

Sugar Lakes Family Practice

Información Del Paciente

Fecha: _____ Doctor: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección del Hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero De Teléfono. Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____

Correo Electrónico: _____

Estado Civil: _____ Nombre Del Esposo/a: _____

Contacto De Emergencia: _____ Número De Teléfono: _____

Relación al contacto de emergencia: _____

Información Sobre La Farmacia

Nombre De La Farmacia: _____ Número De Teléfono: _____

Farmacia De Correo: _____

Numero De Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Información Sobre el Seguro

Nombre De Seguro: _____

Numero De Miembro: _____ Numero De Grupo: _____

Nombre Del Asegurado Primario: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Compañía De Trabajo: _____

******Yo autorizo el pago directo de los beneficios médicos a Sugar Lakes Family Practice, por los servicios recibidos y entiendo que soy responsable por cualquier balance que mi seguro médico no cubra. También autorizo el acceso a toda la información médica que sea necesaria para la atención médica o el proceso de aplicación de beneficios. Yo certifico que la información dada por mí es correcta y autorizo el acceso a los reportes que sean necesarios. Solicito que todos los pagos de beneficios autorizados sean a mi favor. Una fotocopia de esta forma será válida como original.**

Firma Del Paciente/ Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Sugar Lakes Family Practice-Historia De Salud Del Paciente

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____
 Ocupacion: _____ Sexo: Hombre _____ o Mujer _____
 Educacion: Escuela _____ Primaria _____ Preparatoria _____ Colegio _____
 Religion: _____ Estado Civil: S _____ C _____ D _____ V _____
 Ultima colonoscopia: _____ Ultimo Mammograma _____
 Ultima densidad del hueso: _____ Ultimo Examen Dental _____
 Medicamentos Actuales: _____ Alergico a Medicamentos: _____

Problemas Medicos: _____

Cirugias: _____

Historia Familiar: _____

Padre: _____

Madre: _____

Hermano: _____

Hermana: _____

Hijos: _____

Algun Cancer en la Familia Si o No, Si la respuesta es si/Quien: _____

Algun diagnostico psiquiatrico en la familia? Si o No, Si la respuesta es si/Quien: _____

Usted Utiliza:

Tabaco o Fuma? _____ Cantidad diaria? _____ Cuantos Anos? _____

Alcohol? _____ Cantidad a la Semana? _____

Suplementos Nutricionales? _____ Tipo _____

Drogas Recreativas? _____ Tipo _____

Ha tenido reciente:

la vacuna contra tetano _____ vacuna de la gripe _____ vacuna contra la neumonia _____

Mujeres: Ultimo periodo menstrual _____ # de Embarazos: _____ Abortos: _____

Tiene una directiva avanzada: Si _____ No _____

Por Favor Indique lo Applicable

Anemia	Asma	Glaucoma	Artritis
Sangrado Nasal	Mareos	Alta presion arterial	Alergias
Dolores en el pecho	Ansiedad	Problemas de sinusitis	Cataratas
Perdida de Orina	Dermatosis	Dolor en las piernas o pie	Hemorroides
Dolor de cabeza	Tiroides	Problemas Estomacales	Tuberculosis

Sugar Lakes Family Practice Acuerdo De Narcóticos

El propósito de este acuerdo es para evitar malentendidos sobre ciertos medicamentos que va a tomar para el manejo del dolor u otras razones médicas. Esto es para ayudar a usted y a su médico a cumplir con la ley en relación con los productos farmacéuticos controlados.

Entiendo que en caso que una receta de una sustancia controlada sea dada, Yo seré requerido a ver el medico cada 6 meses.

Entiendo que este acuerdo es esencial para la confianza necesaria en una relación médica, y que mi médico se compromete a tratarme en base a este acuerdo.

Entiendo que si rompo este acuerdo, mi médico interrumpirá la prescripción de estos medicamentos con sustancias controladas.

