

FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

**Medicina Interna de Baytown
Associates, PLLC**

Imran Siddiqui, MD
4308 Allenbrook Dr.
Baytown, TX, 77521

Teléfono: (832) 422-4141 | Fax: (281) 422-5939

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Número de Seguro Social: _____ Sexo: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

¿Está bien enviar actualizaciones de citas por correo electrónico? ☐ SÍ ☐ NO Text? ☐ SÍ ☐ NO

RAZA: ☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco ☐ Otro: _____

ETNICIDAD: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano ni Latino ☐ otra: _____

ESTADO CIVIL: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Pareja de hecho

IDIOMA PRINCIPAL: ☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL ☐ OTRO: _____

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

PREFERENCIA DE FARMACIA

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA: (Nombre y Número de Teléfono): _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO: _____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Asegurado Principal (si no es el paciente): _____ Fecha de Nacimiento: _____

SEGURO SECUNDARIO (si aplica): _____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Asegurado Principal (si no es el paciente): _____ Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Paciente referido por: _____

Teléfono del proveedor remitente: _____ Fecha de hoy: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

HISTORIA MÉDICA

CUESTIONARIO

**Baytown Internal Medicine
Associates, PLLC**

Imran Siddiqui, MD
4308 Allenbrook Dr.
Baytown, TX, 77521

Teléfono: (832) 422-4141 | Fax: (281) 422-5939

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

Este Cuestionario de Historia Médica tiene como objetivo proporcionar a su equipo de atención médica información importante sobre su salud y sus objetivos de salud. Toda la información contenida en este cuestionario se mantendrá estrictamente confidencial y pasará a formar parte de su expediente médico, por lo que le pedimos que responda todas las preguntas de la manera más completa y precisa posible.

DATOS DEMOGRÁFICOS Y DEL HOGAR

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ En pareja ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a # de hijos: _____

Ocupación: _____ ¿Está jubilado/a?: ☐ NO ☐ SÍ

Proveedor de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Por favor, enumere cualquier otro proveedor médico que esté consultando (incluya la especialidad) _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Marque aquí ☐ si no toma ningún medicamento recetado ni de venta libre.

Marque aquí ☐ si trajo una lista de sus medicamentos actuales. (No es necesario volver a escribirlos abajo.)

Por favor, enumere todos los medicamentos que esté tomando actualmente, incluidos medicamentos recetados, de venta libre (Advil, Tylenol, Motrin, Aleve, etc.), vitaminas, suplementos, remedios caseros, pastillas anticonceptivas, inhaladores y aerosoles.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS (MG, PASTILLA, ETC.)	¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

Marque aquí ☐ si no tiene alergias conocidas a medicamentos.

Por favor, enumere cualquier medicamento al que sea alérgico/a y describa la reacción.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESCRIBA LA REACCIÓN

ALERGIAS E INMUNIZACIONES

¿Tiene alergia al látex? NO ☐ SÍ ☐

¿Tiene alguna alergia alimentaria o ambiental? NO ☐ SÍ ☐ Si respondió que sí, por favor descríbala a continuación.

Soy alérgico/a a: _____

Llevo epinefrina de emergencia conmigo en todo momento. ☐ NO ☐ SÍ

Por favor marque todas las inmunizaciones que ha recibido e indique el año si lo conoce.

☐ Tétanos (Td) _____ ☐ con Tos ferina (Tdap) _____ ☐ Varicela (vacuna o enfermedad) _____

☐ Pneumovax (neumonía) _____ ☐ Vacuna anual contra la gripe _____ ☐ Hep A _____

☐ Hep B _____ ☐ MMR (sarampión, paperas, rubéola) _____ ☐ Meningitis _____

☐ Culebrilla / Herpes zóster _____ ☐ VPH (Virus del Papiloma Humano) _____

HOSPITALIZACIONES E INTERVENCIONES

Por favor enumere cualquier cirugía previa e incluya el año y la instalación o ubicación.

Marque aquí ☐ si no tiene antecedentes quirúrgicos.

Cirugía	Año	Instalación / Ubicación
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Por favor enumere cualquier hospitalización previa e incluya el año y la instalación o ubicación.

