

Si alguna vez ha tenido algún problema en el pasado con lo siguiente por favor circule:					
1. Cabeza y Cuello			8. Musculos y Huesos		
Dolores de cabeza	SI	NO	Dolor crónico del cuello o espalda	SI	NO
Fiebre heno	SI	NO	Dolor y rigidez de las articulaciones	SI	NO
Cambio de vista recientemente	SI	NO	Calambres en piernas en las noches	SI	NO
Problema de audición	SI	NO	Artritis reumatoide	SI	NO
Catarata	SI	NO	Gout	SI	NO
2. Pecho y Pulmones			9. Neurologia		
Toz chronica	SI	NO	Debilidad, parálisis de un brazo o pierna	SI	NO
Asthma	SI	NO	Entumecimiento, hormigueo en un brazo o pierna	SI	NO
Embolia Polmunar	SI	NO	Mareos	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO	Desmayo o convulsiones	SI	NO
Respiración corta que limita actividades	SI	NO	10. General		
Bajo cambio en ejercicios o trabajo	SI	NO	Diabetes	SI	NO
3. Corazon			Alta/Baja Presión	SI	NO
Ataque al corazon	SI	NO	Problemas de tiroides	SI	NO
Cateterismo cardíaco	SI	NO	Anemia	SI	NO
Dolor al pecho, presión, apretones	SI	NO	Cancer	SI	NO
Latido del corazon irregular	SI	NO	Perdida de peso	SI	NO
Falta de aire o toz mientras acostado	SI	NO	Aumento de peso	SI	NO
Pies o tobillos inchados	SI	NO	Sarpullido crónico de la piel	SI	NO
Orinacion mas de una vez en la noche	SI	NO	11. Historial Familiar		
Dolor en los pies mientras camina	SI	NO	Diabetes	SI	NO
4. Estomago y Intestinos			Alta/Baja Presión	SI	NO
Nausea y vomito	SI	NO	Problemas de tiroides	SI	NO
Indigestión o ardor de estomago	SI	NO	Anemia	SI	NO
Pegamento de comida después de comer	SI	NO	Cancer	SI	NO
Dolor abdominal o hinchazon	SI	NO	Enfermedades del corazón	SI	NO
Ulceras del estomago	SI	NO	12. Cómo se siente		
Jaundice, hepatitis, o problemas del hígado	SI	NO	Tiene problemas para dormir?	SI	NO
Cálculos biliares	SI	NO	Tiene problemas para permanecer domido?	SI	NO
Estreñimiento y Diarrea	SI	NO	Se siente muy cansado?	SI	NO
Cambios en los intestinos	SI	NO	Si siente tenso, con nervios, o ancioso?	SI	NO
Moco y sangre en el excremento	SI	NO	Se siente deprimido?	SI	NO
Heces negra	SI	NO	Batalla para recordar or concentrarse?	SI	NO
Colon espástico	SI	NO	A consultado un psiquiatra?	SI	NO
Diverticulitis	SI	NO	13. Social		
5. Genitourinario			Usa cinturón de su caro?	SI	NO
Ardor en orina	SI	NO	Hace ejercicio diario?	SI	NO
Pérdida de orina	SI	NO	Usted Fuma?	SI	NO
Cálculos renales	SI	NO	Cuanto diariamente?		
Dificultad con empear orina	SI	NO	Consume alcohol?	SI	NO
6. Solo Hombres			Cuanto?		
Testiculos sensibles o hinchados	SI	NO	Cuál es su ocupación?		
Problema con erección	SI	NO	Ha viajado fuera del país?	SI	NO
7. Mujeres solamente			A donde?		
Biopsia del seno	SI	NO	Nombre: Fecha de Nacimiento:		
Bulto en seno	SI	NO			
Sangre o descarga del seno	SI	NO			
Antecedentes familiares de Cáncer del seno	SI	NO			
Histerectomía	SI	NO			

Vive su madre? _____ Edad: _____

Vive su padre? _____ Edad: _____

Hermanos vivos? _____

Fallecidos: _____

Causa/s de muerte? _____

Hijos/as vivos? _____

Fallecidos: _____

Causa/s de muerte? _____

Nombres de medicamentos actuales, dosis, fortalezas, y frecuencia:

1. _____

5. _____

2. _____

6. _____

3. _____

7. _____

4. _____

8. _____

Alergias a medicamentos:

1. _____

3. _____

2. _____

4. _____

Cirugías o hospitalizaciones:

1. _____ Año _____

2. _____ Año _____

3. _____ Año _____

Fecha de ultimo:

Rayo X del pecho _____

Papanicolaou _____

Electrocardiograma _____

Vacuna de Tetanos _____

Mammograma (Mujeres) _____

Farmacia preferida: _____

Ubicación/Numero de Telefono: _____ () - _____

Firma de Doctor (Physicians Signature) _____ **Fecha(Date)** _____

Nombre de Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____



Arlington Family Health Pavillion
Family Doctors

Arlington. Texas

Todos los copagos y balances son debidos en el momento de los servicios solo que acuerdos anteriores se han hecho con el gerente de la oficina. Los padres completaran los siguientes formularios para sus hijos, por favor asegúrese de que usted nos proporciona la información correcta que se necesita para ponerse en contacto con el tutor legal. No nos pondremos en medio de la legalidad de divorcios y las cuestiones relativas a los saldos y pagos o saldos vencidos.

Informacion Personal:

Nombre: Apellido: _____ Primer: _____ M: _____

Sexo: M F

Fecha De Nacimiento: _____ SS#: _____

Numero de Licencia: _____

Dirección: _____ Apt#: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Seleccione su con contacto preferido (Contacto preferido autoriza a doctores/personal de la oficina dejar mensaje detallado.)

Numero de Casa: _____

Celular: _____ Consiento a mensajes por texto

Email: _____

Informacion de Trabajo:

Empleado: Si No Jubilado Estudiante

Lugar de Trabajo: _____

Estado Civil:

Casado/a Divorciado/a Separado/a Soltero/a Buido/a

Nombre de Pareja: _____ Fecha de Nacimineto: _____ SS#: _____

Lugar de Trabajo: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relacion: _____ Número de teléfono: _____

Etnicidad/Rasa:

Hispano/Latino/a No Hispano/a Raza Desconocida

Nativo Americano/Alaska Hawaiiiano/De Las Islas Pacificas Africano Americano

Otro Deseo no compartir

Idioma:

Primario: _____ Secundario: _____

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____



Arlington Family Health Pavillion
Family Doctors

Arlington, Texas

Infomacion de Seguro Medico:

¿Es el asegurado primario? Si No No Seguro Medico (Siga a la página 3)

Si su respuesta es NO, llene la siguiente informacion del asegurado primario:

Nombre de primario: _____ M F
Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ DL#: _____
Lugar de Trabajo: _____ Relacion: _____
Proveedor de Aseguranza: _____
ID#: _____ Grupo#: _____

Si tiene beneficios secundarios de seguro médico, llene lo siguiente:

Nombre de primario: _____ M F
Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ DL#: _____
Lugar de Trabajo: _____ Relacion: _____
Proveedor de Aseguranza: _____
ID#: _____ Grupo#: _____

La Regla de Privacidad exige que los proveedores de atención médica tomen medidas razonables para limitar el uso de la divulgación y solicitud de PHI (Información Médica del Paciente). Haremos todo en nuestro medio para lograr el propósito deseado. Estas disposiciones no se aplican a las notas o declaraciones hechas en virtud de una solicitud de autorización de un individuo. Entidades de atención de salud deben llevar un registro de las divulgaciones de PHI se indican a continuación. Usos y divulgaciones pueden ser permitidas sin el consentimiento previo, en caso de una emergencia. Autorizo la divulgación de los registros médicos y la información financiera necesaria para procesar cualquier reclamación.

Yo autorizo a mi compañía de seguros si es aplicable a los pagos de AFHP para recibir tratamiento médico. También estoy de acuerdo que la cumplimentación de cualquier reclamo médico con la compañía de seguros no es garantía de pago. En el caso de que mi reclamo es negado, voy a ser responsable del balance. Hay una fecha límite para cada compañía de seguros. Tenga en cuenta que si usted no trae una tarjeta de seguro dentro de los 60 días de su visita, usted será responsable por el saldo adeudado.

