ALAZAR MEDICALGROUP, PLLC.
INTERNAL MEDICINE
Maurice Alazar, M.D.
Shellabi Koffi, F.N.P
Keali Mullins, AGNP

RECONOCIMIENTO DE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD DE HIPPA

He revisado la práctica de privacidad de Alazar Medical Group, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del paciente: _____

(o parte responsable si el paciente es menor de edad)

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Doy mi consentimiento y autorizo la divulgación de cualquier resultado de prueba normal y anormal a cualquier persona que pueda responder a cualquiera de los números de contacto que he proporcionado, así como a cualquier correo de voz en cualquiera de los números que he proporcionado. Doy mi consentimiento y autorizo que me envíen esta información a la dirección que he proporcionado, en caso de que no pueda ser contactado por teléfono. Además, autorizo la divulgación de mi información médica a las siguientes personas:

_____

Nombre impreso: _____ Fecha de hoy: _____

Firma: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha_____ **INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido_____ Primer Nombre_____Segundo Nombre_____

La dirección_____Ciudad_____Estado_____Código Postal_____

Teléfono de Casa_____ Teléfono Móvil_____

Teléfono del trabajo_____ Correo Electrónico_____

Número de Seguro Social_____ Fecha de Nacimiento_____ Años_____

Estatus Matrimonial: Soltero(a)_____ Casado(a)_____ Divorciado(a)_____ Viudo(a)____

Sexo: Masculino___ Femenino____ Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Teléfono_____

Información del Garante (Si es diferente del paciente)

Apellido_____ Primer Nombre_____Segundo Nombre_____

La dirección_____Ciudad_____Estado_____Código Postal_____

Teléfono de Casa_____ Teléfono Móvil_____

Relación con la paciente: _____ Fecha de Nacimiento_____ .

Seguranza Primaria

Compañía de Seguro_____

Appellido del Suscriptor_____ Nombre del Suscriptor_____

Fecha de Nacimiento_____ Relación con la paciente: _____# SS _____

Número de Identificador_____ Número del Grupo _____

Empleador_____ Teléfono de Seguranza_____

Seguranza Secondaria

Compañía de Seguro_____

Appellido del Suscriptor_____ Nombre del Suscriptor_____

Fecha de Nacimiento_____ Relación con la paciente: _____# SS _____

Número de Identificador_____ Número del Grupo _____

Empleador_____ Teléfono de Seguranza_____

POLÍTICA FINANCIERA

Responsabilidad De Pago	El paciente o su representante legal es en última instancia responsable de todos los cargos incurridos
Paciente Sin Seguro	El pago se debe al momento del servicio
Métodos De Pago	Se aceptarán los siguientes métodos de pago: efectivo, Visa, Mastercard, Discover y American Express
Servicios No Cubiertos	El pago de todos los cargos que no estaban cubiertos por el seguro se debe pagar al momento del servicio. Se puede requerir un depósito de pretratamiento
Asignación De Beneficios	Alazar Medical Group facturará a los planes de seguro primario como cortesía para sus pacientes, proporciona la información de seguro requerida y firma una asignación de beneficios
Cuentas Impagas Anteriores	Antes de proporcionar servicios, se puede solicitar el pago de cuentas pendientes anteriores y se debe recibir o el administrador de la práctica debe aprobar los acuerdos de pago específicos.
Cuenta Delinquiva	A los pacientes con cuentas morosas impagas que han sido canceladas por deudas incobrables se les puede negar el tratamiento de no médicamente requerido.
Litigios De Terceros	La práctica no se involucrará en disputas que surjan de reclamos de terceros con la excepción de reclamos de compensación de trabajadores verificados, o reclamos relacionados con Medicare y asistencia médica.
Agencia De Cobros	Las cuentas que no pueden ser cobradas por Alazar Medical Group PLLC después de los procedimientos normales de cobranza en el hogar pueden remitirse a una agencia de cobranza, magistrado o abogado para una acción de cobranza adicional. Cualquier cargo incurrido será responsabilidad del paciente
Arreglos De Pago	Si el paciente no puede hacer un pago completo del saldo del paciente a su vencimiento, se puede aprobar un pago parcial y periódico de acuerdo con los procedimientos de crédito y cobro, según lo autorice un médico o un designado.
Reembolsos	El sobrepago se reembolsará a la parte correspondiente, normalmente la compañía de seguros o el garante. Los reembolsos de los pacientes no se procesarán hasta que todas las cuentas activas o vencidas se hayan pagado por completo. Los reembolsos o menos de $ 5.00 no serán problemas a menos que se solicite específicamente
No Show	Si no llama a la oficina de tge 24 horas antes de la cita programada, se le cobrará un cargo de $ 25.00 como tarifa de no presentación