Marque aquí ☐ si no tiene historial de haber sido admitido/a en un hospital. (Esto no incluye visitas a la sala de emergencias)

Motivo de la hospitalización	Año	Instalación / Ubicación
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Por favor enumere cualquier examen diagnóstico o procedimiento médico previo que haya tenido e incluya el año y los hallazgos/resultados.

Marque aquí ☐ si no tiene antecedentes de exámenes diagnósticos ni procedimientos médicos.

Examen / Procedimiento	Año	Hallazgos / Resultado
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones que apliquen a usted.

Marque aquí ☐ si no tiene antecedentes de ninguna condición médica o enfermedad significativa.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Abuso de alcohol o drogas | ☐ Depresión | ☐ Enfermedad pulmonar o respiratoria |
| ☐ Anemia | ☐ Diabetes: ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 | ☐ Enfermedad mental |
| ☐ Complicación por anestesia | ☐ Trastorno del crecimiento o del desarrollo | ☐ Migrañas |
| ☐ Trastorno de ansiedad | ☐ Discapacidad auditiva | ☐ Osteoporosis |
| ☐ Artritis | ☐ Ataque cardíaco | ☐ Cáncer de próstata |
| ☐ Asma | ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Cáncer rectal |
| ☐ Enfermedad autoinmune | ☐ Dolor en el pecho, angina | ☐ Reflujo o ERGE |
| ☐ Defecto congénito | ☐ Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D | ☐ Convulsiones, ataques o epilepsia |
| ☐ Trastorno de la vejiga | ☐ Presión arterial alta | ☐ Alergia grave |
| ☐ Trastorno hemorrágico | ☐ Colesterol alto | ☐ Enfermedad de transmisión sexual |
| ☐ Antecedentes de coágulos sanguíneos | ☐ VIH | ☐ Cáncer de piel |
| ☐ Antecedentes de transfusión de sangre | ☐ Urticaria | ☐ Accidente cerebrovascular o ECV |
| ☐ Enfermedad intestinal | ☐ Enfermedad renal | ☐ Ideación o intento suicida |
| ☐ Cáncer de mama | ☐ Cáncer de hígado | ☐ Trastorno de la tiroides |
| ☐ Cáncer de cuello uterino | ☐ Enfermedad hepática | ☐ Úlcera |
| ☐ Cáncer de colon | ☐ Cáncer de pulmón | ☐ Discapacidad visual |

FAMILY HISTORY

Por favor complete lo siguiente según corresponda a su familia biológica inmediata, incluyendo padres, abuelos, hermanos e hijos.

Marque aquí ☐ si es adoptado/a y/o no tiene acceso a la información médica de su familia biológica.

Marque aquí ☐ si no hay antecedentes de enfermedades significativas en su familia biológica inmediata.

CONDICIÓN	FAMILIAR	CONDICIÓN	FAMILIAR
Alcoholismo / abuso de drogas		Colesterol alto	
Alzheimer o demencia		Enfermedad renal o cálculos renales	
Asma		Leucemia	
Enfermedad autoinmune		Enfermedad pulmonar o respiratoria	
Trastorno hemorrágico		Migrañas	
Cáncer de mama		Osteoporosis	
Cáncer de colon		Otro cáncer:	
Depresión		Trastorno de la tiroides	
Diabetes: ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2		Trastorno convulsivo, epilepsia	
Presión arterial alta		Alergia grave	
Enfermedad cardíaca		Accidente cerebrovascular (ACV)	

