



Genesis Medical Group

Su Visita

Querido Paciente,

Bienvenidos a Genesis Medical Group

Nuestro objetivo aquí en Genesis Medical Group es proporcionarle el más alto nivel de atención y que vuelva a vivir la vida al máximo.

Queremos hacer de su primera cita una experiencia fácil y agradable. Estos son algunos recordatorios sobre su primera cita:

- Por favor, lleve los siguientes artículos a su nueva cita:
- Tarjeta de seguro médico
- Licencia de conducir o identificación estatal
- Registros médicos, solicitaremos sus registros médicos que necesiten autorización. Traer todos los registros que tengas en su poder.
- Lista actual de medicamentos
- Lista de alergias
- Completar el formulario del paciente nuevo

Por favor, planee llegar a su cita 30 minutos antes de la hora de su cita programada, esto le permitirá completar la nueva documentación del paciente si no se ha completado de antemano. El nuevo papeleo del paciente se encuentra en nuestro sitio web www.genesisdoctors.com.

Por favor, esté preparado para pasar hasta dos horas en su primera cita; su primera cita será una visita completa que incluye examen físico y una revisión de su historia clínica. También queremos darle suficiente tiempo para que usted comunique cualquier pregunta o inquietud que pueda tener.

Esté preparado con una lista de preguntas para su médico; esto le permitirá comunicar eficazmente todas sus preguntas durante su cita

Verificaremos su seguro y obtendremos las referencias/autorizaciones requeridas antes de su cita. En el caso de que encontremos algún problema en la verificación u obtención de la referencia /autorización nos comunicaremos con usted antes de la cita.

Su copago o la cantidad monetaria de responsabilidad del paciente se cobrará en el momento del servicio.

Si tiene alguna pregunta con respecto a su nueva cita con el paciente, comuníquese con nuestros coordinadores de pacientes nuevos a este teléfono 832-289-5801.

Esperamos conocerle en su primera cita y atender sus necesidades de atención médica.

Sinceramente,
Genesis Medical Group



Genesis Medical Group

CUESTIONARIO MÉDICO PARA PACIENTE NUEVOS

Por favor complete este cuestionario respondiendo a cada pregunta con la mayor precisión posible.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre/Mujer

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Compañía de Seguro: _____ Numero de Seguro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip Code: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Cell/Trabajo: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

Médico de Referencia: _____ Médico de Atención Primaria: _____

Cómo te enteraste de la Clínica? Anuncio Facebook Compañía de Seguros Hospital Referencia por paciente

Médico de Atención Primaria Especialistas Otro: _____

Estado Civil: ____ Casado ____ Soltero ____ Divorciado ____ Viudo (a) ____ Otro

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

QUEJA/MOTIVO DE LA VISITA

Cuál es la razón de su visita hoy? _____

Estás experimentando algún dolor? (círcula uno) **SI / NO** Sí, dónde está el lugar de dolor _____

SI marcó sí, porfavor indique en la escala de 1 al 10 con 10 siendo el más alto nivel de su dolor **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

MEDICAMENTOS

Por favor enumere todas las recetas y medicamentos que tome de forma regular. **(Si tiene una lista disponible, por favor dé una copia a la recepcionista)**

Nombre de medicamento	Dosis (ej. 50 mg.)	Frecuencia (ej. Una vez al día)	Razón para tomar la medicina

ALERGIAS

Es alérgico algún medicamento? **SI/NO** **SI es sí, porfavor liste el medicamento** _____

Es alérgico al contraste intravenoso? **SI/NO** **SI es sí, porfavor describa su reacción** _____

Cualquier otra alergia? Incl. Látex **SI/NO** **SI es sí, porfavor describa su reacción** _____



Genesis Medical Group

Información De Farmacia

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

HISTORIA SOCIAL

1 Seleccione todo lo que corresponda:

___ Fumador actual, todos los días ___ Fumador actual, algunos días ___ Fumador, estado desconocido

___ Fumador de tabaco ligero ___ Fumador de tabaco pesado ___ Ex. Fumador ___ No Fumador

Cantidad de Cigarrillos: _____ por día Cantidad de Cigarros: _____ por día

Fumar con Pipa: _____ por día Años sin Fumar: _____

2) Has tenido exposición al humo de segunda mano? (Círcula uno) **SI / NO**

3) Bebes bebidas alcohólicas? (Círcula uno) **SI / NO**, Si sí, con qué frecuencia _____

HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR

Porfavor enumere si alguno de los miembros de su familia a continuación ha tenido o tiene alguna de las siguientes enfermedades o condiciones médicas: Trastornos de sangrado/coagulación, cáncer (tipo si conoce), diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión, leucemia, linfoma, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular.

