

REGISTRO

RESPIRATORY CONSULTANTS OF HOUSTON

Por favor, escriba en letra de molde

SMITH TOWER

6550 Fannin St., Suite 2403 Houston, Texas 77030

Teléfono: (713) 790-6250 Fax (713) 793-1538

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Formulario de información del paciente con campos para Nombre, F.D.N., Sex, Dirección, Apt, Tel Casa, Ciudad, Estado, C.P., Celular, Casado, Separado, Viudo, Divorciado, Soltero, Menor, Pareja, Empleado, Retirado, Ocupación, Dirección Trab/Escuela, Tel Tr/Es, ¿Quién lo refirió a nosotros?, En emergencia llamar, Relación, Teléfono.

SEGURO PRINCIPAL

Formulario de seguro principal con campos para Nombre de Asegurado, Relación a paciente, FDN, Soc. Sec. #, Nombre de Seguro Principal, Tel de Se, No. membresía, Grupo, Fecha de Inicio, Dirección de Asegurado, Teléfono, Ciudad, ES, CP, Ocupación, Empleado de asegurado, Tel Trab.

SEGURO SECUNDARIO

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Formularios de seguro secundario e información de farmacia con campos para Nombre de Asegurado, FDN, Farmacia, Nombre de Seguro Secundario, Teléfono, No. membresía, Grupo, Fax, Tel de Seguro, Fecha de inicio, Dirección, Ciudad, ES, CP.

SEGURO TERCERO

Formulario de seguro tercero con campos para Nombre de Asegurado, FDN, Nombre de Tercer Seguro, Insur. Tel, No. membresía, Grupo, Fecha de Inicio.

AUTORIZACIÓN

Effective August 1, 2000, House Bill 610 (Prompt Pay Law) became effective. To be in compliance with this law, it is mandatory that we verify patient health insurance information

I certify that I, and/or my dependent(s), have insurance coverage with _____ and assign directly to _____

Dr. _____ all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I authorize the use of my signature on all insurance submissions.

The above-named physician may use my health care information and may disclose such information to the above-named Insurance Company(ies) and their agents for the purpose of obtaining payment for services and determining insurance benefits or the benefits payable for related services.

Formulario de autorización con campos para Firma de Paciente, Padre, Guardian o Representante Personal, FECHA, Relación al Paciente.

Respiratory Consultants of Houston

CUESTIONARIO DE SALUD PERSONAL

En nuestro esfuerzo para evaluar sus necesidades de salud individualmente, le pedimos que tome el tiempo de completar este cuestionario. Por favor, trate de responder a todas las preguntas completamente, lo mejor que pueda. Si no entiende una pregunta, nótele haciéndole un círculo y la enfermera o el doctor le ayudarán, explicándosela.

Toda esta información formará parte de su archivo médico y la mantendremos estrictamente confidencial. Si no tiene tiempo de completar la forma antes de ver al doctor, le daremos una copia para que la complete en casa y la puede mandar por correo. Espacio adicional ha sido proveído al final de la forma para comentarios adicionales o preguntas que le gustaría hacer a su doctor.

NOMBRE _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial) (Nombre de esposa)

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Edad _____ Sexo _____ Altura _____ Peso _____ Estado Civil: S C D V

¿Cómo fue referido a nuestra practica?

¿Está actualmente bajo el cuidado de un doctor (es)? _____ Sí _____ No
Por favor, nómbrelo (s):

¿Para qué condición(es)?:

1. ¿Qué condiciones le traen aquí hoy? (Seleccione todas las apropiadas)

- ____ Tos
- ____ Dificultad para respirar
- ____ Molestias o dolor en el pecho
- ____ Rayos X anormal
- ____ Doctor de cabecera
- ____ Otra _____

2. ¿Ha tenido reacciones alérgicas a medicinas? _____ Sí _____ No

Si su respuesta fue "Sí", enumere y describa la reacción que experimentó.
Nombre de la medicina/Tipo de reacción

3. ¿Alguna vez ha tenido alergias a comidas o sustancias inhaladas? _____ Sí _____ No

Si su respuesta fue "Sí", por favor enumere y describa la reacción que experimentó.
Nombre de comida o sustancia/Tipo de reacción

4. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo algunas de las siguientes pruebas médicas?