HISTORIA SOCIAL			
Alcohol	¿Consume alcohol? _____	☐ Sí ☐ NO	Si respondió que sí, ¿cuántas bebidas por semana? _____
	¿Qué tipo de alcohol consume? _____		
	¿Consume alcohol en exceso ("atracción")? _____	☐ Sí ☐ NO	¿Ha experimentado apagones (blackouts)? ☐ Sí ☐ NO
Tobacco	¿Consume tabaco? _____	☐ Sí ☐ NO	Si es así, ¿cuánto al día? _____
	¿Cuántos años lo ha usado? _____	☐ Sí ☐ NO	Si dejó de fumar, ¿en qué año fue? _____
Drugs	¿Consume drogas ilegales? _____	☐ Sí ☐ NO	¿Ha utilizado alguna vez una aguja? ☐ Sí ☐ NO
Marque aquí ☐ si desea hablar sobre esto con un proveedor de salud.			
Sex	¿Es sexualmente activo(a)? _____	☐ Sí ☐ NO	Si es así, ¿está intentando quedar embarazada? ☐ Sí ☐ NO
Si no, ¿qué método anticonceptivo o de barrera está utilizando? _____			
	¿Alguna molestia durante las relaciones sexuales? _____	☐ Sí ☐ NO	¿Desea hablar sobre el riesgo de VIH? ☐ Sí ☐ NO

OTRA INFORMACIÓN

¿Tiene directivas anticipadas? ☐ NO ☐ Sí Si es así: ☐ Testamento vital ☐ DNR ☐ POLST
(Las directivas anticipadas son instrucciones legales escritas sobre sus preferencias de atención médica si llega a no poder tomar decisiones médicas por sí mismo/a.)

¿Tiene un Poder Legal (Power of Attorney) designado? ☐ NO ☐ Sí
 Si es así, mi POA es: _____ Relación: _____
 Si es así, he proporcionado una copia de mi documentación de Poder Legal para agregarla a mi expediente médico. ☐ NO ☐ Sí

¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que pueda afectar su atención médica? ☐ NO ☐ Sí
 Si es así, por favor explique: _____

Nivel más alto de educación: ☐ Algo de secundaria ☐ Graduado de secundaria o GED
☐ 1-4 años de universidad ☐ Más de 4 años de universidad

REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, _____, he revisado la información proporcionada anteriormente y reconozco que la información es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

**Baytown Internal Medicine
Associates, PLLC**

Imran Siddiqui, MD
4308 Allenbrook Dr.
Baytown, TX, 77521

Teléfono: (832) 422-4141 | Fax: (281) 422-5939

Como paciente que recibe atención médica, usted tiene los siguientes derechos:

- El derecho a recibir atención respetuosa y considerada, libre de discriminación por raza, etnia, religión, género, orientación sexual, edad o discapacidad.
- El derecho a recibir información precisa y fácil de entender sobre su condición de salud, opciones de tratamiento y resultados esperados.
- El derecho a participar en las decisiones sobre su atención, incluido el derecho a rechazar un tratamiento.
- El derecho a acceder a sus registros médicos y a solicitar correcciones de cualquier información inexacta.
- El derecho a la privacidad y confidencialidad de su información médica, según lo protegido por las leyes estatales y federales.
- El derecho a recibir atención médica oportuna y adecuada, independientemente de su capacidad de pago.
- El derecho a recibir información sobre el costo de su atención, incluidas facturas detalladas y explicaciones de los cargos.
- El derecho a un entorno seguro y limpio para recibir tratamiento médico.
- El derecho a presentar una queja o apelación ante el proveedor de atención médica o una agencia reguladora sin temor a represalias.
- El derecho a recibir información sobre cómo presentar una queja o apelación, incluida la información de contacto de la agencia reguladora correspondiente.

Valoramos sus derechos como paciente y haremos todo lo posible para garantizar que sean respetados y protegidos.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su atención médica, por favor hable con su proveedor de atención médica o comuníquese con la agencia reguladora correspondiente.

INICIALES DEL PACIENTE: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

**Baytown Internal Medicine
Associates, PLLC**

Imran Siddiqui, MD
4308 Allenbrook Dr.
Baytown, TX, 77521

Teléfono: (832) 422-4141 | Fax: (281) 422-5939

Nombre del paciente (en letra de molde): _____
Fecha de nacimiento: _____

Yo, el/la paciente mencionado/a anteriormente, por la presente autorizo el intercambio electrónico de mi información médica protegida (PHI) a través de la red de Intercambio de Información de Salud (HIE).

