

PACIENTE NUEVO

Favor de escribir en letra de molde

Método de pago: Efectivo __ Tarjeta de Crédito __ Cheques __

Masculino: __ Femenino: __

Nombre Completo: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ #Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero De Teléfono: () ____ - ____ Casado __ Soltero __ Viudo __ Divorciado __

Referido Por: _____ Medico Anterior: _____

En caso de emergencia, nombra dos familiares o amistades que puédanos contactar, que no vivan con usted.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: () ____ - ____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: () ____ - ____

Ocupación: _____

Numero De Celular: () ____ - ____

Empleador del paciente: _____ Teléfono: () ____ - ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Asignación de beneficios:

ASIGNO TODOS LOS BENEFICIOS MÉDICOS Y / O HOSPITALARIOS, INCLUYENDO LOS BENEFICIOS MÉDICOS PRINCIPALES A LOS QUE TENGO DERECHO, INCLUYENDO MEDICARE, SEGURO PRIVADO Y CUALQUIER OTRO PLAN DE SALUD, A DANIEL JUAREZ, M.D., P.A. **Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí de manera escrita. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse tan válida como la original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por dicho seguro. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago.**

Firma: _____ Fecha: _____

Favor de presentar su tarjeta(s) de seguro medico a la recepcionista.



Daniel Juarez, M.D., P.A.
Medicina Interna



CUESTIONARIO

Para proporcionar la mejor atención médica posible, su médico debe saber no solo cuáles son sus síntomas actuales, sino también a qué enfermedades ha estado expuesto y qué problemas puede tener riesgo de desarrollar. Por esta razón, se le solicita que complete con cuidado este cuestionario de detección de salud. Esto, junto con el historial de exámenes que obtiene su médico cuando lo visita, le proporcionará una evaluación médica completa de sus problemas médicos actuales y potenciales.

Fecha: _____
 Nombre: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Etnicidad: _____
 Pariente más cercano: _____ Teléfono: () _____ - _____
 Nombre de su seguro: _____

Favor de responder las siguientes preguntas:

En pocas palabras por favor explique el motivo de su visita: _____

Cuáles son sus problemas médicos? _____

LESIONES: Favor de nombrar las lesiones graves y los huesos rotos con fechas aproximadas

OPERACIONES: Favor de nombrar las operaciones que ha tenido incluyendo las operaciones menores como amígdalas, vasectomía, etc...

<u>Operación</u>	<u>Fecha</u>	<u>Hospital</u>	<u>Medico</u>

HOSPITALIZACIONES: Favor de nombrar sus hospitalizaciones. (Que no sean las descritas anteriormente)

<u>Fecha</u>	<u>Enfermedad</u>	<u>Hospital</u>	<u>Medico</u>

MEDICAMENTO: Favor de nombrar todos los medicamentos que toma. No olvide las píldoras anticonceptivas, pastillas para dormir, vitaminas o preparaciones nasales.

ALERGIAS: Favor de nombrar todos los medicamentos a los que es alérgico.

<u>Medicamento</u>	<u>Tipo de reacción</u>	<u>Fecha de reacción</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HABITOS: Indique su consumo diario promedio de lo siguiente y cuánto tiempo los ha usado.

Whiskey _____	Café _____
Cerveza _____	Te _____
Vino _____	Cigarrillos _____
Marihuana _____	Pipas o Puros _____

VACUNAS: Indique cuales vacunas a recibido en el ultimo año

Tetanus _____ Influenza (Flu) _____ Hepatitis B _____ Neumonía _____

HISTORIAL FAMILIAR:

	Edad (si está vivo)	Edad al morir	Problema Medico(s) o Causa de Muerte
Pareja	_____	_____	_____
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermano (s)	_____	_____	_____
Hermana (s)	_____	_____	_____
Hijo (s)	_____	_____	_____
Abuela Paterna	_____	_____	_____
Abuelo Paterna	_____	_____	_____
Abuela Materna	_____	_____	_____
Abuelo Materna	_____	_____	_____

¿Quién en su familia ha tenido las siguientes enfermedades? Por favor inclúyase

Alcoholismo _____	Problemas con el Riñón/Piedras _____
Artritis _____	Migrañas _____
Desorden en la sangre _____	Depresión _____
Cáncer _____	Osteoporosis _____
Demencia _____	Accidente Cerebro vascular _____
Diabetes _____	Tuberculosis _____
Enfermedad del Corazón _____	Otro _____
Hipertensión (presión arterial alta) _____	