Radiografía de pecho _____	Papanicolau _____
Examen Físico _____	Mamografía _____
Vacuna contra gripes _____	Examen de senos _____
Vacuna de neumonía _____	Último periodo _____
Vacuna del tétano _____	Nivel de PSA _____

Vacuna de hepatitis _____
Examen Sigmoido/Colon _____

Examen de próstata _____

5. ¿Está tomando medicamentos actualmente? _____ Sí _____ No
Si su respuesta fue "Sí", por favor enumere e incluya los medicamentos recetados y no recetados, pastillas para control de natalidad, hormonas, etc.

Medicamento/Dosis en mg. (si las sabe) /Veces que se toma por día

HISTORIAL MÉDICO:

6. ¿Tuvo alguna enfermedad severa en su niñez?: _____ Sí _____ No
Por favor descríbala: _____

7. ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Por favor señálela con una "X")

_____ Alcoholismo	_____ Hepatitis	_____ Enfermedad de la tiroides
_____ Anemia	_____ Presión alta	_____ Problemas orinando
_____ Artritis	_____ Trastorno de coagulación	_____ Disfunción sexual
_____ Nerviosismo	_____ Enfermedad de corazón	_____ Infección urinaria
_____ Mareo	_____ Marcapasos	_____ Depresión
_____ Cáncer	_____ Flebitis	_____ Insomnio
_____ Asma de niño	_____ Fiebre reumática	_____ Duerme excesivamente
_____ Dolor de pecho	_____ Trasfusiones de sangre	_____ Otro trastorno del sueño
_____ Diabetes	_____ Hernia hiatal	_____ Tatuajes
_____ Dolor de cabeza	_____ Úlcera péptica	
_____ Derrame cerebral	_____ Diverticulosis	
_____ Convulsión	_____ Usaba pastillas de dieta	
_____ Otro	_____ Colesterol/Triglicéridos altos	

8. Hospitalizaciones: Por favor indique el año y la razón de admisión. No incluya embarazos normales.

Año

Enfermedad u Operación

¿Alguna vez ha tenido o le han dicho que tiene alguno de los siguientes?

Bronquitis	Sí ___ No ___	Quando _____
Enfisema	Sí ___ No ___	Quando _____
Neumonía	Sí ___ No ___	Quando _____
Fiebre del heno	Sí ___ No ___	Quando _____
Sinusitis	Sí ___ No ___	Quando _____
Cirugía del pecho	Sí ___ No ___	Quando _____
Lesiones al pecho	Sí ___ No ___	Quando _____
Tuberculosis	_____	Prueba de TB en la piel positivo Sí ___ No ___

9. ¿Algunas de las siguientes enfermedades corren en su familia?
Si es "Sí", por favor seleccione:

Diabetes Derrame cerebral
 Presión alta Asma
 Enfermedad del corazón Enfisema
 Cáncer de los pulmones Pechos
 Colon Otra _____

HISTORIAL SOCIAL:

10. ¿Cuál de las siguientes mejor indica su uso de bebidas alcohólicas?
Nunca _____ Ocasionalmente _____ 1 bebida al día _____
2 o más por día _____

11. ¿Alguna vez ha fumado cigarros? Sí No
¿Fuma en la actualidad? Sí No
¿Edad que empezó a fumar? _____ ¿Edad que termino de fumar? _____
Promedio de paquetes por día (seleccione uno):
 menos de ½ paquete 2 a 3 paquetes
 ½ a un 1 paquete 3 o más paquetes
 1 a 2 paquetes

¿Alguna vez ha usado tabaco en otra forma? Sí No
Seleccione si respuesta es "Sí": pipa cigarro mascado rapé

¿Le gustaría recibir información acerca de cómo parar de fumar? Sí No

12. ¿Está actualmente trabajando fuera de su casa? Sí No
Describa su trabajo actual: _____
Número de años en su ocupación: _____
Describa las prioridades de su ocupación: _____

13. ¿Ha sido expuesto con regularidad a gases irritantes, polvo o humos? Sí No

14. ¿Alguna vez ha trabajado en un lugar que le causó dificultad para respirar, tos o, sibilancias?
Sí _____ No _____
En caso de que "Sí," por favor describa: _____

15. Describa cualquier problema de salud o lesión que haya experimentado que esté conectado con su empleo presente o pasado:

16. ¿Alguna vez ha sido empleado(a) en cualquiera de las siguientes ocupaciones? Sí No
(Por favor seleccione las que son aplicables para usted.)