Madre: **Vivo** **Difunto** **Edad:** Condición Médica _____

Padre: **Vivo** **Difunto** **Edad:** Condición Médica _____

Hermanos (a): **Vivo** **Difunto** **Edad:** Condición Médica _____

Abuela: **Maternal** **Paternal** **Edad:** Condición Médica _____

Abuelo: **Maternal** **Paternal** **Edad:** Condición Médica _____

Tías: **Maternal** **Paternal** **Edad:** Condición Médica _____

Tíos: **Maternal** **Paternal** **Edad:** Condición Médica _____

ANTECEDENTES MÉDICOS PASADOS

1) Ha tenido alguna de las siguientes pruebas en los últimos 6 meses? (Si Seleccionastes sí, ¿dónde y cuándo?)

TEP Tomografía Cuando _____ Dónde _____

Tomografía computarizada Cuando _____ Dónde _____

Ultrasonido Cuando _____ Dónde _____

Otros (especificar) Cuando _____ Dónde _____

2) Ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses? **SI / NO**

En caso afirmativo, cuándo y razón de hospitalización _____



Genesis Medical Group

Revisión de Síntomas Médicos

Marcar los síntomas que tiene actualmente o ha tenido en el último año. Porfavor marcar todos lo que correspondan.

<p><u>GENERAL</u></p> <p><input type="checkbox"/> Escalofríos</p> <p><input type="checkbox"/> Depresión/Nerviosismo</p> <p><input type="checkbox"/> Mareos/Desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> Aumento excesivo de peso/pérdida</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> Jaqueca (dolor de cabeza)</p> <p><input type="checkbox"/> Entumecimiento</p>	<p><u>CARDIOVASCULAR</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en el pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Presión arterial alta/baja</p> <p><input type="checkbox"/> Latido irregular/rápido del corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Mala Circulación</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para respirar</p> <p><input type="checkbox"/> Hinchazón en los tobillos</p> <p><input type="checkbox"/> Varices</p>	<p><u>PIEL</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cualquier erupción crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio en los lunares</p> <p><input type="checkbox"/> Urticaria (Ronchas)</p> <p><input type="checkbox"/> Picazón</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices irregulares</p> <p><input type="checkbox"/> Mala curación de lesiones/ heridas</p> <p><input type="checkbox"/> Mala curación de lesiones en pies</p>
<p><u>OJO, OREJA, NARIZ, GARGANTA</u></p> <p><input type="checkbox"/> Encías sangrantes</p> <p><input type="checkbox"/> Visión borrosa</p> <p><input type="checkbox"/> Estrabismo</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para tragar</p> <p><input type="checkbox"/> Visión doble</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de oído o secreción del oído</p> <p><input type="checkbox"/> Rinitis Alérgica</p> <p><input type="checkbox"/> Ronquera</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de audición</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragias nasales</p> <p><input type="checkbox"/> Tos persistente</p> <p><input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis</p> <p><input type="checkbox"/> Visión – Destellos o Halos</p>	<p><u>GASTROINTESTINAL</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hinchazón</p> <p><input type="checkbox"/> Escremento negro</p> <p><input type="checkbox"/> Cambios intestinales</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de apetito</p> <p><input type="checkbox"/> Estreñimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Sed excesiva</p> <p><input type="checkbox"/> Gases</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorroides</p> <p><input type="checkbox"/> Indigestión/Acidez estomacal</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado rectal</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de estómago</p> <p><input type="checkbox"/> Vómitos</p>	<p><u>HEMATOLOGICAS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Moretones fáciles</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado excesivo</p> <p><u>RESPIRATORIO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Tos crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Toser sangre</p> <p><input type="checkbox"/> Sibilancias o asma</p> <p><u>URINARIA</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sangre en orina</p> <p><input type="checkbox"/> Orina Frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de control de la vejiga</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor al Orinar</p>
<p><u>NEUROLOGICOS</u></p> <p><input type="checkbox"/> Visión doble/Pérdida de visión</p> <p><input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular previo</p> <p><input type="checkbox"/> Debilidad muscular/hormigueo</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para hablar</p> <p><input type="checkbox"/> Parálisis transitoria</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit Neurológico transitorio</p> <p><u>MÚSCULO/HUESO/ARTICULACIÓN</u></p> <p>Dolor, debilidad, entumecimiento en:</p> <p><input type="checkbox"/> Brazos</p> <p><input type="checkbox"/> Espalda</p> <p><input type="checkbox"/> Pies</p> <p><input type="checkbox"/> Manos</p> <p><input type="checkbox"/> Caderas</p> <p><input type="checkbox"/> Piernas</p> <p><input type="checkbox"/> Cuello/Hombros</p>	<p><u>HOMBRES</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dificultades de erección</p> <p><input type="checkbox"/> Nudo en testículos</p> <p><input type="checkbox"/> Secreción del pene</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en el pene</p> <p><input type="checkbox"/> Otro problema</p>	<p><u>MUJERES</u></p> <p><input type="checkbox"/> Frotis anormal de Papanicolaou</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos</p> <p><input type="checkbox"/> Nudo mamario</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor menstrual extremo</p> <p><input type="checkbox"/> Bochornos</p> <p><input type="checkbox"/> Nipple Discharge</p> <p><input type="checkbox"/> Relaciones sexuales dolorosas</p> <p><input type="checkbox"/> Secreción vaginal</p> <p>Fecha del último Periodo: _____</p> <p>Fecha del último papanicolaou: _____</p> <p>Fecha de última mamografía: _____</p> <p>Estás embarazada? Sí o no</p> <p>: _____</p>