Nombre:_____ Firma:_____ Fecha:_____

ALAZAR MEDICAL GROUP, PLLC
INTERNAL MEDICINE

Política NO SHOW

Programamos nuestras citas para que cada paciente reciba la cantidad de tiempo adecuada para que nuestros médicos y personal lo atiendan. Por eso es muy importante que cumpla con su cita programada con nosotros y llegue a tiempo. Como cortesía, y para ayudar a los pacientes a recordar sus citas programadas, Alazar Medical Group envía recordatorios con 2 días de anticipación a la hora de la cita. Si su horario cambia y no puede asistir a su cita, comuníquese con nosotros para que podamos reprogramarlo y acomodar a aquellos pacientes que esperan una cita. Como cortesía a nuestro consultorio, así como a aquellos pacientes que esperan programar con el médico, notifíquenos con al menos 24 horas de anticipación**. *Después de tres ausencias a su cita, nuestra práctica puede decidir terminar su relación con usted***. Entiendo la política de "no presentación" de Alazar Medical Group y acepto los términos y condiciones de que debo cancelar o reprogramar cualquier cita con al menos 24 horas de anticipación.

Nombre impreso: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____Fecha: _____

ALAZAR MEDICAL GROUP, PLLC
INTERNAL MEDICINE

CONSENTIMIENTO DEMOSIADO PARA LAS PRUEBAS DE ANTICUERPOS POR VIRUS DE HEPATITIS B Y HEPATITIS C

Se promulgó una ley en Virginia en 1989, que autorizaba a los proveedores de atención médica a realizar pruebas de anticuerpos contra el virus del VIH, la hepatitis B y la hepatitis C cuando se produce una exposición significativa a la sangre u otros fluidos corporales de una manera que pueda transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana o la hepatitis B o C virus. La ley cubre las pruebas de pacientes y trabajadores de la salud. De conformidad con esta ley, en caso de tal exposición, usted ha considerado que ha dado su consentimiento para tales pruebas. También se da consentimiento para divulgar el resultado de tales pruebas a la parte expuesta. Sin embargo, se le notificará en caso de tal exposición antes de que se realicen las pruebas y se le dará una explicación y la oportunidad de responder cualquier pregunta.

"HE LEÍDO Y ENTIENDO EL CONSENTIMIENTO ANTERIOR PARA EL ANTICUERPO DE VIH, HEPATITIS B Y PRUEBAS DE VIRUS DE HEPATITIS C".

IMPRIMIR NOMBRE DEL PACIENTE: _____ D.O.B: _____

FIRMA: _____FECHA DE FIRMA: _____

TESTIGO: _____ FECHA: _____

Alazar Medical Group, PLLC
Internal Medicine, M.D.
895 N. Nolan River Rd Suite 102
Cleburne TX, 76033
Phone 817-556-9700 Fax 817-556-9702

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

(IMPRIMIR) Yo, _____

Nombre del paciente Fecha de nacimiento # del Seguro Social

_____

Dirección Ciudad Estado Código postal

por la presente autorizo el uso y / o divulgación de mi información de salud protegida (PHI).