trabajador de aislamiento	carpintero	trabajador de berilio
fontanero	trabajador de madera	estibador
trabajador de chorro de arena	trabajador de plástico	trabajador de aluminio
trabajador de barro	trabajador fábrica papel	pintor
granjero	trabajador de mica	trabajador de astillero
trabajador de molino de algodón	trabajador del ferrocarril	trabajador de caldera
trabajador de talco	otra exposición a asbesto	trabajador de salud

17. ¿Está actualmente teniendo problemas en alguna de estas áreas? _____ Sí _____ No
En caso de "Sí", por favor seleccione:

General:

- _____ pérdida o ganancia de peso (más de 10 lb. en un año)
- _____ anemia
- _____ enfermedad febril
- _____ trastornos del sueño
- _____ cambios en el apetito
- _____ infecciones o gripes frecuentes
- _____ fatiga
- _____ depresión
- _____ nerviosismo o ataque de ansiedad
- _____ cambio de personalidad
- _____ sangrado anormal de cualquier sitio
- _____ moretones fáciles
- _____ osteoporosis

Neurológica:

- _____ dolores de cabeza frecuentes
- _____ dolores de cabeza severos
- _____ mareos persistentes
- _____ desmayo, pérdida de la conciencia
- _____ cambio en la capacidad diaria de hablar, caminar realizar cualquier otra función muscular
- _____ sensaciones inusuales
- _____ cambio en la visión
- _____ cambio en la audición
- _____ cambio en el gusto
- _____ cambio en la memoria, habilidad de concentrarse u otras funciones mentales

Oídos, Nariz y Garganta:

- _____ problemas de los senos nasales
- _____ fiebre del heno (rinitis alérgica)
- _____ problema de deglución
- _____ problemas dentales
- _____ sangrando de oídos, nariz o boca
- _____ dolor de garganta frecuente
- _____ glándulas hinchadas o bocio
- _____ masa o ampliación en cuello
- _____ inflamación de ganglios linfáticos

Cardiovascular:

- _____ dolor/opresión en el pecho
- _____ dificultad para respirar al realizar esfuerzos
- _____ dificultad para respirar en la noche
- _____ dificultad para respirar cuando está acostado
- _____ disminución de la tolerancia al ejercicio
- _____ palpitaciones
- _____ retención de líquido/inflamación de tobillo

Gastrointestinal:

- _____ náusea persistente y/o vómito
- _____ dificultad en deglutir
- _____ acidez
- _____ indigestión
- _____ gases
- _____ dolor abdominal
- _____ cambio en deposición
- _____ hemorroides
- _____ sangrado rectal

Genitourinario:

- _____ dolor al orinar
- _____ dificultad en orinar
- _____ incontinencia de orina
- _____ problemas sexuales
- _____ infección urinaria
- _____ infecciones transmitidas sexualmente
- _____ otra

Asuntos de salud de mujeres:

- _____ # embarazos
- _____ # nacidos vivos
- _____ # abortos espontáneos
- _____ desórdenes de senos
- _____ desórdenes menstruales
- _____ píldora anticonceptiva
- _____ síntomas de menopausia
- _____ reemplazo de estrógenos

SINTOMAS REPIRATORIOS:

¿Tiene tos? _____ Sí _____ No

¿Tose de esta manera en la mayoría de los días (o noches) al menos 3 meses cada año? _____ Sí _____ No

¿Que tanto tiempo ha tenido este problema de la tos? _____

¿Generalmente escupe flema de su pecho? _____ Sí _____ No

¿Tiene flema como esta en la mayoría de los días al menos 3 meses por año? _____ Sí _____ No

¿Ha tosido con sangre? _____ Sí _____ No

¿Por cuánto tiempo ha tenido problemas con la flema? _____

¿Le suena el pecho con sibilancias o silbidos? _____ Sí _____ No

¿Por cuantos años ha estado presente esto? _____

¿Alguna vez ha tenido dos o más episodios de sibilancias? _____ Sí _____ No

¿Alguna vez ha requerido medicina o un tratamiento para las sibilancias o dificultad de respirar?
_____ Sí _____ No

En caso de "Sí", por favor explique: _____

¿Experimenta periodos de dificultad para respirar? _____ Sí _____ No

¿Tiene que caminar más despacio a suelo llano que otras personas de su edad, debido a su falta de aire?
_____ Sí _____ No

¿Ha tenido que detenerse para respirar cuando está caminando a su propio ritmo a nivel del suelo?
_____ Sí _____ No

Circule las actividades (si las hay) que le producen dificultad en respirar. Tache aquellas actividades que no puede desempeñar debido a falta de aire.

caminar de un lado a otro de un cuarto
caminar en la casa
comer
bañarse/lavarse el cabello
trotar

comprar/levantar el mandado
caminar una milla
andar en bicicleta
nadar, jugar tenis o un deporte similar
realizar los quehaceres de la casa

Acknowledgement of Review of Notice of Privacy Practices

This practice uses and disclosed health information about you for treatment, to obtain payment for treatment, for administrative purposes, and to evaluate the quality of care that you receive. This notice describes our privacy practices. You may request a copy of this notice at any time. For more information about this notice or our privacy practices, please contact our office.

