Auto examen de seno	Auto examen testicular
---------------------	---------------------	------------------------

Historial de Vacunas

Vacuna de Difteria/tétano	Vacuna de la influenza	Vacuna de neumonía
---------------------------	------------------------	--------------------

Medicamentos Actuales:

Medicina	Empezó	La dosis	El propósito



Historial Médico Familiar (Circule Si o No) Algún Familiar Suyo Ha Tenido (Madre, Padre, Hermanos):

Cáncer:	Si	No	Problemas de Corazón	Si	No
Diabetes:	Si	No	Presion Alta	Si	No

Ha Padecido Algo de lo Siguiente (Circule Sí o No):

S	N	Presion Alta	S	N	Anemia
S	N	Diabetes	S	N	Flebitis
S	N	Glaucoma	S	N	Moretones Anormal
S	N	Dolores de Cabeza	S	N	Sangramiento Anormal
S	N	Enfermedad/Lesiones en los Ojos	S	N	Cáncer
S	N	Infecciones En Los Oidos	S	N	Ulcera Digestiva
S	N	Asma	S	N	Problemas de la Vesícula Biliar
S	N	Dolor de Pecho	S	N	Hepatitis/Ictericia
S	N	Falta de Respiración	S	N	Sangre en la popo
S	N	Sangramiento Excesivo Después de Cirugía o Extracción de Dientes	S	N	Hemorroides
S	N	Artritis	S	N	Cambio en la popo
S	N	Neumonía	S	N	Retortijones/Dolor Abdominal
S	N	Soplo en el Corazón	S	N	Problemas de Riñón/Piedras en el Riñones
S	N	Tarda en Cerrar las Heridas	S	N	Pensamientos de suicido
S	N	Enfermedad de la Tiroides	S	N	Dificultad al Orinar
S	N	Dificultad para Dormirse	S	N	Problemas de la Próstata
S	N	Convulsiones	S	N	Dolor o Inflamación de los Testículos
S	N	Sensación de Adormecimiento/Hormigueo	S	N	Sangre en la Orina
S	N	Desmayos	S	N	Otro: _____
S	N	Mucha sed ultimamente			

Ginecología:

Fecha de su última menstruación	Número de embarazos
Fecha de su prueba de papanicolaou	Algún aborto

Fuma o ha fumado alguna vez? Si No # Número de Cigarrillos por día _____ #Años _____

Toma bebidas Alcoholicas? Si No # Número por Semena _____

Usa Drogas? Si No

Firma de Padres: _____ Fecha: _____

Médico Revisado: _____ Fecha: _____

ANCOR HEALTH CENTER, PA POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir a Ankor Health Center como su proveedor del cuidado médico. Una hoja de información del paciente y información actual del seguro médico se requiere antes de ver al médico. Es su responsabilidad de informarle a nuestra oficina cualquier cambio que implica estos documentos.

Los siguientes son nuestros requisitos para el pago de servicios médicos:

El relación con el honorario para los servicios del paciente

Requerimos el pago por completo para los servicios proporcionados a los pacientes sin seguro. El pago se puede hacer por el efectivo, el cheque, el money order, o tarjeta de crédito. Habrá un cobro adicional de \$30.00 si un cheque es regresado por fondos insuficientes.

En relación con las aseguranzas

Aceptaremos la asignación de ventajas de su seguro primario y de un otro seguro. Una copia de sus tarjetas del seguro es requerida por nuestra oficina, y cualquier cambio se debe traer a nuestra oficina. Si su política tiene un deducible un copago hacer ese pago a la hora de servicio. Al no proporcionar a la oficina la información actual del seguro médico, la factura será puesta en balance y será responsable del paciente para pagarla. **La falta de proveer de nuestra oficina la información actual de seguro que esa lleva al no page de la compañía de seguros dará lugar al equilibrio que es transferido a la responsabilidad paciente.**

En relación con servicios no cubiertos

Tenga entendido que el Medicaid y algunas compañías de seguros consideran ciertos servicios no cubiertos, por lo tanto, usted tendrá que pagar estos servicios.

En relación con regimenes de seguros donde estamos abastecedor participante

Todo co-pago y los deducibles serán colectados a la hora del servicio.

Tarifas habituales

Nuestra práctica está confiada a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y acuerdo en nuestra área y acuerdo seguir los términos de esta política financiera.

He leído y estoy de acuerdo en seguir los términos de esta política financiera.