Entiendo que el propósito del HIE es mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de mi atención médica, permitiendo que mis proveedores de atención médica accedan y compartan de forma segura mi información médica protegida (PHI) entre ellos. Entiendo que la información intercambiada puede incluir, entre otros, lo siguiente:

- Historial médico y diagnósticos
- Medicamentos y alergias
- Resultados de laboratorio y pruebas
- Informes de estudios de imágenes
- Resúmenes de alta médica
- Planes de tratamiento y notas de progreso

Entiendo que mi Información de Salud Protegida (PHI) solo será intercambiada entre proveedores de atención médica que estén involucrados en mi atención y que tengan una necesidad legítima de dicha información. Entiendo que mi PHI estará protegida por las leyes estatales y federales que rigen la privacidad y la seguridad de la información de salud.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento notificando al HIE por escrito. Entiendo que, si revoco este consentimiento, no afectará ninguna acción tomada antes de la revocación.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual explica en detalle cómo mi PHI puede ser utilizada y divulgada, y entiendo mis derechos y responsabilidades con respecto a mi PHI.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído este formulario de consentimiento, entiendo su contenido y acepto el intercambio electrónico de mi PHI a través de la red HIE.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del representante: _____ Relación: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Baytown Internal Medicine Associates, PLLC

Imran Siddiqui, MD
4308 Allenbrook Dr.
Baytown, TX, 77521

Teléfono: (832) 422-4141 | Fax: (281) 422-5939

Nombre del paciente (en letra de molde): _____
Fecha de nacimiento: _____

Yo, el/la paciente mencionado/a anteriormente, entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios que me sean proporcionados por IMRAN SIDDIQUI, que opera como BAYTOWN INTERNAL MEDICINE.

- Acepto pagar todos los servicios que me sean proporcionados por el proveedor de atención médica o la clínica en el momento en que se presten los servicios.
- Acepto proporcionar información de seguro precisa y completa, y notificar al proveedor de atención médica o a la clínica sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro. Entiendo que soy responsable de cualquier monto que no esté cubierto por mi plan de seguro.
- Reconozco que soy responsable de pagar cualquier copago, deducible u otros gastos de mi propio bolsillo en el momento del servicio. Si no puedo pagar los servicios proporcionados, acepto hacer arreglos de pago con el proveedor de atención médica o la clínica.
- Autorizo al proveedor de atención médica o a la clínica a divulgar cualquier información necesaria a mi compañía de seguros o a cualquier otra parte responsable del pago de mis servicios de atención médica.
- Acepto proporcionar al proveedor de atención médica o a la clínica información de contacto actualizada, incluida mi dirección postal, número de teléfono y dirección de correo electrónico.
- Entiendo que el incumplimiento del pago por los servicios prestados puede dar lugar a que el proveedor de atención médica o la clínica emprendan acciones legales para cobrar el pago, y que yo pueda ser responsable de cualquier honorario legal y gastos incurridos por el proveedor de atención médica o la clínica en dicha acción.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este acuerdo de responsabilidad financiera y acepto cumplir con sus términos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del representante: _____ Relación: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

**Baytown Internal Medicine
Associates, PLLC**

Imran Siddiqui, MD
4308 Allenbrook Dr.
Baytown, TX, 77521

Teléfono: (832) 422-4141 | Fax: (281) 422-5939

Nombre del paciente (en letra de molde): _____
Fecha de nacimiento: _____

Yo, el/la paciente mencionado/a anteriormente, por la presente otorgo mi consentimiento informado a IMRAN SIDDIQUI, que opera como BAYTOWN INTERNAL MEDICINE, y a cualquier otro proveedor de atención médica que participe en mi atención para que me proporcionen tratamiento médico, exámenes, procedimientos y pruebas diagnósticas según se considere necesario para mi condición de salud.

- Entiendo que el propósito de este tratamiento médico es atender y manejar mi condición de salud, y que pueden existir tratamientos o procedimientos alternativos disponibles que no me hayan sido recomendados.
- Entiendo que los proveedores de atención médica involucrados en mi atención pueden necesitar divulgar mi información de salud protegida a otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento, con el propósito de coordinar mi atención.
- Entiendo que los proveedores de atención médica harán todo lo posible por mantener la confidencialidad de mi información de salud protegida, pero que pueden existir ciertas situaciones en las que la divulgación sea requerida por ley, como la notificación de enfermedades transmisibles o la sospecha de abuso infantil.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento propuesto y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Se me ha dado una explicación razonable de los riesgos, beneficios y alternativas al tratamiento propuesto, y entiendo las posibles consecuencias de rechazar el tratamiento.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción en base a dicho consentimiento.

Certifico que he leído y comprendido completamente la información anterior, y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento propuesto. Doy mi consentimiento voluntario para recibir tratamiento médico, exámenes, procedimientos y pruebas diagnósticas según lo consideren necesario mis proveedores de atención médica.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del representante: _____ Relación: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Baytown Internal Medicine

4308 Allenbrook Dr. Baytown, TX 77521

DECLARACIÓN DEL PACIENTE SOBRE RESPONSABILIDAD FINANCIERA y Nuestras Políticas Financieras

Gracias por elegir mi consultorio para sus servicios de atención primaria de salud. Estoy seguro de que usted ya entiende que, así como usted depende de nosotros para su atención, nosotros dependemos de usted para que asuma su responsabilidad de pago por la atención que recibe. Espero que esté de acuerdo en que es una relación de colaboración.

— Dr. Imran Siddiqui —

¡Si hay algo aquí que no entienda, por favor pregunte!

Por favor marque cada disposición en el espacio a su izquierda:

- ___ Autorizo que los beneficios del seguro, si los hubiera, sean pagados directamente a Baytown Internal Medicine. Entiendo que soy responsable de los copagos, coseguro, deducibles y beneficios no cubiertos, de acuerdo con la explicación de beneficios de la compañía de seguros.
- ___ Notificaré a usted (la oficina) cualquier cambio en mis números de teléfono, dirección de facturación u otra información de facturación o del seguro dentro de los 10 días posteriores a dicho cambio.
- ___ Si falto a una cita sin llamar para cancelarla con al menos 24 horas de anticipación, acepto pagar una tarifa de \$49 por "Cita perdida sin aviso". (Nota: Consideramos las circunstancias de una cita perdida y podemos eximir la tarifa a nuestra discreción.)
- ___ Acepto pagar los saldos adeudados en mi cuenta dentro de los 60 días posteriores a la fecha del estado de cuenta. *(Detalles: Después de 60 días a partir de la fecha del estado de cuenta, pueden añadirse cargos por demora, cargos de cobranza e intereses. Las citas programadas pueden cancelarse y no se permitirán citas futuras sin el pago de saldos vencidos. Los cargos por demora se aplican por fecha de servicio y son de \$15 a los 61 días posteriores a la fecha del estado de cuenta y \$30 a los 91 días posteriores. También pueden añadirse cargos por intereses del 12% anual y honorarios de agencias de cobranza del 28% al 50% del monto a cobrar.)*

Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, Discover, American Express y cheques. Aceptamos pagos por teléfono con tarjeta de crédito. Los cheques se procesan de inmediato a través de TeleCheck®. No aceptamos cheques con fecha futura ("postdatados"). Se cobrará una tarifa de \$32.50 por cheques devueltos.

Con mi firma a continuación, acepto que he leído y entendido las políticas y términos descritos anteriormente.

Firma del paciente, apoderado legal o tutor legal si es menor de edad

Fecha

Baytown Internal Medicine

4308 Allenbrook Dr. Baytown, TX 77521

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Con mi consentimiento a continuación, Baytown Internal Medicine (la Práctica) puede obtener y divulgar Información de Salud Protegida sobre mí, incluyendo historiales de recetas, registros médicos y/o información del seguro, de farmacias, hospitales, compañías de seguros y/u otros médicos, con el fin de llevar a cabo operaciones de atención médica y de pago. Entiendo que esta información puede ser accesible para cualquiera de los proveedores y el personal de la Práctica. Este consentimiento también asigna los beneficios del seguro a la Práctica. (Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo que el asegurador considere de mi responsabilidad, incluidos aquellos no cubiertos por mis beneficios de atención médica).

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Práctica (disponible a solicitud) antes de firmar este consentimiento. Sin embargo, la Práctica se reserva el derecho de modificar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado puede obtenerse enviando una solicitud por escrito a:

Baytown Internal Medicine, Attn: Privacy Officer, 4308 Allenbrook Dr., Baytown, TX 77521

De acuerdo con mi consentimiento a continuación, la Práctica puede llamar o enviar correspondencia a mi hogar u otro lugar designado y puede dejar un mensaje en el buzón de voz o con las personas que se indican a continuación, en relación con cualquier asunto que ayude a la Práctica a llevar a cabo sus operaciones generales de programación, atención médica, facturación y/o seguros, incluidos recordatorios de citas, asuntos relacionados con el seguro y solicitudes de devolución de llamada sobre mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio.

Medios de contacto preferidos: () Teléfono de casa () Teléfono celular () Mensaje de texto al celular
() Teléfono del trabajo () Correo electrónico

Dirección de correo electrónico: _____

Medio de contacto preferido para Información de Salud Protegida: () Teléfono de casa () Teléfono celular
() Teléfono del trabajo

Nota: La Información de Salud Protegida no se enviará por fax ni por correo electrónico.

Nombres y relaciones de las personas que pueden recibir mi Información de Salud Protegida:

Nombre _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Tengo el derecho de solicitar que la Práctica restrinja la forma en que utiliza o divulga mi Información de Salud Protegida para llevar a cabo sus operaciones de tratamiento, pago y atención médica. La Práctica no está obligada a aceptar las restricciones que solicite, pero si las acepta, quedará obligada por dicho acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que la Práctica utilice y divulgue mi Información de Salud Protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Autorizo el pago directo de todos los pagos del seguro mediante cesión a Baytown Internal Medicine. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la Práctica ya haya realizado divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, la Práctica puede negarse a proporcionar tratamiento.

Firma del paciente o tutor legal _____ Nombre del paciente en letra de molde _____

Fecha _____ Nombre del tutor legal en letra de molde (si no es el paciente) _____

**Consentimiento para Tratamiento
por Enfermero/a Practicante
Baytown Internal Medicine.**

Este centro cuenta con un/a enfermero/a practicante para ayudar en la prestación de atención médica.
Un Enfermero/a Practicante (Nurse Practitioner) no es un médico. Un Enfermero/a Practicante es graduado/a de un programa de capacitación certificado y está licenciado/a por la junta estatal correspondiente. Bajo la supervisión de un médico, un Enfermero/a Practicante puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, así como proporcionar atención para el mantenimiento de la salud.
La supervisión no requiere la presencia física constante de un médico supervisor, sino que implica supervisar las actividades y asumir la responsabilidad por los servicios médicos prestados.

Un Enfermero/a Practicante (Nurse Practitioner) puede proporcionar servicios médicos que estén dentro de su educación, capacitación y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

- Obtener historiales médicos y realizar exámenes físicos
- Solicitar y/o realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Formular un diagnóstico provisional
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento
- Monitorear la eficacia de las intervenciones terapéuticas
- Brindar consejería y educación
- Proporcionar muestras de medicamentos y emitir recetas (cuando la ley lo permita)
- Realizar las referencias médicas apropiadas

He leído lo anterior y por la presente doy mi consentimiento para recibir los servicios de un Enfermero/a Practicante (Nurse Practitioner) para mis necesidades de atención médica.

Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ser atendido/a por el Enfermero/a Practicante (Nurse Practitioner) y solicitar ser atendido/a por un médico.

NOMBRE:	FECHA:
FIRMA:	TESTIGO (OPCIONAL):

Todos los artículos y cualquier formulario, lista de verificación, guía y material se proporcionan únicamente con fines de información general y no deben considerarse ni utilizarse como fuentes legales primarias, ni interpretarse como el establecimiento de estándares de atención médica para fines de litigio, incluido el testimonio pericial. Están destinados a servir como recursos que deben utilizarse de manera selectiva y siempre adaptarse con el asesoramiento del abogado de la organización, para cumplir con los requisitos y necesidades estatales, locales, de la organización y del departamento correspondiente. Se distribuyen bajo el entendimiento de que ni Texas Medical Liability Trust ni Texas Medical Insurance Company están prestando servicios legales.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Baytown Internal Medicine