Our Promise to You

The privacy of your personal health care information is important to us. We are required by law and regulation to protect the privacy of your medical information, to provide you with this notice of our privacy practices with respect to protected health information, and to abide by the terms of the notice of privacy practices in effect.

Your Rights Under Federal Privacy Regulation

You may also request that we limit disclosure to family members, other relatives or close personal friends that may or may not be involved in your care.

You may inspect and/or copy health information that is within the designated record set, which is information that is used to make decisions about your care. Texas law requires that request for copies be made in writing and we ask that requests for inspection of your health information also be made in writing. Please send your request to our office.

Disclosures that may be made without your Authorization

There are situations in which we are permitted by law to disclose or use your medical information without your written authorization or any opportunity to object. In other situations we will ask for your written authorization before using or disclosing any identifiable health information about you. If you choose to sign an authorization to disclose information, you can later revoke that authorization, in writing, to stop future uses and disclosures.

We may disclose your medical information for public health activities. We may also disclose medical information to a public agency authorized to receive reports of child abuse or neglect. Texas law requires physicians to report child abuse or neglect. Regulations also permit the disclosure of information to report abuse or neglect of elders or the disabled.

We may disclose your medical information to a health oversight agency for those activities authorized by law.

We may disclose your medical information in the course of judicial or administrative proceedings in response to an order of the court or other appropriate legal process.

If asked by a law enforcement official, we may disclose your medical information under limited circumstances.

We may disclose your medical information as required by the Texas Workers' Compensation law.

We may disclose your medical information for specialized governmental functions such as separation or discharge from military service, request as necessary by appropriate military command officers (if you are in the military).

Signature of Patient or Personal Representative

Date

Printed Name of Patient or Personal Representative

Description of Personal Representative's Authority

ALLERGY IMPACT QUESTIONNAIRE

PATIENTS NAME: _____ D. O. B. ____ / ____ / ____ DATE OF SERVICE: ____ / ____ / ____

OFFICE STAFF ONLY: ICD-9 CODES FOR PATIENT: _____ : _____ : _____ : _____ : _____

1. Do you think you suffer from Allergies? ____ Yes / ____ No
2. Are the symptoms all year around or seasonal? Year Long / Seasonal
3. How long do your symptoms last during an allergy flare up? Less than 7 days / More than 7 days
4. What time of the day are your symptoms the worst? Morning / Afternoon / Night / All day
5. Are the symptoms worse in the spring, fall or both? Spring / Fall / Both
6. Do you have any sinus drainage issues? ____ Yes / ____ No If Yes, When? AM / PM / All day
7. Do you ever have watery or itchy eyes? Always / Most Times / Sometimes / Never
8. Do you cough or sneeze on a regular basis? ____ Yes / No ____ If Yes, When? _____
9. Do you have regular Upper Respiratory Infections? ____ Yes / ____ No If Yes, < 3 or > 3 per year
10. Do you think you might be allergic to Animals? ____ Yes / ____ No
11. Have you been diagnosed with Asthma? ____ Yes / ____ No If Yes, When? _____
12. Do you have a family history of Asthma? ____ Yes / ____ No
13. Have you ever been hospitalized for asthma? ____ Yes / ____ No If Yes, when was the last time? _____
14. How long have you resided in your current State? ____ Years / ____ Months
15. How long have you lived in your current residence? ____ Years / ____ Months
16. Did you have allergies in your previous residence or State? ____ Yes / ____ No
17. Are you currently taking any allergy medications? ____ Yes / ____ No
If yes, please list all medications including any over the counter (OTC) medications as well.

18. Are you currently taking any blood thinner medications? ____ Yes / ____ No
If yes, please list: _____
19. Are you currently taking a beta-blocker for a heart condition? ____ Yes / ____ No / ____ Unsure
20. Are you or could you be pregnant? ____ Yes / ____ No

Name: _____

Date: _____

EPWORTH SLEEPINESS SCALE FORM

Instructions: Be as truthful as possible. Print the form. Read the situation in the first column; select your response from the second column; enter that number in the third column. Total all of the entries in the third column and enter the total in the last box.

