



FORMA DE REGISTRO

(Llene la forma y seleccione las casillas ☒ que correspondan)

Fecha de hoy (mm/dd/aa)

____/____/____

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apellido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) ____/____/____	Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre	Estado civil ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a
Nombre (y segundo nombre si corresponde)	Número de seguro social ____ - ____ - ____		
Raza (seleccione una) ☐ Blanca ☐ Negra o afroamericana ☐ India americana o nativa de Alaska ☐ Asiática ☐ Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Otra raza ☐ Multirracial		Origen étnico (seleccione uno) ☐ Hispano/a ☐ No hispano/a	Idioma principal ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono (____) _____ - _____	Correo electrónico		

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Seguro médico primario							
☐ Medicare	☐ Medicaid	☐ Wellmed	☐ BCBS of TX	☐ Ambetter	☐ Humana	☐ Imagine Health	☐ Cigna
☐ Wellcare	☐ Aetna	☐ Molina	☐ Superior	☐ HealthSpring	☐ United Healthcare	☐ Otro: _____	
Número de grupo		Número de póliza				Copago \$ _____	
Seguro médico secundario (si corresponde)							
☐ Medicare	☐ Medicaid	☐ Wellmed	☐ BCBS of TX	☐ Ambetter	☐ Humana	☐ Imagine Health	☐ Cigna
☐ Wellcare	☐ Aetna	☐ Molina	☐ Superior	☐ HealthSpring	☐ United Healthcare	☐ Otro: _____	
Número de grupo		Número de póliza				Copago \$ _____	
Si el/la paciente no es el/la titular del seguro, proporcione la información de el/la asegurado/a titular a continuación.							
Apellido de el/la asegurado/a titular	Fecha de nacimiento de el/la titular (mm/dd/aa) ____/____/____			Relación de el/la paciente con el/la titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otro: _____			
Nombre de el/la asegurado/a titular (y segundo nombre si corresponde)	Número de seguro social de el/la titular ____ - ____ - ____						

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o pariente local en caso de una emergencia	Relación con el/la paciente	Teléfono (____) _____ - _____
--	------------------------------------	---

RECOMENDACIÓN

¿Cómo se enteró de esta clínica?							
☐ Plan de Seguro	☐ Búsqueda en Internet	☐ Redes Sociales	☐ Familiar	☐ Amigo	☐ Anuncio	☐ Volante	☐ Otro: _____

CONSENTIMIENTO A LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

☐ No deseo dar permiso de divulgar información sobre mi salud o resultados de ningún tipo a nadie que no sea yo o mi representante personal legal.
☐ Doy permiso a RGV Health Medical Clinic, PLLC de divulgar a la(s) persona(s) enumerada(s) a continuación mi información médica con respecto a citas, resultados de pruebas de diagnóstico, etc. Las únicas excepciones a este permiso son los resultados relacionados con enfermedades de transmisión sexual o VIH, ya que esto requiere mi consentimiento adicional.
Nombre(s): _____ Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN DE SALUD

(Llene la forma y seleccione las casillas ☒ que correspondan)

ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR							
	Usted	Padre	Madre		Usted	Padre	Madre
Enfermedad cardíaca	☐	☐	☐	Asma	☐	☐	☐
Presión arterial alta	☐	☐	☐	Artritis reumatoide	☐	☐	☐
Accidente cerebrovascular	☐	☐	☐	Gota	☐	☐	☐
Cáncer	☐	☐	☐	Colesterol alto	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐	EPOC	☐	☐	☐
Alergias	☐	☐	☐	Depresión	☐	☐	☐
Otro (especifique)	_____	_____	_____	Otro (especifique)	_____	_____	_____

SOLO MUJERES			
¿Está embarazada o amamantando?		☐ Sí ☐ No	Número de embarazos: _____
		Número de hijos nacidos vivos: _____	
Si tiene 40 años o más, ¿se ha hecho una mamografía? ☐ Sí ☐ No			
En caso afirmativo, ¿en qué año se realizó la prueba? _____ ☐ Resultado normal ☐ Resultado anormal, especifique: _____			
¿Se ha hecho una prueba de Papanicolaou? ☐ Sí ☐ No			
En caso afirmativo, ¿en qué año se realizó la prueba? _____ ☐ Resultado normal ☐ Resultado anormal, especifique: _____			