Genesis Medical Group

Revisión de Sistemas a Continuación

Circula todas las condiciones que tienes o has tenido en el pasado.

Aids	Varicela	VIH positivo	Polio
Fibrilación auricular	COPD	Nefropatía	Problema de Próstata
Apendicitis	Diabetes	Enfermedad hepática	Fiebre Reumática
Artritis	Enfisema	Sarampión	Fiebre Escarlatina
Asma	Epilepsia	Migraña	Derrame Cerebral
Trastornos hemorrágicos	Glaucoma	Esclerosis múltiple	Problemas de Tiroides
Coágulos de sangre	GERD	Paperas	Tuberculosis
Nudo mamario	Enfermedad Cardíaca	Marcapasos	Úlceras
Cancer	Hepatitis	Neumonía	Enfermedad Venérea
Cataratas	Herpes		
Dependencia sustancias- químicas	Colesterol alto		

Historia Quirúrgica

Firmas

Hasta donde yo sé, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si alguna vez tengo un cambio en la salud.

Firma de Paciente / Representante Legal

Fecha

Nombre de Paciente / Representante Legal

Relación con el Paciente



Genesis Medical Group

HOJA DE INFORMACIÓN DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS DE SALUD

Una directiva anticipada es un documento legal que le dice a su familia, amigos y profesionales de la salud la atención que le gustaría tener si no puede tomar decisiones médicas. A través de directivas anticipadas, puede tomar decisiones legalmente válidas sobre su futuro tratamiento médico.

No necesita un abogado para completar sus directivas anticipadas. Sin embargo, debe tener en cuenta que cada estado tiene sus propias leyes para crear directivas anticipadas.