Situation	Responses	Score
Sitting and Reading	0 = would never doze 1 = slight chance of dozing 2 = moderate chance of dozing 3 = high chance of dozing	
Watching Television	0 = would never doze 1 = slight chance of dozing 2 = moderate chance of dozing 3 = high chance of dozing	
Sitting inactive in a public place, for example, a theater or a meeting	0 = would never doze 1 = slight chance of dozing 2 = moderate chance of dozing 3 = high chance of dozing	
As a passenger in a car for an hour without breaks	0 = would never doze 1 = slight chance of dozing 2 = moderate chance of dozing 3 = high chance of dozing	
Lying down to rest in the afternoon	0 = would never doze 1 = slight chance of dozing 2 = moderate chance of dozing 3 = high chance of dozing	
Sitting and talking to someone	0 = would never doze 1 = slight chance of dozing 2 = moderate chance of dozing 3 = high chance of dozing	
Sitting quietly after lunch when you've had no alcohol	0 = would never doze 1 = slight chance of dozing 2 = moderate chance of dozing 3 = high chance of dozing	
In a car while stopped in traffic	0 = would never doze 1 = slight chance of dozing 2 = moderate chance of dozing 3 = high chance of dozing	
TOTAL SCORE		

A score of 10 or greater indicates a possible sleep disorder. Take the completed form to your doctor.

DATE	
------	--

PLEASE WRITE FULL MEDICATION NAME

Medication (write out full name as written on bottle)	DOSE (QTY & measure)	FREQUENCY (how often)	PRESCRIBER (Who)

EXACT MEDICATION NAME & DOSE!
There will be no refills if this is not correct.

PLEASE NOTE: Your medication may not be filled if it is not correctly spelled out!

PATIENT: _____
DOB: _____
DOCTOR: _____

HCFA ASSIGNMENT OF BENEFITS

I request that payment of authorized Medicare benefits be on my behalf to RESPIRATORY CONSULTANTS OF HOUSTON, P. A. I authorize any physician with RESPIRATORY CONSULTANTS OF HOUSTON, P. A. to release to the Health Care Financing Administration, Medicare and its agents any information needed to determine these benefits payable to related services.

I understand my signature request that payment be made and authorizes release of medical information necessary to pay the claim. If item 9 of the HCFA-1500 claim form is completed, my signature authorizes release of the information to the insurer or agency shown. In Medicare assigned cases, the physician or supplier agrees to accept the charge determination of the Medicare carrier as the full charge, and the patient is responsible only for the deductible, co-insurance and non-covered services. Deductible and co-insurance are based upon the charge determination of the Medicare carrier.

Medicare Number

Beneficiary Signature

Date

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

By signing this form, I authorize you to use and disclose the protected health information as described below.

Patient Name _____

Social Security No _____ Date of Birth _____

I hereby request the following entity to disclose my protected health information:

Name of Institution _____ FAX _____

Street _____

City _____ State _____ Zip Code _____

My medical records/health information may be disclosed to the following person(s)/entity:

Name of Institution _____ FAX _____

Street _____

City _____ State _____ Zip Code _____

The health information you may release subject to this authorization is as follows:

- _____ All Health Information
- _____ History & Physical
- _____ Progress Notes
- _____ Consultation Reports
- _____ Discharge Summary Reports
- _____ Laboratory Reports/Results
- _____ Radiology Reports and/or Films
- _____ Other (Please Specify) _____

Limitations on the protected health information you may release are subject to the following restrictions:

I understand that I have the right to revoke this authorization in writing at any time by sending a written notification to the following address, otherwise the Authorization is valid for 1 year:

Privacy Office
6550 Fannin, Suite 2403
Houston, Texas 77030
Fax (713) 793-1538 – Tel (713) 790-6250

I understand that if I revoke this authorization, it is not effective if the practice has already acted on a previous authorization by me. Also, I understand that I cannot revoke this authorization if it was obtained as a condition of obtaining insurance coverage, as other laws provide insurers with the right to contest a claim under my insurance policy. I further understand that information is used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to a subsequent disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal HIPPA privacy regulations. In no way will Respiratory Consultants of Houston, PA condition my treatment, payment, and enrollment in a health plan or eligibility for benefits on whether I provide authorization for the requested use or disclosure.

Signature of Patient or Personal Representative

Printed Name of Patient or Personal Representative

Date