Firma de Padres

Fecha



FONDOS INSUFICIENTES (NSF)

El centro médico de Ankor cobrará lo mínimo de \$30.00 por cualquier pago que haya sido devuelto como fondos no suficientes (NSF). El centro médico de Ankor notificará a la persona responsable del chequeo sin fondos por correo. La persona responsable tiene siete días hábiles para pagar la tarifa de \$30.00 a Ankor Health Center. Si no se ha pagado, la tasa no suficiente se aplicará al saldo de la persona responsable. Si ha ocurrido, un fondo insuficiente, Ankor Health Center ya **no aceptará cheques** de la parte responsable.

Imprimir el nombre de la persona responsable _____ Fecha _____

Firma del nombre de la persona responsable _____

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____ reconozco que he leído y entiendo el aviso de las prácticas de
Nombre del Guardián

privacidad dado a mi este _____ día de _____ Mes, 20 _____.
Año

Firma: _____

Nombre del Paciente: _____

Testigo: _____

CONSENTIMIENTO PARA DAR INFORMACIÓN MÉDICA A SUS AMIGOS Y FAMILIA

Si desea tener ciertos miembros de su familia o otras personas que puedan recibir su información personal de la salud en su nombre, debe proporcionar su información a continuación. Valoramos su privacidad y le pedimos que nos ayude a identificar la persona con quien le gustaria que hablemos sobre su información médica.

Por favor identifique a la persona que usted desee Ankor Health Center pueda discutir su información médica:

DOY PERMISO a Ankor Health Center para dar mi información acerca de mi salud médica y arreglos de pago. A los miembros de mi familia y a la persona(s) que he nombrado a continuación:

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Relación: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

* Si el paciente es menor de edad (_____ años de edad)* O no puede dar su consentimiento (escriba la razon):

Firma del representante de parte del Paciente: _____ Fecha: _____

Autoridad legal para actuar en nombre del paciente: _____



***** Sólo para uso de oficina *****

Revisado por : _____

AUTORIZACIÓN PARA EL LANZAMIENTO DE LOS RÉCORDS

Autorizo:

Clinica médica anterior o doctor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

El número de fax: _____

Para liberar información a:

Ankor Health Center, PA
818 N. Fourth St.
Longview, TX 75601
(903) 236-8600
Fax (903) 236-8605

Nombre del paciente

Número de Seguridad Social

Fecha

Fecha de Nacimiento

Circule: Masculino o Femenina

Información que se puede recibir/circule:

_____ Examinación Inicial

_____ Resumen de la Descarga

_____ Notas de Progreso

_____ Notas de la Oficina

_____ Notas de Procedimientos

_____ Todo El Expediente



INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información anterior se divulga para el siguiente propósito y ese propósito solamente, otro uso está prohibido: Establecer atención con ANCOR HEALTH CARE CENTER. Todos los registros médicos relacionados con el ambulatorio de mi condición, incluyendo, pero no limitado a pruebas psicológicas, SIDA o anticuerpos contra el VIH. Esta autorización expirará (30) días a partir de la fecha de evento o condición de la siguiente manera:

Firma del paciente/representante: _____

Relación al paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

AUTORIZACION DE HIPAA PARA EL CONSENTIMIENTO/USO DE FOTOGRAFÍAS

Anchor Health Center, PA (Anchor) siempre está satisfecho cuando los pacientes están dispuestos a comunicar las historias, experiencias e información sobre su tratamiento recibido con nosotros. Compartir su historia puede ayudar a otras personas que están interesadas en saber más acerca de los servicios al paciente proporcionados por Anchor y puede ayudar a Anchor a promover su misión de proporcionar una excelente atención médica.

Anchor respeta la privacidad de nuestros pacientes, visitantes y personal. Garantizar que la información médica se mantenga confidencial es una de nuestras prioridades más altas. Anchor busca su permiso para permitirnos tomar y utilizar material fotográfico de usted en las comunicaciones internas y externas de Anchor, incluidas las publicaciones médicas y de interés general y la información médica y educativa del paciente, y distribuir dichos materiales en línea, impresos y en medios de comunicación (como periódicos y revistas).

Para asegurarse de que Anchor está actuando de acuerdo con sus deseos, y utilizando su información personal con su autorización, le pedimos que rellene y firme este formulario. Anchor conservará una copia de su permiso por escrito en el archivo.

- Doy mi permiso para que Anchor use mi nombre o el de mi hijo y comparta detalles de mi tratamiento y experiencia como paciente en comunicaciones producidas por o en nombre de Anchor, y consiento tomar y hacer uso de mis imágenes fotográficas y/o de mi hijo en publicaciones producidas por o en nombre de Anchor. Este permiso se extiende tanto a las versiones electrónicas en los sitios web de Anchor y otras aplicaciones de Internet\electrónicas, así como a la impresión.
- Doy mi permiso para que Anchor libere mi nombre y los detalles de su atención médica a las noticias y los medios electrónicos, incluyendo, pero no limitado a, publicaciones en Internet\en línea, televisión, radio, periódicos y/o revistas, y permitir que los medios de comunicación tomen imágenes (digitales o de otro tipo) de mí o de mi hijo con el propósito de ilustrar mi tratamiento y experiencia como paciente de Anchor.