ENTIDAD AUTORIZADA

Solicito que se divulgue información __de o __a la siguiente entidad: (marque una)

_____

(El nombre del doctor)

_____

Dirección Ciudad Estado Código postal

_____

Teléfono Fax

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA AUTORIZADA

___ Registro complete

___Registro de atención de _____ a _____

___ Otro:_____

Entiendo que la divulgación de registros médicos puede implicar poner a disposición de mí o de otros información de naturaleza personal. Los problemas relacionados con el uso personal de cigarrillos, alcohol y otras drogas, así como la posible exposición a enfermedades infecciosas, pueden ser parte del registro médico.

VIH / SIDA: Doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier resultado positivo o negativo de la prueba de SIDA o infección por VIH, anticuerpos contra el SIDA o infección con cualquier otro agente causante del SIDA con el resto de mis registros médicos.
__Sí__No Iniciales_____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN: __ Atención médica __ Empleador ___Seguro __Otro: _____

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recibo y ya no puede estar protegida por las regulaciones federales de privacidad de HIPPA. Por la presente, reconozco que este consentimiento es verdaderamente voluntario y válido hasta que sea revocado, y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en este consentimiento. Además, entiendo que esta autorización caducará en 180 días a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

Firma del paciente o tutor legal_____ Fecha Firma del testigo Fecha_____
Fecha de caducidad_____

Alazar Medical Group, PLLC
Internal Medicine, M.D.

Historial Medico

Fecha: _____/_____/_____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento_____/_____/_____

Farmacia que prefiere :_____

Farmacia de pedidos por correo: _____

Motivo de visita hoy

_____

_____

_____

Médico de Atención Primario Anterior:_____

Teléfono:_____ Dirección_____

Alergias (comida, medicamentos): _____Ninguna

_____

_____

Lista Actual de Medicamentos y Dosis: (Por favor escriba nombre / dosis / frecuencia)

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Historia familiar: (Indique problemas médicos y edad)

_____

_____

_____

Revisión de los síntomas (marque todos los síntomas que ha tenido en los últimos 6 mes

Reproductor Femenino

___ Sofocos
___ Sangrado Después De La Menopausia
___ Papanicolaou (En Caso Afirmativo, Cuándo)
Fecha_____

Medicina Preventiva

___ Escaneo De Densidad Ósea, Fecha_____
___ Mamografía, Fecha____
___ Colonoscopia, Fecha____
___ Egd, Fecha____

Cardíaco

___ Dolor En El Pecho
___ Palpitación
___ Arritmia
___ Intolerancia Al Ejercicio
___ Hinchazón De La Pierna

Respiratorio

___ Tos Persistente
___ Tosiendo Sangre
___ Dificultad Para Respirar
___ Jadeo
___ Dificultad Para Respirar Acostada

Piel

___ Erupción / Urticaria
___ Decoloración De La Piel
___ Lesiones / Lunares / Verrugas
___ Úlceras
___ Picor
___ Problemas De Uñas
___ Pérdida De Cabello Inusual
____ Moretones Con Facilidad

Psicoanalizar

___ Estado De Ánimo Deprimido
___ Pensamientos Suicidas
___ Agitación / Irritabilidad
___ Insomnio
___ Ansiedad
___ Hechizos De Llanto Frecuentes

Musculoesquelético

___ Dolores Articulares / Rigidez
___ Inflamación De Articulaciones
___ Debilidad Muscular
___ Dolor De Espalda
___ Espasmos / Calambres Musculares

Órganos Genitales / Sexuales

___ Secreción Penial
___ Bulto Testicular / Dolor
___ Dolor De Mama / Secreción / Bulto
___ Relaciones Sexuales Dolorosas
___ Falta De Deseo Sexual