En el caso de medicamento para dolor. Me comunicare con mi médico sobre la intensidad de mi dolor.

No voy a usar cualquier sustancia ilegal, incluyendo marijuana, cocaína, etc.

No voy a vender o cambiar mi medicamento con nadie.

No voy a intentar obtener medicamentos controlados, incluyendo analgésicos, estimulantes controlados o medicamentos contra la ansiedad de cualquier otro médico.

Yo voy a proteger mi medicina de la pérdida o robo. NO se remplazaran los medicamentos perdidos o robados.

Estoy de acuerdo que rellenar mis recetas e analgésicos u otra sustancia controlada solo se hará al momento de una visita al consultorio, o durante las horas regulares de oficina. **No se rellenaran medicamentos durante las noches o los fines de semana.**

Estoy de acuerdo a utilizar una farmacia para surtir recetas para todos los medicamentos de dolor y/o sustancia controlada.

Estoy de acuerdo que voy a someter una prueba de sangre u orina si es solicitado por el médico para determinar mi cumplimiento con mi medicamento para el dolor o cualquier otra sustancia controlada.

Estoy de acuerdo que voy a usar mi medicamento a una velocidad no superior a la dosis prescrita, y que el uso de mi medicamento a una velocidad mayor resultara en mí estar, sin medicación durante un periodo de tiempo.

Estoy de Acuerdo

Nombre en Molde: _____

Firma de Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Estoy Desacuerdo

Se me ha presentado este acuerdo de Sugar Lakes Family Practice, en este momento yo elijo no firmar. Entiendo que no voy a recetar un medicamento narcótico, si elijo no firmar el acuerdo antes mencionado.

Nombre en Molde: _____

Firma de Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Sugar Lakes Family Practice

16902 Southwest Freeway Suite 110 Sugar Land, Texas 77479

Phone 281-565-2800 fax 281-565-2801

Autorización Del Portal

Sugar Lakes Family Practice ofrece un portal en el internet para que el paciente se comunice con la oficina y obtenga los resultados de sangre vía internet. Esta forma es una autorización que usted le da permiso a Sugar Lakes Family Practice que pueda poner sus resultados normales en el portal sin que la enfermera le llame. Si usted decide autorizar esto, los resultados serán puestos en el portal en cuanto su doctor los revise. Si no recibe una llamada o un mensaje de la oficina avisándole que han sido puesto en el internet en 10 días por favor contacte a nuestra oficina.

_____ Si, pongas mis resultados en el portal cuando sean normales y no me llamen.

_____ No, quiero recibir una llamada aunque sean normales mis resultados.

Nombre Del Paciente (Letra De Molde): _____

Firma De Paciente/ Guardián: _____ Fecha: _____

Sugar Lakes Family Practice

16902 Southwest Freeway Suite 110 Sugar Land, Texas 77479

Phone 281-565-2800 fax 281-565-2801

Inscripción Del Portal De Internet

Sugar Lakes Family Practice ahora ofrece una opción de un portal del paciente en el internet. El portal ofrece que usted tenga acceso a su expediente y nos pueda mandar mensajes por internet. En cuanto la oficina le dé el nombre de usuario y la contraseña usted podrá meterse a nuestra página sugarlakesfamilypractice.com y en el lado izquierdo habrá una porción que diga "Patient Portal." La información que sea proveído solo sera para el expediente suyo. Por favor no se refiera a otro paciente bajo su expediente. Por qué toda la información queda en su record permanente. Si usted ha firmado la autorización para que sus resultados de sangre normales sean puestos en la página de internet no le llamara una enfermera. Esto solo será para los resultados normales. Por favor espere de 7-10 dias para que sean puestos en su portal.

