



Formulario Nuevo de Registro Del Paciente

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre (APELLIDO)	(PRIMER)	(SEGUNDO)
Fecha de Nacimiento ____/____/____	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	

INFORMACIÓN DEL PERSONA RESPONSABLE

Nombre (APELLIDO)	(PRIMER)	(SEGUNDO)
Fecha de Nacimiento ____/____/____	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Dirección de Envío, Ciudad, Estado, Código Postal		
Teléfono Principal (ELIGE: CASA CELLULAR TRABAJO OTRA)		
Teléfono Secundario (ELIGE: CASA CELLULAR TRABAJO OTRA)		
Otro Teléfono (ELIGE: CASA CELLULAR TRABAJO OTRA)		
Correo Electrónico		
Relación con el Paciente		

INFORMACIÓN DEL CONTACTO EMERGENCIA

Nombre (APELLIDO)	(PRIMER)	(SEGUNDO)
Fecha de Nacimiento ____/____/____	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Teléfono Principal (ELIGE: CASA CELLULAR TRABAJO OTRA)		
Teléfono Secundario (ELIGE: CASA CELLULAR TRABAJO OTRA)		
Otro Teléfono (ELIGE: CASA CELLULAR TRABAJO OTRA)		
Correo Electrónico		
Relación con el Paciente		

INFORMACIÓN DEL PEDIATRA

Nombre	
Grupo de Práctica	
Número de Teléfono	

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre	
Dirección o Encrucijada	
Número de Teléfono	
¿Paciente prefiere medicamentos tableta o líquido?	

Estoy de acuerdo en que la información proporcionada en este formulario es correcta y está actualizada con lo mejor de mi conocimiento.

FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE

FECHA



Autorización Para Liberar Registros Medicos

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Actual: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Alternativo: _____

Yo autorizó la información a conocer desde: Por favor enví mis registros para:

Facilidad: _____ Facilidad: HOUSTON PEDIATRIC UROLOGY, P.A.

Dirección: _____ Dirección: 7900 FANNIN SUITE 3700

Cuidad/estado/área: _____ Cuidad/estado/área: HOUSTON, TEXAS 77054

Teléfono/Fax: _____ Teléfono/Fax: (P) 13-795-5160 (F) 713-795-5132

Propósito de Dibugalcion: _____

Descripción	Fecha(s)	Descripción	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Record Medico	_____	<input type="checkbox"/> Imagen y Radiología	_____
<input type="checkbox"/> Historia y Física	_____	<input type="checkbox"/> Récor de Medicación	_____
<input type="checkbox"/> Exámenes Especiales y Terepía	_____	<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	_____
<input type="checkbox"/> Reportes Operativos	_____	<input type="checkbox"/> Demográficos	_____
<input type="checkbox"/> Información de Cuartos de Emergencia	_____	<input type="checkbox"/> Reporte de Consulta	_____
<input type="checkbox"/> Exámenes Clínicos _____	_____	<input type="checkbox"/> Otro:	_____
	_____		_____

Entiendo Que:

- Puedo negarme a firmar esta autorizacion y que es estrictamente voluntaria. Sin embargo, la negative a firmar esta forma hara que forma invalida
- Entiendo que la informacion de salud protegida puede incluir informacion y registros protegidos bajo la ley federal y estatal, tales como: alcohol, abuso de drogas, la salud mental, el SIDA o VIH pruebas o tratamientos.
- Mi tratamiento, pago de inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no voy a tener ningún efecto sobre ninguna acción tomada antes de recibir la revocación. Más detalles se pueden encontrar en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Si el solicitante o el receptor no es un proveedor de plan de salud o de atención médica, la información divulgada ya no puede estar protegida por la privacidad federal. Reglamentos y pueden ser revelados.
- Puede haber una tarifa razonable para obtener una copia de la información que se solicita en este formulario.
- Puedo obtener una copia de este formulario después de firmarlo.

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información médica como se indica.

Firmo del Paciente/Tutor/O Representate Personal

Fecha de la Firma

Nombre Impreso del Paciente/Tutor/O Representate Personal

Relación del Representate Personal con el Paciente



EL CONTRATO DEL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y EL PAGO

Yo autorizo a Houston Pediatric Urology, PA, que use y comparta mi información de salud que específicamente me identifica o que puede ser usado para identificarme para llevar a cabo mi tratamiento, pago, y opciones de atención médica.