INFECCIONES: Indique la edad aproximada cuando tuvo (si tuvo) cada uno de los siguientes

Tuberculosis _____ Reumática _____ Fiebre de Hepatitis _____

FAVOR DE CIRCULAR CUALQUIERA DE LAS OPCIONES SIGUIENTES QUE LE CAUSAN PROBLEMAS

- GENERAL:** Pérdida de peso (Cuántas libras? _____ En cuánto tiempo? _____)
Poco Apetito Debilidad Sudores nocturnos
- PIEL:** Comezón Ardor Erupción Cutánea Urticaria Acné
Psoriasis Melanoma Cambio en lunar
- CABEZA:** Dolor de cabeza más de una vez a la semana Mareos/Aturdimiento
- OJOS:** Dolor Visión Doble Visión Borrosa Rojez Lagrimeo
- OIDOS:** Dolor de oídos Descarga/Drenaje de los oídos Mareos por movimiento
Zumbidos u otros ruidos Dificultad escuchando (Por cuánto tiempo? _____)
- NARIZ:** Tiene con frecuencia la nariz constipada cuando no tiene un resfriado? _____
Sangrado de nariz Goteo nasal Problemas de olfato Alergias
- BOCA:** Dentaduras Boca Seca Lengua adolorida o ardiente Problemas con los
dientes Cambios de sabor Ronquera Dolor de garganta
- CUELLO:** Rigidez Bocio Dolor Glándulas hinchadas
- SENO:** Sensibilidad Desecho del pezón Masas Biopsia de seno
-
- RESPIRATORIO:** Tos Tos con sangre o flemas con sangre Neumonía Bronquitis
Asma Producción de flema por la mañana Enfisema
Tos después de comer Resfriados en el pecho más de una vez al mes Dificultad al tragar saliva
- CARDIOVASCULAR:** Palpitaciones Latidos del Corazón irregular Desmayos
Tobillos Hinchados Calambres en las piernas al caminar Calambres en las piernas por las noches
Levantarse por las noches a orinar Falta de aliento Tos nocturna Dolor o molestias en el pecho
Hipertensión Insuficiencia cardíaca congestiva Soplo cardíaco / válvula cardíaca anormal
-

GASTROINTESTINAL: Dolor Acidez estomacal Intolerancia a comidas Vómitos
Diarrea Constipación Cambio reciente en los hábitos intestinales
Ictericia Orín del color de Coca Cola Heces color negro Heces flotantes
Sangre en la heces o al limpiar Vomito de sangre Comezón rectal
Colitis ulcerosas Intolerancia a la leche Moco en heces Pancreatitis
Diverticulitis Hemorroides Esofagitis/Reflujo Problemas de la vesícula biliar
Ulceras Enfermedad del hígado Cirrosis Hernias Pólipos del colon
Cáncer del colon

GENITOURINARIO: Piedras en los riñones Sangre en el orín Incontinencia
Perdida de orín Urgencia Ardor Esfuerzo al orinar Mojar la cama
Cuántas veces se levanta por las noches a orinar? _____

CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE SE HIZO UNO DE LOS SIGUIENTES

Radiografía del pecho _____ Electrocardiograma _____
Enema de bario _____ Colonoscopia _____
Radiografía de bario del esófago y estomago _____
Mamograma _____ Exámenes de laboratorio _____
Historial de transfusiones _____

HOMBRES: Secreción del pene? Prostatitis Dolor Hinchazón

MUJERES: Secreción de la vagina Comezón Sangra entre periodos Cólicos
Fecha del último examen pélvico _____ Fecha del último Papanicolaou _____
Fecha de la ultima menstruación _____ Cuanto duro? _____
A qué edad comenzó su menstruación _____ Días entre los periodos _____
Usa anticonceptivos? _____ Cual método? _____

FAVOR DE CIRCULAR CUALQUIERA DE LAS OPCIONES SIGUIENTES QUE LE CAUSAN PROBLEMAS:

EMBARAZOS: Cuantos embarazos tuvo? ____ Nacidos? ____ Peso del bebe más grande? ____

Mientras el embarazo usted tuvo uno de los siguientes?