Sí, me gustaría inscribirme No, no quiero inscribirme

Correo electrónico: _____

Nombre del paciente (Letra de molde) _____

Firma de Paciente/Guardián: _____ Fecha _____

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE MEMORIAL HERMANN (MHiE) CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE AL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Propósito: El MHiE es una red para el intercambio de información sobre la salud desarrollada por Memorial Hermann Healthcare System. Los Miembros de intercambio incluyen hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado médico, que pueden compartir electrónicamente la información médica y otra información sobre la salud individualmente identificable acerca de los pacientes, con fines de tratamiento, pago y operación de sistemas de cuidado de la salud. Nosotros también somos Miembros de intercambio de MHiE y solicitamos su autorización para compartir la información sobre su salud con otros Miembros a través de MHiE. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación electrónica de la información sobre su salud a otros Miembros de intercambio de MHiE con fines de tratamiento, pago y operación de sistemas de cuidado de la salud. Si usted rechaza firmar este Consentimiento, no nos negaremos a brindarle tratamiento o cuidado. Sin embargo, si usted no lo firma, no podremos compartir electrónicamente la información sobre su salud con sus proveedores de cuidado de la salud que participan en el MHiE como Miembros de intercambio.

Instrucciones: Si usted acepta permitirnos que divulguemos la información sobre su salud a otros Miembros de intercambio de MHiE, llene las partes correspondientes de este Consentimiento y firmelo.

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento
---	---------------------

Información que se divulgará; propósito del Consentimiento para la divulgación

Yo, _____ [nombre del paciente], por este medio doy mi consentimiento a la divulgación de mi información médica, de salud y de visitas a todos y cada uno de los proveedores del Memorial Hermann Healthcare System (colectivamente denominados el "Proveedor") a otros proveedores participantes en el MHiE (Miembros de intercambio) que soliciten tal información con fines de tratamiento, pago y operación de sistemas de cuidado de la salud. Entiendo que la información a divulgar incluye registros médicos y de facturación utilizados para tomar decisiones acerca de mi persona.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE AL PROVEEDOR A REVELAR TODOS LOS TIPOS Y CATEGORÍAS DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE MI SALUD A OTROS PROVEEDORES DE CUIDADO DE LA SALUD PARTICIPANTES EN MHiE, CON FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIÓN DE SISTEMAS DE CUIDADO DE LA SALUD [LO CUAL INCLUYE, SIN LIMITACIÓN, MIS REGISTROS SOBRE ALCOHOL Y TRATAMIENTO, ABUSO DE DROGAS, SALUD MENTAL Y VIH/SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, SEGÚN CORRESPONDA].

Ausencia de condiciones: Este Consentimiento es voluntario. No condicionaremos su tratamiento a la recepción de este Consentimiento. **NO OBSTANTE, SI USTED NO LO FIRMA [O NO ANOTA SUS INICIALES] EN LOS LUGARES CORRESPONDIENTES, NO PODRÁ PARTICIPAR EN MHiE.**

Effect of Granting this Consent: This Consent permits all MHiE Exchange Members to access your health information. Exchange Members of the MHiE are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Plazo de vigencia y revocación Este Consentimiento continuará siendo válido a menos que usted lo revoque. Usted puede revocar este Consentimiento en cualquier momento completando la notificación de revocación de MHiE. Para obtener una notificación de revocación de MHiE, llame al 713-456-MHiE (6443). La revocación de este Consentimiento *no* afectará ninguna medida que hayamos tomado basándonos en este Consentimiento antes de recibir su notificación de revocación. Asimismo, tal revocación no tendrá ningún efecto sobre la información personal sobre su salud que ya se haya hecho disponible a los Miembros de intercambio durante el plazo en el cual su Consentimiento haya estado vigente.

FIRMA DEL PACIENTE

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento. Entiendo que, al firmarlo, confirmo mi autorización y consentimiento para el uso y la divulgación de la información personal sobre mi salud, tal como se describe en este documento.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este Consentimiento es firmado por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación o parentesco con el paciente: _____

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE FIRMARLO. Incluir este Consentimiento en los registros del paciente.

Official Use Only:

