



6402 Louetta Rd. #140
 Spring, TX 77379
 Tel: (281) 251-8700
 Fax: (281) 251-8701

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE PACIENTES

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M F
 DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
 NUMERO DE TELEFONO: _____ CELULAR: _____
 CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____
 _____ SIN ALERGIAS CONOCIDAS ALERGIAS: _____
 RAZON DE SU VISITA: _____
 MEDICAMENTOS ACTUALES: ESCRIBA LOS MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCION Y NO-PRESCRIPTOS (INCLUYENDO VITAMINAS Y SUPLEMENTOS)

(MUJERES) ESTA EMBARAZADA? SI NO NO SE FECHA DE SU ULTIMO PERIODO MENSTRUAL: _____
 HISTORIAL MEDICO (MARQUE TODAS LAS ENFERMEDADES ACTUALES Y DEL PASADO): (circulo) Dolores de cabeza Hipertencion
 Artritis Prostata Gastritis/Ulcera VIH Hepatits Depresion/Anciedad Asma Enfermedades Del Corazon Cancer Gota
 Dolor en el pecho Colesterol alto Otro: _____
 HA TENIDO ALGUNA CIRUJIA EN EL PASADO? SI NO Tipo/Fecha: _____

HISTORIA FAMILIAR (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN): Cardiopatía Presion arterial alta Diabetes Enfermedad tiroidea
 Derrame cerebral Artritis Osteoporosis Alzheimer's Cancer(tipo) _____
 Otro: _____
 FUMAS, VAPORIZAS O CONSUMES TABACO? SI NO Cigarrillos ___por dia Cigarros ___por dia Cigaro Electronico
 DROGAS RECREATIVAS? SI NO En caso afirmativo, que Drogas? _____
 BEBIDAS ALCOHOLICAS: SI NO En caso afirmativo, con que frecuencia? DIARIO SEMANAL MENSUAL RARA VEZ
 COMO ESCUCHO DE ACCESS HEALTH CLINIC? _____

ACUERDO FINANCIERO

Pago es debido en completo en el momento del servicio. Métodos aceptables de pago son efectivo, débito o tarjeta de crédito. Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre yo y mi compañía de seguros; Access Health Clinic no participa en la facturación a su compañía de seguros. Si tengo preguntas o dudas acerca de mi cobertura para visitas al consultorio, procedimientos, análisis de laboratorio, medicamentos o condiciones particulares, soy responsable de obtener esta información. Acepto pagar total para todos los servicios si elijo que el servicio prestado

HIPAA

Access Health Clinic mantiene el estándar de las leyes HIPAA. Como paciente, queremos que usted sepa:
 • Respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y hará todo lo posible para asegurar y proteger la privacidad.
 • Cuando es apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima a aquellos que necesitan de su información médica, tratamiento, pago u operaciones de atención médica, con el fin de proporcionar atención médica que está en su mejor interés.
 • Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o divulgación de su información personal de salud, pero esto debe ser por escrito.
 • Bajo esta ley, tenemos el derecho a rechazar tratamiento debe se niega a revelar su información Personal de la salud (PHI). Esta información es fundamental en la toma de decisiones médicas adecuadas. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este consentimiento, por favor hable con uno de los funcionarios de la Access Health Clinic.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento a exámenes médicos y exámenes médicos para determinar mi estado de salud, otras evaluaciones médicas, procedimientos de diagnóstico, atención de rutina y tratamientos médicos que el personal médico y profesional de Access Health Clinic estime necesario, conveniente o apropiado. Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no hay garantías se han hecho a mí respecto de los resultados de los procedimientos o tratamientos. He leído la información anterior y consiente que es correcto lo mejor de mi conocimiento. Mi firma aquí indica el cumplimiento de las políticas anteriores.

 Firma del paciente/guardian

 Fecha