Diabetes Convulsiones Hipertensión (Presión arterial alta) Hinchazón de tobillos

Albumina o proteína en la orina

MUSCULOSQUELETAL: Artritis Rigidez por la mañana Dolor de huesos

Dolor de músculos Articulaciones inflamadas Dolor de espalda Venas varicosas

Flebitis Dedos fríos o azules Artritis reumatoide Lupus

NEUROLOGICAL: Convulsiones Epilepsia Parálisis por accidente cerebro vascular

Debilidad muscular Temblores Perdida Muscular Entumecimiento Neuritis

GLANDULAS: Bocio Enfermedad de la tiroides Cambio en la textura del cabello

SANGRE: Anemia Moretones con facilidad Trastorno hemorrágico

PSIQUIATRICO: Insomnio Deprimida Triste Episodios de llanto

Timidez Pensamientos de suicidio Dificultad relajándose Preocuparse de más

Problemas sexuales

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por razones emocionales? _____

¿Alguna vez ha tomado medicamentos por razones emocionales? _____

¿Alguna vez ha visitado a un psiquiatra o trabajador social? _____

Razón/Diagnostico _____



Daniel Juarez, M.D., P.A.
Medicina Interna
Formulario de Reconocimiento

Entiendo que como parte de mi atención médica, Daniel Juarez, M.D., P.A. origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. Entiendo que su información sirve como:

- *Una base para planificar mi cuidado y tratamiento*
- *Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado*
- *Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y información quirúrgica a mi cuenta*
- *Un medio por cual un tercer pagador pueda verificar que los servicios facturados fueron realmente prestados.*
- *Y una herramienta para operaciones de atención rutinarias, como evaluar la calidad y revisar la capacidad del cuidado de salud profesional*

Entiendo y he sido proveído con el Aviso de Practicas de Privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información de salud protegida. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este reconocimiento. Entiendo que Daniel Juarez, M.D., P.A. reserva el derecho de cambiar sus prácticas y hacer nuevas provisiones efectivas para proteger la información de salud mantenida por Daniel Juarez, M.D., P.A.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones de como mi información de salud protegida sea usada o distribuida para llevar acabo tratamientos, pagos, y operaciones de cuidado de la salud, y que no es necesario que Daniel Juarez, M.D., P.A.s no usara ni divulgara información sin su autorización excepto a como esta descrito en el Aviso de Practicas de Privacidad

Los records de Daniel Juarez, M.D., P.A. pueden contener información creada por una entidad que no sea Daniel Juarez, M.D., P.A. Daniel Juarez, M.D., P.A. no es responsable de la información que contiene, (incluyendo la precisión, integridad, relevancia, legibilidad o falta de tales registros incorporados). El paciente solicita expresamente la divulgación de todos los registros mantenidos por Daniel Juarez, M.D., P.A. sobre el paciente incluyendo registros incorporados. El paciente reconoce que Daniel Juarez, M.D., P.A. no tiene y no asume ningún deber hacia el paciente con respecto al contenido u omisiones de dichos registros incorporados.

 Firma del Paciente/Guardián Legal

 Fecha firmada por el Paciente/Guardián

 Firma del empleado

 Fecha firmada por el empleado

Daniel Juarez, M.D., P.A. no pudo contener la firma de reconocimiento por:

Una Emergencia

Paciente no responde

Paciente está confundido/desorientado

Paciente sedado

Paciente se negó, por: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Evaluación Clínica

Favor de responder las siguientes preguntas (✓).

	Si	No
1. ¿Usted tiene Insuficiencia Cardíaca?		
a. ¿Experimenta falta de aliento? ¿Por ejemplo, al caminar distancias cortas o acostarse en una posición plana?		
b. ¿Ha sido hospitalizado por problemas con su corazón desde su última visita?		
c. ¿Le han cambiado los medicamentos para la insuficiencia cardíaca recientemente?		
d. ¿Ha estado cansado o aturdido desde su última visita?		
e. ¿Ha notado un aumento repentino en su peso, por ejemplo 3 o más libras en una semana?		
2. ¿Ha tenido dificultad para respirar desde su última visita al médico?		
a. ¿Tiene antecedentes de problemas cardíacos?		
b. ¿Tiene antecedentes de problemas relacionados con los pulmones?		
3. ¿Le han dicho que tiene presión alta?		
a. ¿Está tomando medicamentos?		
b. ¿Está tomando 2 o más medicamentos para alta presión?		
c. ¿Está tomando una pastilla de agua? (Diurético)		
d. Si recientemente ha monitoreado su presión, por favor proporcione las medidas a continuación: ✓ Presión ____/____		