Hay tres directivas anticipadas reconocidas en Texas:

- En Texas Poder Notarial Duradero: nombra a alguien para hablar por usted en cualquier momento en que no pueda tomar sus propias decisiones médicas, no sólo al final de la vida. Su médico asistente debe certificar por escrito que no puede tomar decisiones de atención médica y presentar la certificación en su expediente médico. Si desea obtener más información y una copia del formulario de Texas Poder Notarial Duradero (Texas Medical Power of Attorney, pregunte al personal de recepción.
- Un **Testamento Vital**, oficialmente conocido en Texas como la Directiva a médicos y familiares o sustitutos, describe el tipo de tratamientos médicos o tratamientos que mantiene la vida que desea si estuviera grave o terminalmente enfermo. Un testamento vital debe ser firmado, fechado y presenciado por dos personas, preferiblemente individuos que lo conocen bien pero no están relacionados con usted y no son sus herederos potenciales o sus proveedores de atención médica. Si desea obtener más información y una copia del formulario de la Directiva a médicos y familiares, pregunte al personal de recepción.
- La orden de reanimación no resucitar (DNR) fuera del hospital le otorga el derecho a retener o retirar la reanimación cardiopulmonar (RCP) u otros tratamientos como desfibrilación y ventilación artificial. Si desea obtener más información y una copia del formulario de resucitar estándar del Departamento de Servicios de Salud de Texas no resucitar por favor pregunte al

Al crear una directiva anticipada, usted está haciendo que sus preferencias sobre la atención médica se conozcan antes de enfrentarse a una lesión o enfermedad grave. Esto ahorrará a sus seres queridos el estrés de tomar decisiones sobre su cuidado mientras está enfermo. Cualquier persona de 18 años o más puede preparar una directiva anticipada.

Para que su directiva sea legalmente vinculante, debe firmarla, u ordenar a otra que la firme, en presencia de dos testigos que también deben firmar el documento.

Es nuestra responsabilidad informar a todos los pacientes adultos competentes sobre las Directivas de Salud Avanzada y preguntar si tienen una en su lugar. Se indica al personal que conozca los diferentes tipos de directivas anticipadas. Todos los miembros del personal saben dónde dirigir a los pacientes que tienen preguntas o quieren más información sobre las directivas anticipadas. Si un paciente proporciona una directiva anticipada a Genesis Physicians, los médicos y el personal deben conocer las decisiones de los pacientes relacionadas con el tratamiento.



Genesis Medical Group

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS DE SALUD

Bajo la ley de Texas usted tiene el derecho de tomar decisiones con respecto a su atención médica. Los derechos incluyen el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento médico y el derecho a crear directivas de salud anticipadas para hacer preferencias sobre su atención médica. En el estado de Texas cualquier persona de 18 años o mayor legalmente competente tiene derecho a tomar estas decisiones de antemano

Las Directivas de Salud Anticipadas reconocidas en Texas son Poder Notarial Duradero, Testamento en Vida, Fuera del Hospital o No Resucitar. Ningún paciente puede ser discriminado por ejercer su derecho a elegir y crear Directivas de Salud Anticipadas.

Confirmación de Directivas Anticipadas Atención de Salud:

- € **SI**, Si tengo una Directiva de Salud Anticipada (seleccione qué directiva anticipada tiene a continuación).
- Poder Notarial Duradero le permite designar a alguien (un “agente” o “representante”) para que tome sus decisiones de atención médica si llega el momento en que usted no se encuentra en condiciones para hacerlo.
 - Testamento en vida (Explica sus deseos de atención médica en caso de que tenga una enfermedad terminal o esté permanentemente inconsciente).
 - Fuera del hospital No Resucitar-DNR (esta forma les ordena al personal médico de emergencia y a otros profesionales de atención médica que se abstengan de tratar de resucitar al paciente y que le permitan morir de manera natural, en paz y dignamente)

Si ha seleccionado SÍ, proporcione una copia de su Directiva de Salud Anticipada al personal de recepción.

- € **NO**, No tengo Directivas de Salud Anticipada (seleccione qué directiva anticipada tiene a continuación). Entiendo que puedo solicitar más información sobre las directivas anticipadas.
- He recibido la hoja de información sobre Directivas de Salud Anticipadas
 - Me gustaría obtener información adicional sobre las tres Directivas de Salud Anticipadas reconocidas en Texas.

Nombre de Paciente

Firma de Paciente



Genesis Medical Group

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

CONSENTIMIENTO MÉDICO: Consiente toda la atención médica, tratamiento, laboratorio, imágenes y otros procedimientos médico realizados o prescritos por un médico de Genesis Medical Group y sus designados según lo indicado en su juicio.