Neurológico

___ Dolores De Cabeza Frecuentes
___ Convulsiones
___ Síncope
___ Debilidad De Las Extremidades
___ Mareo
___ Dificultad Para Tragar
___ Pérdida Del Equilibrio
___ Temblores
___ Rigidez

Endocrina

___ Fiebre
___ Resfriado
___ Debilidad / Fatiga
___ Pérdida De Peso
___ Insomnio
___ Ronquidos
___ Sed Excesiva
___ Micción Excesiva

Ent

___ Dolor De Garganta
___ Rigidez De Nuca
___ Cambia Tu Voz
___ Drenaje Sinusal
___ Dolor De Cabeza Por Sinusitis
___ Hemorragias Nasales
___ Dolor De Oído / Drenaje
___ Pérdida De La Audición
___ Resonando En Tus Oídos
___ Visión Borrosa / Pérdida
___ Usar Anteojos / Lentes De Contacto
___ Ojos Llorosos Y Con Picazón
___ Problemas Dentales

Gastrointestinal

___ Náuseas/ Vómitos
___ Dificultad Para Tragar
___ Hemorroides
___ Diarrea
___ Estreñimiento
___ Heces Con Sangre O Negras
___ Dolor Abdominal
___ Ardor De Corazón / Indigestión
___ Uso Frecuente De Laxantes

Urinario

___ Dolor O Ardor Al Orinar
___ Micción Frecuente
___ Sangre En Orina / Orina Oscura
___ Incontinencia
___ Inicio Lento O Interrupción De La Orina
___ Problemas Con El Rendimiento

Historia Médica

Dolores de cabeza	____Si ____No Fecha_____
Carrera	____Si ____No Fecha_____
Convulsiones	____Si ____No Fecha_____
Neumonía	____Si ____No Fecha_____
Diabetes (tipo 1 / tipo 2)	____Si ____No Fecha_____
Enfermedad de tiroides	____Si ____No Fecha_____
Gluacoma	____Si ____No Fecha_____
Degeneración macular	____Si ____No Fecha_____
Pérdida de la audición	____Si ____No Fecha_____
Hipertensión	____Si ____No Fecha_____
Coágulos de sangre	____Si ____No Fecha_____
Acidez	____Si ____No Fecha_____
Úlceras estomacales	____Si ____No Fecha_____
Cardiopatía	____Si ____No Fecha_____
_____Enfermedad coronaria	____Si ____No Fecha_____
_____Ataques al corazón	____Si ____No Fecha_____
_____Cardíaca congestiva	____Si ____No Fecha_____
_____fibrilación auricular	____Si ____No Fecha_____
_____Angina de pecho	____Si ____No Fecha_____
_____Trastorno valvular	____Si ____No Fecha_____
Colesterol alto	____Si ____No Fecha_____
Hemorragia gastrointestinal	____Si ____No Fecha_____
Hepatitis (A, B, C)	____Si ____No Fecha_____
VIH / SIDA	____Si ____No Fecha_____
Heridas crónicas	____Si ____No Fecha_____
Cáncer (tipo)	____Si ____No Fecha_____
Infecciones de vías no ordinarias	____Si ____No Fecha_____
Incontinencia	____Si ____No Fecha_____
Cálculos renales	____Si ____No Fecha_____
EPOC	____Si ____No Fecha_____
Asma	____Si ____No Fecha_____
Depresión	____Si ____No Fecha_____
Trastorno bipolar	____Si ____No Fecha_____
Ansiedad	____Si ____No Fecha_____
Fibromialgia	____Si ____No Fecha_____
Síndrome de fatiga crónica	____Si ____No Fecha_____
Artritis	____Si ____No Fecha_____
Gota	____Si ____No Fecha_____
Osteoporosis	____Si ____No Fecha_____
Enfermedad de la próstata	____Si ____No Fecha_____
Enfermedad mamaria	____Si ____No Fecha_____
Disfunción eréctil	____Si ____No Fecha_____

Historia social

Hábitos:

Alcohol: Si____ No____ Cantidad_____

Tabaco: Si____ No____ Cantidad_____

Cafeína: Si____ No____ Cantidad_____

Otras Drogas: Si____ No____ Cantidad_____

Manejas? Si____ No____ ¿Siempre Usas Un Cinturón De Seguridad? Si____ No____

¿Haces Ejercicio? Si____ No____ Cantidad_____

Perfil Personal

Trabajo: _____Empleado _____Desempleado _____Retirado _____Discapacitado

Ocupación Actual_____

Preferencia Sexual:_____Hombres _____Mujeres _____Ambos

Hijos(edad):_____

Aficiones:_____

Deportes: _____

Mascotas:_____

Por favor indique cualquier cirugía previa

_____

_____

_____

_____

Firma del Paciente:_____ Fecha_____

Acuerdo del paciente para medicamentos de sustancias controladas

Yo, (Nombre en letra) _____, entiendo y acepto que:

_____ Mantendré mi medicamento seguro y fuera del alcance de los niños. Si el medicamento está **PERDIDO** o **ROBADO**, entiendo que **NO SERÁ** reemplazado hasta mi próxima cita, y no será reemplazado antes de la fecha de vencimiento de mi próxima recarga.

_____ Tomaré mi medicamento según las instrucciones y no cambiaré la forma en que lo tomo sin antes hablar con el proveedor. Tampoco venderé este medicamento ni lo compartiré con otros.

_____ NO llamaré entre citas, o en la noche / fines de semana en busca de recargas. Entiendo que las recetas se surtirán **SOLAMENTE** durante las visitas programadas al consultorio con el proveedor. (**NO** llame a la oficina para solicitar que se envíen las recetas antes de las 5:00 p.m., la oficina se asegurará de que sus scripts se envíen antes de las 5:00 PM en la fecha de vencimiento de su receta, no estamos obligados a enviarlos antes). El incumplimiento de estas reglas resultará en el **DESPIDO** de la práctica.

_____ Trataré al personal de la oficina con respeto en todo momento. Entiendo que si soy irrespetuoso con el personal o interrumpo el cuidado de otros pacientes, se suspenderá mi tratamiento.

_____ Le diré al médico todos los demás medicamentos que tomo e informaré al proveedor de inmediato sobre cualquier medicamento nuevo que me receten.

_____ Soy consciente de que si el proveedor decide que este medicamento me está haciendo más daño que ayudarme, el medicamento **PUEDE SER DETENIDO** de manera segura, **SIN** excepciones.

_____ No recibiré otros medicamentos con sustancias controladas que puedan ser adictivos, como por ejemplo, Benzodiacepinas (Klonopin, Xanax, Valium, etc.) o Estimulantes (Ritalin, anfetaminas, etc.) sin avisarle a un proveedor antes de surtir el medicamento en la farmacia.

_____ No usaré drogas ilegales como, por ejemplo, heroína, cocaína, marihuana o anfetaminas. Entiendo que si lo hago, mi tratamiento **SERÁ DETENIDO.**

_____ Me aseguraré de que la oficina tenga información de contacto actualizada para poder comunicarse conmigo.

_____ Entiendo que tendré que cumplir con cualquier prueba de detección de drogas al azar solicitada por los proveedores (ya sea orina o análisis de sangre). No realizar las pruebas requeridas cuando **SOLICITADO** se considerará automáticamente positivo para las drogas y dará como resultado el despido inmediato como paciente. Las pantallas de medicamentos inconsistentes están sujetas a **DESPIDO** de la práctica.

_____ Me mantendré al día con las facturas de la oficina e informaré a un miembro del personal de inmediato si pierdo mi seguro o si no puedo pagar el tratamiento.

_____ Entiendo que puedo perder mi derecho a tratamiento en esta oficina si **rompo CUALQUIER** parte de este acuerdo.

Firma del paciente: _____ **Fecha**: _____