DANIEL JUAREZ, M.D., P.A.
AUTORIZACION DE DIVULGAR REGISTRO MEDICO

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Número de Seguro Social:	Numero de Teléfono:

Por la presente yo autorizo

Facilidad o Doctor: _____

Dirección: _____

Teléfono o Fax: _____

Divulgar al siguiente:

Daniel Juarez M.D., P.A.
1303 McCullough Ave Ste 248
San Antonio, Texas 78212
Tel: 210-220-3737
Fax: 210-220-3747

Reportes para divulgar:

- Historial completo de registros médicos
- Historial de físicos
- Exámenes
- Resultados de Laboratorio
- Referencias
- Notas Progresivas
- Conversaciones por Teléfono
- Otro: _____

Esta divulgación se está haciendo por los siguientes propósitos:

- Continuación de cuidado/Referencia
- Abogado
- Transferencia de cuidado
- Compensación de trabajadores
- Seguro Medico
- Razones personales
- Otro: _____

Entiendo y reconozco que esta autorización se extiende a todos o parte de los registros designados anteriormente, que pueden incluir tratamiento para enfermedades físicas y mentales, o abuso de alcohol / drogas. Doy mi consentimiento expreso para la divulgación de información como se indicó anteriormente. Este consentimiento es válido por 180 días, a menos que lo revoque por escrito antes de la información designada anteriormente.

Firma de Paciente/Guardián

Fecha

Firma de Empleado

Fecha



Daniel Juarez, M.D., PA
Medicina Interna
1303 McCullough Ave
San Antonio, TX 78212
Tel: 210-220-3737 Fax: 210-220-3747



POLIZA DE CANCELACION/AUSENCIAS SIN AVISO

Debido al alto volumen de pacientes en nuestra oficina, es necesario aplicar nuestra póliza de cancelación y ausencia sin aviso. Como paciente de nuestra oficina es su responsabilidad acudir a sus citas medicas.

Todos los pacientes son obligados a dar un aviso de 24 horas para la cancelación de cita; Esto da a nuestra oficina suficiente tiempo para contactar a otro paciente esperando una cita.

Si no recibimos una cancelación 24 horas antes de la cita, el paciente será facturado a una tarifa de \$50.00. Esta tarifa será la responsabilidad del paciente y no se le cobrará a su seguro medico.

La tarifa también se le facturara a los pacientes que se ausenten de a su cita sin ningún aviso.

Al firmar abajo yo reconozco y entiendo la póliza de cancelación y ausencia sin aviso de la oficina mencionada.

Firma de Paciente/Guardián

Fecha:

Empleado:

Fecha:



Daniel Juarez, M.D., PA
Medicina Interna
1303 McCullough Ave
San Antonio, TX 78212

Tel: 210-220-3737 Fax: 210-220-3747



DESCRIPCION DEL TRABAJO DEL PROVEEDOR DE NIVEL MEDIO

Fecha: _____

A quien corresponda:

Esta oficina emplea proveedores de nivel medio (Asistentes Médicos P.A. y/o Proveedores de Enfermería Avanzada N.P.). El Asistente Medico proporcionara, dentro de la educación, capacitación y experiencia del asistente médico, los servicios médicos que delegue el médico supervisor. Su capacitación les permite evaluar a los pacientes para enfermedades agudas y crónicas y tratarlos adecuadamente. Como paciente de esta práctica, habrá ocasiones en las que se le pedirá que vea el PA o NP, sus objetivos de paciente son:

1. Obtener el historial médico y realizar exámenes físicos.
2. Ordenar y/o realizar diagnósticos o procedimientos terapéuticos.
3. Formular el diagnostico correcto.
4. Desarrollar e implementar un plan de tratamiento.
5. Monitorear la efectividad de las intervenciones terapéuticas.
6. Ofrecer consejos y educación para cumplir con las necesidades del paciente.

