



Spring:
610 Rayford Rd, Ste. 644
Spring, TX 77386

Conroe:
16145 Hwy 105 W, Ste. 600
Montgomery, TX 77356

New Caney:
12073 N Grand Parkway E, Ste. 200
New Caney, TX 77357

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE PACIENTES

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO: M or F
DIRECCION: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

NUMERO DE TELEFONO: CASA: _____ CELULAR: _____

EMPLEADOR: _____ NUMERO TEL. TRABAJO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

ALERGIAS: SIN ALERGIAS CONOCIDAS OTRAS ALERGIAS: _____

RAZON DE SU VISITA: _____ CUANDO INICIARON LOS SINTOMAS: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: ESCRIBA LOS MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCION Y NO-PRESCRITOS(INCLUYENDO VITAMINAS Y SUPLEMENTOS) (MEDICAMENTO/DOSIS/CON QUE FRECUENCIA): _____

HISTORIAL MEDICO (MARQUE TODAS LAS ENFERMEDADES ACTUALES Y DEL PASADO): DOLORES DE CABEZA HIPERTENCION ARTRITIS HUESOS/ARTICULACIONES PROSTATA GASTRITIS/ULCERA VIH HEPATITIS DEPRESION/ANCIEDAD ASMA ENFERMEDADES DEL CORAZON CANCER OTRO _____

HA TENIDO ALGUNA CIRUJIA EN EL PASADO? SI NO TIPO/FECHA: _____

HISTORIA FAMILIAR (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN) ENFERMEDADES DEL CORAZON ATAQUE FULMINANTE ARTRITIS OSTEOPOROSIS ALZHEIMER CANCER(TIPO): _____ OTRA: _____

(MUJERES) ESTA EMBARAZADA: SI NO FECHA DE SU ULTIMO PERIODO MENSTRUAL: _____

USTED FUMA/MASTICA TABACO? SI NO CIGARILLOS PAQUETES POR DIA PUROS POR DIA

USTED USA DROGAS RECREATIVAS? SI NO SI USA, CUALES: _____

USTED TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS: SI NO SI TOMA, CON QUE FRECUENCIA? SOCIAL RARAMENTE A DIARIO

COMO ESCUCHO DE EXPRESS FAMILY 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; *Express Family 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

Express Family 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 *Express Family 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 *Express Family 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