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL		
¿Hace ejercicio?	¿Consume alcohol?	¿Consume drogas ilegales?
☐ No	☐ No	☐ No
☐ Una o dos veces por semana	☐ Una o dos bebidas/cervezas a la semana	☐ Ocasionalmente
☐ Más de dos veces por semana	☐ Más de dos bebidas/cervezas a la semana	☐ Una vez a la semana o más
¿Fuma tabaco?		¿Ha tenido alguna caída en el último año?
☐ No		☐ No
☐ Sí, fumo/fumé durante _____ años el equivalente a _____ cajetillas por día		☐ Sí, ¿cuántas? _____
Si tiene 45 años o más, ¿se ha hecho una colonoscopia? ☐ Sí ☐ No		
En caso afirmativo, ¿en qué año se realizó la prueba? _____ ☐ Resultado normal ☐ Resultado anormal, especifique: _____		
¿Tiene directivas anticipadas? ☐ Sí ☐ No		
Las directivas anticipadas son documentos legales que le permiten detallar con anticipación sus decisiones sobre su atención médica al final de su vida. Un poder notarial es un documento que nombra a su apoderado para su atención médica. Su apoderado es alguien en quien confía usted para tomar decisiones sobre su salud en caso de que no pudiera hacerlo usted mismo/a por su estado de salud. El poder notarial puede incluir lo siguiente: • aceptar o no atención médica si queda permanentemente inconsciente • el uso de máquinas de diálisis y respiración • una declaración sobre si desea ser resucitado • qué hacer si la respiración o los latidos del corazón se detienen • la decisión de aceptar o no la alimentación por tubo • su disposición a donar sus órganos o tejidos		

FARMACIA	
Farmacia y ubicación	
Enumere a continuación todos los medicamentos recetados y de venta libre que toma regularmente, incluidas las vitaminas e inhaladores. Si necesita espacio adicional, utilice la parte posterior de esta hoja	
1. _____	2. _____
3. _____	4. _____
5. _____	6. _____
Enumere a continuación sus alergias a medicamentos con los nombres y las reacciones que tuvo	
1. _____	2. _____

POLÍTICAS DE LA CLINICA

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Al firmar a continuación, doy plena autorización al Dr. Rafael Otero y su personal para tratar mis condiciones médicas y enfermedades.

INDICACIONES DE MEDICAMENTOS

Doy mi consentimiento para todos los exámenes de laboratorio y procedimientos de oficina que mi doctor pueda considerar necesarios para mi tratamiento. También acepto leer todas las indicaciones de cualquier medicamento que me receten y hacer todas las preguntas antes de tomar dichos medicamentos. Si se me proporciona alguna muestra, acepto solicitar las indicaciones de las muestras para leerlas y hacer todas las preguntas antes de tomar las muestras. También acepto cumplir con las recomendaciones médicas y las citas de seguimiento que se me dan. No hacerlo puede afectar seriamente mi salud y mi vida. También estoy de acuerdo en que si falto a dos citas consecutivas puedo ser expulsado como paciente por falta de seguimiento.

POLÍTICAS DE PAGO

Nuestra oficina verifica todos los seguros antes de su primera cita. La información obtenida de su compañía de seguros no es una garantía de pago. Es solo una revisión de los beneficios del paciente.

Autorizo que los pagos se realicen directamente a RGV Health Medical Clinic, PLLC o a Rafael Otero, MD por los beneficios médicos, si los hubiera, pagaderos a mí por sus servicios, reconociendo que soy responsable de pagar los servicios no cubiertos y los copagos según lo requiera mi seguro. Entiendo que mi copago / deducible debe ser cubierto antes de que se presten los servicios.

Se requiere el pago en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Esto incluye el copago aplicable. Nuestra oficina acepta efectivo, cheque, tarjeta de débito, Visa y MasterCard. Hay un cargo por servicio de \$25.00 por cheques devueltos. Los copagos se cobran en el momento del registro. Si un paciente no puede pagar el copago, tendremos que reprogramar la cita.

Los pacientes con deducibles pendientes o sin seguro médico deberán pagar \$120.00 por la primera visita y \$100.00 por cada visita posterior. El pago debe hacerse al hacer el registro de entrada. Los créditos del paciente se aplicarán a la próxima visita o se reembolsarán si no es necesaria otra cita.

Los pacientes con un saldo pendiente deben comunicarse con nuestro personal de facturación y cobro para que puedan ayudarlo a crear un plan financiero. Después del segundo intento de cobrar el pago, su cuenta será reportada a una agencia de cobro.

SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE

Somos un proveedor que participa con el programa Medicare Parte B. Como tal, estamos obligados a eliminar la diferencia entre lo que Medicare nos paga por los servicios prestados a usted (la "cantidad permitida") y nuestro cargo habitual. Medicare nos paga el 80% de la "cantidad permitida" directamente. El copago restante del 20% y su deducible anual son responsabilidad del paciente por ley federal.

SEGURO DE VIAJERO PARA PACIENTES INTERNACIONALES

Cualquier paciente internacional que tenga un seguro de salud canadiense o cualquier otro seguro de salud extranjero o seguro de viajero automáticamente se convierte en paciente de pago por cuenta propia. Es responsabilidad del paciente presentar su reclamo ante la compañía de seguros.

RESURTIDOS DE MEDICAMENTOS

Los medicamentos deben volver a surtirse durante su visita al médico. Si llama para solicitar un resurtido de medicamentos, permítanos 3 días hábiles para procesar su solicitud. No se autorizarán resurtidos si el paciente no ha sido visto por el médico durante más de 3 meses o el tiempo recomendado por el médico. Se me ha aconsejado, entiendo y acepto que RGV Health Medical Clinic tiene derecho a hacer una verificación de mi historial de medicamentos de las farmacias.

SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS

Los pacientes que soliciten copias de sus registros médicos primero deben firmar un formulario de autorización. El cargo es de \$1.00 por página para las primeras 25 páginas y \$0.50 por cada página adicional a partir de entonces. Los registros se pueden recoger con una identificación con foto. No se puede enviar por correo. Esto es para garantizar la confidencialidad del paciente.

FALTA A CITA MEDICA

Los pacientes que no cancelen o reprogramen una cita con al menos 24 horas de anticipación estarán sujetos a una tarifa de cita fallida de \$25.00.

PUBLICAR REGISTROS MÉDICOS

Por la presente, también autorizo a mi doctor a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento necesaria para procesar reclamos de seguros y a cualquier médico consultor/especialista al que pueda ser referido. Si mi seguro es un HMO o PPO, es mi responsabilidad asegurarme de que mi médico figure como mi médico de atención primaria en mi seguro.

FORMULARIOS DE CERTIFICACIÓN FMLA

Los siguientes formularios de certificación del médico por una condición de salud grave [Family and Medical Leave Act, FMLA] solicitados por el paciente tienen un costo de \$35, pagaderos al momento que el doctor llene la forma. Las formas pueden tomar entre 10-14 días hábiles para ser procesadas.

- Forma WH-380-E (condición de salud grave del empleado) - úsela cuando una solicitud de licencia se deba a la condición médica del empleado.
- Forma WH-380-F (condición de salud grave de un miembro de la familia) - úsela cuando una solicitud de licencia se deba a la condición médica de un miembro de la familia del empleado.

ACUERDO

Certifico que toda la información que proporcioné es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Notificaré al Dr. Rafael Otero y su personal de cualquier cambio en el estado de la información anterior. Autorizo que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original. La autorización está en vigor hasta que sea cancelada o cambiada por mí y así se indique por escrito.

Al firmar a continuación, acepto que he leído cuidadosamente las declaraciones anteriores y estoy de acuerdo con todas las disposiciones y autorizaciones establecidas en dichas declaraciones.

Firma del paciente: _____

Fecha (mm/dd/aa): ____/____/____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

(Llene la forma y marque las casillas ☒ que correspondan)

Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) ____/____/____
Nombre previo (nombre con apellido de soltera, si aplica) _____	Número de seguro social ____ - ____ - ____

Solicito y autorizo a los siguientes médicos a divulgar mi expediente médico a:

RGV Health Medical Clinic, PLLC.
832 Ridgewood St. Suite B, Brownsville, Texas 78520
Tel: (956) 667-5298
Fax: (888) 498-3755

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

Esta solicitud y autorización se aplican a lo siguiente:

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| ☐ Última consulta | ☐ Última colonoscopia y FOBT | ☐ _____ |
| ☐ Últimos laboratorios | ☐ Última mamografía | ☐ _____ |
| ☐ Último informe radiológico | ☐ Última prueba de Papanicolaou | ☐ _____ |

Firma del paciente: _____

Fecha (mm/dd/aa): ____/____/____