Tratamiento incluye pero no es limitado a: la administración y actuación de todo tratamiento, la administración de algunos anestésicos necesarios, el uso de medicina recetada, la actuación de procedimientos como puedan ser necesarios o aconsejados para el tratamiento de este paciente como procedimientos diagnósticos, el tomo y uso de culturas y de otras pruebas laboratorias que son médicamente aceptadas, todos pueden ser médicamente aceptados o recomendados debido al Médico o persona asignada.

El pago incluye pero no se limita a: la autorización de pago directamente a Houston Pediatric Urology, PA, de beneficios pagados a mi. Yo reconozco la liberación de mi registro médico a aseguradores o personas de tercer partido autorizados a quienes la revelación es necesaria para establecer o coleccionar una tarifa para los servicios proveídos, como la facturación y servicios de recolección, pagadores de seguro, aseguradores de los accidentes de automóviles, o para heridas de trabajo a mi empleador y hecho disponible a través de redes computadores.

Atención Médica incluye pero no se limita a: la liberación de mi información médica a alguno de mis Médicos y sus oficinas o compañías de seguro participando en mi cuidado o tratamiento y la cualidad de ese cuidado.

Entiendo que esto está dado antes de algún diagnóstico específico o tratamiento y que estos servicios son voluntarios y que tengo el derecho de rechazar estos servicios. Tengo la intención de que este consentimiento sea continuado en naturaleza incluso después de que un diagnóstico es hecho y tratamiento recomendando. Este consentimiento quedará en toda su fuerza a menos que es revocado en escríbimiento y no afectará ninguna acción que fue ocupada antes de recibir mi revocación. Una fotocopia de este consentimiento será considerado tan válida como la original.

El paciente y/o el garante son responsables para los gastos incurridos. Es una cortesía para nuestra oficina el archivo con su seguro; pero es responsable de su co-pay y/o su porcentaje cual el seguro no es responsable el día de su cita. Es la responsabilidad del paciente obtener formas del médico primario cuando necesario. Si no ha obtenido la remisión antes de visita, el paciente es responsable por todo el pago todo en la fecha de servicio. Si no podemos obtener pago del paciente/garante dentro de un período razonable de tiempo, daremos su cuenta a una agencia de colecciones que lo dejará responsable de cualquier cargos incurridos.

He leído completamente y he comprendido la póliza de pago arriba. Estoy de acuerdo de enviar todos los pagos de seguro o de terceros partidos a Houston Pediatric Urology, PA, que recibio para servicios prestados a mi inmediatamente de recibir. Inicial de paciente/garante: _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA POR VIDA

Yo certifico que la información dada a mi en aplicación para pago de seguro social debajo de el Título XVII del Social Security Act es correcta. Autorizo a algun poseedor de la información médico sobre mi liberación al Administración de Seguro Social y de sus intermediarios o otros portadores de información necesarios por esto o una reclamación relacionado de Medicare. Pido que el pago del beneficios será pagado en mi nombre. Asigno los beneficios pagados para los servicios al Médico o organización amueblado estos servicios o authorize tal médico or organización presentar una reclamación para el pago.

Doy los beneficios pagable para servicios a Houston Pediatric Urology, PA. Inicial de Paciente/Garante: _____

Solicito esta autorización que aplique también a todos los otros seguros. Inicial de Paciente/Garante: _____

Reconozco que me ha dado Houston Pediatric Urology, PA, aviso de privacidad. Entiendo que si tengo preguntas o quejas que debo contactar el oficial de la privacidad de la facilidad. Inicial de Paciente/Garante: _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Doy permiso que mi información de salud protegida sea revelada para propósitos de resultados comunicados, veredictos, y decisions cuidado a los miembros de familia y otros listados abajo. Entiendo que puedo pedir los individuales salir de sala de examen en algún tiempo.