Firma de Paciente/Guardián: _____

Firma de Empleado: _____



Daniel Juárez, M.D., PA

Medicina Interna



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

Daniel Juárez, M.D., P.A. utiliza su información de salud para el tratamiento, para obtener el pago del tratamiento con fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que recibe. Su información de salud está contenida en un registro médico que es propiedad física de **Daniel Juárez, M.D., P.A.**

Cómo Daniel Juárez, M.D., P.A. Puede usar o divulgar su información de salud

Para Tratamiento:

Daniel Juárez, M.D., P.A. puede usar su información de salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, la información obtenida por un proveedor de atención médica; como un médico, una enfermera u otra persona que le brinde servicios de salud, registrará información en su registro relacionada con su tratamiento. Esta información es necesaria para que los proveedores de atención médica determinen qué tratamiento debe recibir. Los proveedores de atención médica también registrarán las acciones tomadas por ellos en el curso de su tratamiento y anotarán cómo responde a las acciones. **Daniel Juárez, M.D., P.A.** puede usar su información de salud cuando lo refiera a otros profesionales e instalaciones de atención médica.

Para pagos:

Daniel Juárez, M.D., P.A. puede usar y divulgar su información de salud a otros con el fin de recibir el pago por el tratamiento y los servicios que usted recibe. Por ejemplo, se le puede enviar una factura a usted o a un tercer pagador, como una compañía de seguros o un plan de salud. La información en la factura puede contener información que lo identifique a usted, su diagnóstico y tratamiento o suministros utilizados en el curso del tratamiento. **Daniel Juárez, M.D., P.A.** puede usar su información para acceder a programas de asistencia financiera para usted que pueden ayudar a sufragar los costos asociados con su atención o tratamiento.

Para operaciones de atención médica:

Daniel Juárez, M.D., P.A. puede usar y divulgar salud información sobre usted para fines operativos

Por ejemplo, su información de salud puede divulgarse a miembros del personal médico, personal de riesgo o de mejora de la calidad y otros para:

- Evaluar el desempeño del personal médico;
- Evaluar la calidad de la atención y los resultados en su caso y casos similares;
- Aprender a mejorar nuestras instalaciones, servicios; y
- Determinar cómo mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención medica que brindamos.

Requerido por la ley:

Daniel Juárez, M.D., P.A. puede usar y divulgar información sobre usted según lo exija la ley. Por ejemplo, **Daniel Juárez, M.D., P.A.** puede divulgar información para los siguientes propósitos:

- Para procedimientos judiciales y administrativos de conformidad con la autoridad legal;
- Reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia domestica; y
- Para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en sus deberes

Recordatorios de citas y llamadas de tratamiento:

Daniel Juárez, M.D., P.A. puede contactarlo para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre planes de tratamiento, medicamentos o resultados de exámenes, otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Cuando se hacen contactos por teléfono, los mensajes se dejarán en los contestadores automáticos con información limitada.

Notificaciones:

Daniel Juárez, M.D., P.A. puede usar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su atención, su ubicación y su estado general.

Comunicación con familia:

Daniel Juárez, M.D., P.A., los profesionales de salud y el personal, ejerciendo su mejor criterio, pueden revelar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud relevante para la participación de esa persona en su atención o pago relacionado con su cuidado.

Declaración de Derechos de Privacidad del Paciente

Como paciente de esta práctica, usted tiene el derecho a la privacidad de su información personal de salud, y a saber que dicha información será mantenida de manera adecuada y segura por esta práctica, de acuerdo con nuestra propia política y de conformidad con la Responsabilidad de la Información de Salud y Ley de Portabilidad de 1996 (HIPAA). HIPAA fue promulgada para brindarle a usted, el paciente de un proveedor de atención médica y cubierto por un reclamo de seguro de salud, para establecer límites en el uso y divulgación de registros de salud, establecer garantías apropiadas que los proveedores de atención médica y otros debe lograr proteger la privacidad de la información personal de salud y responsabilizar a los infractores, con sanciones apropiadas por la violación del derecho a la privacidad del paciente.