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____



Autorización y Consentimiento de Información Médica

HIPAA requiere una lista de todas las personas a las que el usuario garantiza el acceso a su información médica. Este formulario les permitirá a las personas autorizadas para recibir información sobre las citas, resultados de pruebas, así como el permiso para recoger la prescripción, así como cualquier otra información relacionada con el tratamiento proporcionado por nuestras instalaciones.

Yo permito que las siguientes personas tengan acceso a mi expediente médico:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

¿Le gustaría ser avisado/a si alguna fuente externa (es decir, los seguros de vida, seguros de automóviles, compañías de seguros de salud piden información sin un consentimiento firmado) solicita información sobre su nombre? Tenga en cuenta que si marca "NO" no notificaremos a menos que una autorización firmada no está presente.

- Si, por favor me puede avisar
- No, no es necesario avisar

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Consentimiento para tartar a un menor
(Debe ser llenado por un padre o tutor de un menor)

Yo autorizo a Arlington Family Health Pavillion, sus doctores, enfermeras, y algun otro asociado de examimar y tartar a mi hijo/a de nombre:

Nombre del Paciente: _____ Fech de Nacimiento: _____

Adicionalmente, en caso de que no pueda atender la cita con mi hijo/a, doy me permiso a los siguientes individuos asistir en mi lugar:

1. **Nombre** _____ **Relacion** _____

de telefono _____

2. **Nombre** _____ **Relacion** _____

de telefono _____

Nombre de Padre o Tutor: _____ Relacion: _____

Firma de Padre o Tutor: _____ Fecha: _____



Arlington Family Health Pavilion
 707 N. Fielder Rd, Suite A
 Arlington, TX 76012
 Office: 817-277-2671
 Fax: 817-460-3004

Authorization for Release/Disclose Protected Health Information

Patient Name: _____ D.O.B _____ / ____ / ____
 Address: _____
 City _____ State _____ Zip _____
 Home: _____ Cell: _____
 Date Records Requested: ____ / ____ / ____

I, authorize Arlington Family Health Pavilion to request or send my medical records from the following doctor:

(Please check one) Send to Request from

Doctor's Name: _____
 Address: _____ City _____ State _____ Zip _____
 Phone: _____ Fax: _____

Information Being Requested: Please describe the information that you would like to be released or obtained. *(Please include inclusive dates and/or specific type of records)*

Instructions: ******If more than 75 pages please send on disc. ******

Review Procedures:

Your request to inspect or copy your protected health information will be reviewed by our privacy official, who will determine if the information requested may be available to you. We may be legally prohibited from making certain information available to you or your representative, including:

- Psychotherapy notes
- Information related to legal proceedings
- Information that federal or state laws prevent us from disclosing
- Information related to medical research in which you have agreed to participate
- Information whose disclosure may result in harm or injury to you or to another person
- Information obtained under a promise of confidentiality

**Attach this request to records
when faxing back records.**

Fax: 817-460-3004

Within the limitations of the law, we will make every effort to accommodate your request. We will:

- Complete our review of your request and either arrange for you to inspect your records within **30 days** of your request
- Provide you with a written explanation of any request that we review that decision if we deny your request, in whole or in part, you may request that we review that decision.

Patient Acknowledgment

- I understand that the records used and disclosed pursuant to this authorization may include information relating to: Genetic counseling, human immunodeficiency virus (HIV) or acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) treatment, history of drug or alcohol abuse, mental, behavioral health or psychiatric care, and/or other sensitive information.
- I understand that I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent that Arlington Family Research Center has relied on this authorization. The written revocation should be addressed to the Records Department, unless otherwise revokes, I understand that the date or event which this authorization expires 180 days from the date of signature. A photo copy of this authorization is considered as valid as the original.
- I understand that to the extent any recipient of this information, as identified above, is not a "covered entity" under the Federal or Texas privacy law, the information may no longer be protected by Federal and Texas privacy law once it is disclosed to the recipient, and therefore, may be subject to re-disclosure by the recipient.
- I understand that according to Chapter 159 of the Texas Occupational Code Section 159.005 and HIPAA, a re-disclosure could be made from records received from another health care provider involved in my care or treatment.

Patient Signature

Name of Patient (Print) _____ Signature of Patient _____ Date _____

Signature of Patient Representative _____ (Required if the patient is a minor or an adult who is unable to sign this form) Relationship of Representative _____