Nombre de Persona Autorizada para Recibir Información	Liberar información? (Por favor, círculo)	Permitido en sala de exam? (Por favor, círculo)
_____	S N	S N
_____	S N	S N
_____	S N	S N

**Si _____ liberación médica, la información pue

Yo certifico que he leído y comprendo completamente las frases arriba y consiento completamente y voluntariamente a sus contenido.

Firma de Paciente/Padre/Garante _____

Día de Nacimiento de Paciente _____ / _____ / _____

Fecha Hoy _____ / _____ / _____



Cuestionario Médico Para Paciente Nuevo

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre (APELLIDO)	(PRIMER)	(SEGUNDO)
Fecha de Nacimiento ____/____/____	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
¿Motivo por la visita?		

HISTORIA DE NACIMIENTO

	Explicación
¿El paciente tiene cualquier ultrasonidos prenatales anormales, o otras anormalidades de embarazo?	
¿Nació el paciente a término (≥38 semanas)? Si no, cuantos semanas edad de gestación?	
¿Donde nació el paciente?	
¿Estaba in NICU? Si es así, explique.	

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Su hijo tiene condiciones médicas?	
¿Su hijo ha sido hospitalizado?	
¿Están al día las vacunas del paciente?	
Liste todas las cirugías del paciente y las fechas.	
Por favor, liste todos los medicamentos del paciente, incluyendo OTC.	
¿Tiene alergias a medicamentos?	

HISTORIA DE LA FAMILIA

	Aún Vivo y Sano		Edad Ahora	¿Historia de problemas urológicos, como orinarse en la cama? En caso afirmativo, ¿qué?
	Sí	No		
Madre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Padre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hermano/a:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hermano/a:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

HISTORIA SOCIAL

Grado en escuela	¿Con quien vive el paciente? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Los dos <input type="checkbox"/> Otra_____
Ocupación de la madre	Ocupación del padre

Nombre de Paciente



REVISIÓN DE LOS SISTEMAS ¿Su hijo/hija tiene problemas con cualquiera de las siguientes?

		Sí	No	Explicación/Otra
GÉNITO-URINARIO	¿Orina frecuente o dolorosa, sangre en la orina, infecciones o accidentes urinarios?			
<i>Para los hombres:</i>	¿Hernias, problemas testiculares, problemas de pene, descarga? Izquierda o derecho?			
<i>Para las mujeres:</i>	¿Problemas labiales o descarga?			
ALERGIA/INMUNOLOGÍA	¿Las alergias alimentarias, alergias a las plantas o alergias ambientales?			
CONSTITUCIONAL	¿Cambios recientes de peso, fiebre, debilidad, fatiga o dolores de cabeza?			
CARDIOVASCULARES	¿Dolor en el pecho, fiebre reumática, latido del corazón rápido, presión arterial alta, hinchazón o mareos?			
OREJAS, NARIZ, BOCA, Y GARGANTA	¿Dolor o enrojecimiento de las encías, ronquera, dificultad para tragar, dolores de cabeza resfriados, descargas, obstrucción, goteo posnasal, dolor del seno o oído?			
ENDOCRINO	¿Problemas de tiroides, intolerancia a calor o frío, sudoración excesivo, sed o hambre?			
GASTROINTESTINALES	¿Apetito, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, indigestión, intolerancia alimentaria, hemorroides, ictericia o control intestinal?			
HEMATOLOGÍA	¿Anemia, fácil contusión o sangrados o últimas transfusiones?			
MUSCULOSKELETAL	¿Dolor de espalda, dolor de articulaciones, fracturas, pies aporreados, espasticidad, hypotonía?			
NEUROLOGÍA	¿Desmayos, convulsiones, parálisis, hormigueo, temblores o pérdida de la memoria?			
PSIQUIATRÍA	¿Nerviosismo, cambios de humor, insomnio, dolor de cabeza, pesadilla o depresión?			
VÍAS RESPIRATORIAS	¿Dolor en el pecho, sibilancias, tos, dificultad para respirar, asma, bronquitis, neumonía o tuberculosis?			
PIEL	¿Erupciones cutáneas, sequedad, ictericia o coloración de piel?			

I have reviewed the Medical Questionnaire with the patient and/or family.

PHYSICIAN SIGNATURE

DATE