COMO PACIENTE DE ESTA PRÁCTICA:

1. Tiene derecho a recibir una notificación por escrito y entregada individualmente de sus Derechos de Privacidad en el momento de su primera visita a las instalaciones de esta práctica. El aviso es este documento que está leyendo.
2. Tiene derecho a ver su registro médico.
3. Tiene derecho a recibir una copia de su registro médico. (Copias están disponibles a pedido). Según la asignación de HIPAA, puede haber un cargo por hacer copias de los registros solicitados.
4. Tiene derecho a modificar la información de salud de su paciente dentro de esos registros. (Los formularios están disponibles a pedido).
5. Mientras el médico tiene el derecho de negar la inclusión de enmiendas en el archivo del paciente, usted dio el derecho de estar en desacuerdo con la negativa del médico de tal inclusión de enmiendas a esos registros. (Los formularios están disponibles a pedido). Si el médico no está de acuerdo, le enviará una notificación por escrito de dicho desacuerdo.
6. El médico tiene derecho a refutar el desacuerdo del paciente. Pero cada vez que se envía un archivo fuera de la oficina, se debe incluir una copia de esa refutación en el archivo.
7. Tiene derecho a especificar cómo se restringe el acceso a su salud y de quien.
8. Tiene derecho a indicar el método y/o números telefónicos y/o direcciones a las que se remitirán las comunicaciones telefónicas y escritas.
9. Todas las entidades cubiertas bajo HIPAA, como esta práctica u otros proveedores de atención médica, o socios comerciales como compañías de facturación o administradores de reclamos, según lo designe la Regla de Privacidad de HIPAA, y con quienes esta práctica debe trabajar en su nombre desde el punto de vista del tratamiento efectivo o la facturación de los servicios de atención médica y la administración de dichos servicios, formarán parte de una "cadena de confianza" en virtud de los Acuerdos de Asociados Comerciales aplicables cuando corresponda

con esas partes. Esto significa que esas partes están obligadas a mantener la misma privacidad y seguridad de su información de salud. Como somos nosotros.

10. No se proporcionará información personal de salud a ninguna entidad no relacionada con su tratamiento y la facturación de los servicios médicos prestados, sin su autorización por escrito.
11. Tiene derecho a los mejores esfuerzos de esta práctica para mantener la seguridad de la información personal de salud en su nombre dentro y fuera de esta oficina.
12. Esta práctica proporcionará información de salud personal a las partes requeridas sobre la base del estándar mínimo de divulgación necesario (divulgando solo la información necesaria para que esas partes brinden tratamiento, reembolso o servicios administrativos en su nombre). Y para mantener la intención de HIPAA en el establecimiento de ese estándar.
13. Tiene derecho a consultar a esta oficina y obtener respuestas correctas y apropiadas a cualquier pregunta relacionada con sus derechos de privacidad en cualquier momento, de conformidad con esos derechos cubiertos por HIPAA.
14. Tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, que administra HIPAA, para hacer preguntas o presentar una queja en,

Toll Free: 1-877-696-6775 or E-mail: www.hhs.gov/ocr

AFIRMACIÓN DEL PACIENTE DE RECIBO DE LA DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Por la presente afirmo que recibo la Declaración de Derechos de Privacidad del Paciente de esta oficina, proporcionada en mi nombre y de conformidad con la ley, y he leído y entiendo mis derechos a la privacidad y seguridad de la Información de Salud Personal, como paciente de esta práctica.

Afirmo,

Firma de Paciente/Guardián

Fecha



Daniel Juarez, M.D., PA
 Medicina Interna
 1303 McCullough Ave Ste: 248
 San Antonio, TX 78212
 Tel: 210-220-3737 Fax: 210-220-3747

Entiendo las Leyes y Regulaciones de HIPAA y le doy a Daniel Juarez, M.D., P.A. Autorización para divulgar cualquier información médica sobre mi bienestar y medicamentos a los siguientes: (por ejemplo: pareja, hijo, hija, cuidadores, etc...)

*** Indique el nombre y número de teléfono de las personas que autoriza Daniel Juarez M.D., P.A. para divulgar / comunicarse con respecto a su información médica ***

Nombre:

Número De Teléfono:

Nombre del paciente (letra de molde)

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente/Guardián

Fecha



Daniel Juarez, M.D., PA
 Medicina Interna
 1303 McCullough Ave Ste: 248
 San Antonio, TX 78212
 Tel: 210-220-3737 Fax: 210-220-3747

CONCENTIMIENTO PARA OBTENER BENEFICIOS DE FARMACIA

Los datos de Beneficios Formularios son mantenidos para proveedores de seguros de salud por las organizaciones conocidas como Gerentes de Beneficios de Farmacia (PBM), que son administradores externos de reclamos de medicamentos recetados, cuyas responsabilidades principales son procesar y pagar los reclamos de medicamentos recetados. También desarrollan y mantienen formularios, que son listas de medicamentos prescindibles cubiertos por un plan de beneficios de medicamentos en particular.