Puede solicitar una copia de esta autorización **verbalmente con el Departamento de Registros Médicos, y/o solicitar que se la envíe por correo.** Entiendo que no tendré derecho a ningún pago u otra forma de remuneración como resultado de cualquier uso de cualquier información y material fotográfico.

Soy consciente de que mi información médica protegida existirá para siempre en la versión impresa, y/o electrónica u otra versión que pueda desarrollarse con el tiempo y que una vez que se publique o divulgue en cualquier forma seguirá utilizándose. Entiendo que la información sobre mí o mi hijo utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del receptor y ya no estará protegida por las regulaciones federales que protegen la privacidad de la información de salud de un individuo bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") y otras leyes federales y estatales aplicables.

Entiendo que puedo revocar o retirar este permiso en cualquier momento para prohibir el uso futuro de mi información. Para hacerlo, debo enviar una notificación por escrito al Centro de Salud de Anchor al 818 N. Fourth Street Longview, TX 75601. Entiendo que Anchor, así como otras personas o entidades, conservará copias de dichas versiones electrónicas o impresas y conservará estas versiones para siempre y que cualquier revocación de esta autorización sólo se extenderá a las versiones de la información bajo el control de Anchor que no hayan sido publicadas previamente. Si no lo recojo\retraje por mí, esta autorización expira diez (10) años a partir de la fecha en que la firmo.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____



DESIGNATION OF PERSONAL REPRESENTATIVE

I. WHY THIS FORM?

As required by the Health Informatino Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule, you have a right to designate a person to act on your behalf with respect to your protected health information (PHI). By completing this form, you are informing us of your wish to designate the named person as your personal representative.

Patient Name: _____ Address: _____

Date of Birth: _____ Telephone Number: _____

—

II. Designation of Personal Representative.

At my request, I hereby name the following individual as my personal representative.

Designee Name: _____

Designee Phone Number: _____

Relationship to Patient/Member: _____

III. I authorize the named Designee to have access to my Protected Health Information in order to do the following related to my healthcare (check each box that applies):

- Make, change, or confirm appointments
- Sign the Request to Obtain a Copy or Authorization for the Use or Disclosure of Health Information form to request a release of my records and/or copies
- Speak with a physician regarding the coordinatino of my care
- Speak with the Financial Department regarding billing.
- Grant proxy access to my patient portal
- Other: _____

IV. Expiration of Designation (optional). Check the box and list the date for expiration.

Date: _____

V. Designation Signatures

Patient Signature	Printed Name	Date

Witness Signature (optional)	Printed Name	Date

VI. Revocation Section.

I understand that I mau revoke this designation at any time by signing the revocation section of this form and returning it to Ancor Health Center facility where I received services. I further understand that any such revocation does not apply if the person authorized to use or disclose my protected health information have already acted on my behalf.

Patient Signature	Printed Name	Date

Witness Signature (optional)	Printed Name	Date



818 N. Fourth St. Longview, TX 75601

P: (903) 236- 8600

Para representantes personales, proporcione lo siguiente:

_____ represento que soy el agente de atención médica/tutor/sustituto /padre del paciente de arriba.

(introduzca su nombre)

(circule uno de los anteriores)

Firma de Representante Personal: _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

*** Si usted es el agente o tutor de atención médica, proporcione una prueba de su autoridad para actuar en nombre del paciente. .**



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS



(Escriba claramente en letra de molde)

Form fields for personal information: Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Fecha de Nacimiento, Teléfono, Correo electrónico, Género (Femenino/Masculino), Dirección, Apartamento # / Edificio #, Ciudad, Estado, Código Postal, Condado, Nombre de la Madre, Apellido de soltera de la madre

El Registro de Inmunización de Texas es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación con fines de salud pública...

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o entidades autorizadas

Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en el ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán por ley acceso a ella...

La ley estatal permite la inclusión en el ImmTrac2 de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos (mayores de 18 años). Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia médica...

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted un socorrista o un familiar directo de este.

Form fields for emergency responder status: [] Soy un SOCORRISTA, [] Soy FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mi información en el registro de vacunación de Texas.

La persona (o el representante legalmente autorizado de la persona): Nombre en letra de molde

Fecha Firma

Notificación de privacidad: con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com

Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group • MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.