Al firmar este consentimiento le doy a **Daniel Juarez, M.D., P.A.** para acceder a mis datos de beneficios de farmacia electrónicamente o a través de Sure Scripts.

Este consentimiento permitirá a **Daniel Juarez, M.D., P.A.** a:

- *Determinar los beneficios de farmacia y los co-pagos de medicamentos*
- *Comprobar si un medicamento recetado está cubierto (en el formulario)*
- *Mostrar alternativas terapéuticas con rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clase de medicamentos para medicamentos no incluidos en el formulario*
- *Determinar si el plan de salud del paciente permita recetar electrónicamente a las farmacias de pedido por correo y, de ser así, recetar electrónicamente a esas farmacias.*
- *Descargar una lista histórica de todos los medicamentos recetados para el paciente por cualquier proveedor.*

En resumen, le pedimos permiso para obtener información del formulario e información sobre otras recetas recetadas por otros proveedores que utilizan Sure Scripts.

 Firma Del Paciente/Guardián

 Fecha

 Empleado

 Fecha

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD
ELECTRONICAMENTE**

(Aparte de Tratamiento, Pago u Operaciones de atención médica)

Nombre de Practica: _____

Dirección de Practica: _____

Teléfono de Practica: _____

Nombre De Paciente	Fecha de Nacimiento	Verificación de Identidad (Número de Licencia, Pasaporte, Identificación, etc.)
Dirección		Número de Registro Medico

Al firmar este formulario, autorizo _____

(Nombre de Practica)

a divulgar mi información de salud protegida a través de: E-Mail Videoconferencia

Audio conferencia Otro medio electrónico: (describe) _____

Complete lo siguiente solo si autoriza la correspondencia por correo electrónico

Correo electrónico del paciente:	Correo electrónico del cuidador del paciente:
----------------------------------	-----------------------------------------------

Entiendo que los siguientes tipos de información de salud protegida pueden divulgarse como resultado de la comunicación electrónica: *(Marque todos los que están aprobados)*

- Mi información personal de salud contenida en mi expediente
- Video o imágenes de diagnóstico electrónicas, resultados de laboratorio y pruebas de diagnóstico
- Grabaciones de video o imágenes fijas de partes de mi cuerpo que pueden incluir mi cara

Además autorizo la divulgación de la siguiente información que puede incluirse en la información de salud protegida mencionada anteriormente: *(Marque todos los que están aprobados)*

- Salud Mental Abuso de sustancias VIH/Sida

Mi firma en esta autorización indica que Yo estoy dando mi permiso para el uso y divulgación de la información de salud protegida mencionada anteriormente. Por la presente yo libero a _____ y sus empleados de cualquier responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de información como he indicado.

Entiendo que _____ no condicionará el tratamiento de mi firma de esta autorización. El tratamiento no será denegado si no deseo firmar este formulario

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud escrita.

Esta autorización caduca automáticamente en: <input type="checkbox"/> sin fecha de caducidad <input type="checkbox"/> otra fecha: _____

He leído y entendido la información proporcionada en esta forma de autorización.

Firma del paciente o Representante Legal

Fecha:

Autorización oral (para personas físicamente incapaz de firmar)

No aplicable a la información relacionada con el VIH o información sobre el tratamiento de drogas y alcohol

Soy testigo de que el paciente entendió la naturaleza de esta autorización y libremente dio su autorización oral (se requieren dos testigos)

Fecha: _____ Testigo #1: _____

Fecha: _____ Testigo #1: _____

MACRA Y CUESTIONARIO DE BIENESTAR.

Como una parte de la MACRA legislación, el gobierno requiere que nosotros preguntemos las siguientes preguntas; Esto es para ayudar con su cualidad de la norma de cuidado. Por favor hable con su proveedor si tiene algunas preguntas.

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

¿Cuándo fue su último examen físico? _____

Circule SI O NO en las siguientes preguntas.

- | | | | |
|-----------------------------------------------|----|----|------------------|
| 1. ¿Ya fue vacunado para la influenza? | SI | NO | Que fecha: _____ |
| 2. ¿Ya fue vacunado para la neumonía? | SI | NO | Que fecha: _____ |
| 3. ¿A tenido su examen de colonoscopia? | SI | NO | Que fecha: _____ |
| 4. ¿Actualmente utiliza el tabaco? | SI | NO | |
| 5. ¿Alguna vez ha utilizado el tabaco? | SI | NO | |
| 6. ¿Usted toma aspirinas todos los días? | SI | NO | |
| 7. ¿Usted tiene alta presión? | SI | NO | |
| 8. ¿Cuándo fue su último examen dental? _____ | | | Doctor: _____ |
| 9. ¿Usted tiene diabetes? | SI | NO | |

Si contesto SI, a la pregunta numero 9 favor de responder preguntas 10, 11, 12, 13 y si contesto NO favor de continuar con la pregunta 14.

- | | | | |
|------------------------------------------|----|----|----------------------------|
| 10. ¿A tenido un examen de la vista? | SI | NO | Que fecha: _____ |
| 11. ¿A tenido examen de los pies? | SI | NO | Que fecha: _____ |
| 12. ¿A revisado su proteína en la orina? | SI | NO | Que fecha: _____ |
| 13. ¿Se revisa la azúcar todos los días? | SI | NO | Nivel de sangre hoy: _____ |

Solo para pacientes femeninos:

- | | | | |
|--------------------------------|----|----|-----------------------------------|
| 14. ¿A tenido su mamograma? | SI | NO | Que fecha: _____ Localidad: _____ |
| 15. ¿A tenido su Papanicolaou? | SI | NO | Que fecha: _____ Localidad: _____ |
| 16. ¿A tenido un examen DEXA? | SI | NO | Que fecha: _____ Localidad: _____ |

Para todos los pacientes:

• PHQ-2 Monitoreo de la depresión:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ¿Durante el mes pasado, se a sentido molesto con depresión oh sin esperanza? | SI | NO |
| 2. ¿Durante el mes pasado, se a sentido con poco interés oh placer en hacer las cosas? | SI | NO |
| 3. ¿Está satisfecho con su vida? | SI | NO |
| 4. ¿Se siente solo o aislado? | SI | NO |

• Riesgo de caídas:

- | | | |
|------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ¿Se a caído en el último año? | SI | NO |
| 2. ¿Se a sentido inestable cuando está parado o caminando? | SI | NO |
| 3. ¿Se preocupa por caerse? | SI | NO |

• Evaluación de dolor

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|-------------------|
| 1. Intensidad del dolor (0 más bajo a 10 más alto) _____ | Dolor presente _____ | Peor dolor _____ | Mejor dolor _____ |
| 2. Calidad del dolor (punzante, agudo, constante, etc...) _____ | | | |
| 3. ¿Que causa el dolor? _____ | | | |
| 4. ¿Que alivia el dolor? _____ | | | |

¿A tenido una reciente visita a urgencias? (Incluya el motivo, fecha y localidad): _____

¿Algún nuevo medicamento? Nombre y dosis: _____

Farmacia: Nombre: _____ Numero: _____ Dirección: _____

Circule SI O NO en las siguientes preguntas.

¿Se siente como una persona frágil?	SI	NO
¿Sufre de problemas moviendo los brazos piernas oh cabeza?	SI	NO
¿Sufre de dolor o fatiga?	SI	NO
¿Hace actividad física? (Ex: caminar o ejercicio)	SI	NO
¿Tiene estrés más allá de lo normal?	SI	NO
¿Tiene problemas de ira?	SI	NO
¿Hace sus propias compras?	SI	NO
¿Come comidas balanceadas?	SI	NO
¿Se prepara su propia comida?	SI	NO
¿Tiene problemas de salud bucal?	SI	NO
¿Es responsable de sus medicinas?	SI	NO
¿Se baña solo/a?	SI	NO
¿Se viste solo/a?	SI	NO
¿Se arregla para salir solo/a?	SI	NO
¿Utiliza el baño solo/a?	SI	NO
¿Hace su propia limpieza y su lavandería?	SI	NO
¿Tiene algún problema con transportación?	SI	NO
¿Utiliza el cinturón de seguridad en el auto?	SI	NO
¿Se encarga de sus propias finanzas?	SI	NO
¿Utiliza un teléfono móvil?	SI	NO
¿Tiene un plan de seguridad en su hogar en caso de un incendio o tornado?	SI	NO

Firma del Paciente/Guardián

Fecha