DERECHO A RECHAZAR EL TRATAMIENTO: Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas con respecto a todos mis cuidados y tratamientos, y que debo pedirle a mi profesional de la salud que aclare o explique aún más cualquier cosa que no entienda. El derecho incluye el derecho a tratamientos que no quiero.

RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE & AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco que he recibido ambos avisos, Aviso de Derechos/Responsabilidades del Paciente y Aviso de Prácticas de Privacidad.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS: Entiendo que tengo la oportunidad de dar a conocer mis deseos, por escrito con respecto a mi atención médica y /o decisiones al final de la vida. Esta directiva es en forma de testamento vital y/o poder duradero para la atención médica.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Autorizo a Genesis Medical Group a revelar cualquier información necesaria para facilitar el procesamiento de reclamaciones por atención médica, y la auditoría de pagos en relación con mi atención/tratamiento con Genesis Medical Group. También consiente la revelación de cualquier información según sea necesario para mi atención a otras instalaciones, agencias o proveedores de atención médica según lo indique o según lo exija la ley. Esta orden permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito.

ACUERDO FINANCIERO: Certifico que la información del seguro que he proporcionado es precisa, completa y actual y que no hay otra cobertura o seguro. Entiendo que soy financieramente responsable con Genesis Medical Group por los cargos no pagados bajo este acuerdo. Soy yo responsable de todos los cargos por los servicios que se me prestan que no están cubiertos por mi Plan de Seguro Médico de los cuales soy responsable bajo mi Plan de Seguro Médico. Genesis Medical Group hará todo lo posible para notificarme con anticipación si un servicio no está cubierto. Yo acepto pagar todos los copagos, deducibles y coseguros aplicables. Soy responsable de pagar todos los copagos, deducibles y responsabilidad del paciente en la hora del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos con anticipación.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO: Por la presente asigno todos los beneficios médicos, para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo mis compañías de seguros, incluyendo Medicare, Medigap, Medicare Replacement, seguro privado y cualquier otra salud /plan médico, emitir cheques de pago directamente a Genesis Medical Group para los servicios médicos prestados a mí mismo. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.

CERTIFICACIÓN DE MEDICARE: Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autoricé a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a revelar a la Administración del Seguro Social, o a sus intermediarios o transportistas, cualquier información necesaria para esta o una reclamación relacionada de Medicare. Solicito que el pago de beneficios autorizados se haga en mi nombre. (El consentimiento solo se aplica cuando corresponde.)

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto los términos y condiciones de este formulario y que estoy autorizado como paciente o representante legal del paciente para firmar este documento.

Nombre de Paciente /Representante Legal

Firma de Paciente/Representante Legal

Fecha



Genesis Medical Group

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMUNICARSE Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

En general, la regla de privacidad HIPPA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en el uso y revelación de su Información Médica Protegida (IMP). A la persona también se le otorga el derecho de solicitar una comunicación confidencial o de que una comunicación de la IMP se haga por medios alternativos o se comunique a partes designadas autorizadas, incluidos los miembros de la familia.

Deseo ser contactado de la siguiente manera, Porfavor marcar como quiere ser contactado (a):

Teléfono de Casa

- Deje el mensaje con información detallada.
 Deje el mensaje con los datos de devolución de llamada.

Teléfono Celular

- Deje el mensaje con información detallada
 Solo deje el mensaje con la llamada

Work Telephone

- Deje el mensaje con información detallada.
 Deje el mensaje con los datos de devolución de llamada.

Written Correspondence

- Mandar por correo a la dirección de casa
 Mandar por Email

Por la presente autorizo a una o todas las partes designadas a continuación a solicitar, discutir y recibir cualquier información sobre mi atención médica y tratamiento. Esta IMP incluye mi información de tratamiento, facturación, pagos o cualquier información en mis registros médicos. Entiendo que la identidad de los designados debe ser verificada antes de la liberación de IMP.

Designados Autorizados:

Nombre _____ Relación: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

***Esta autorización permanecerá en vigor a partir de la fecha firmada a continuación hasta su revocación.
Usted tiene derecho a revocar esta autorización por escrito.***

• Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo derecho a inspeccionar o copiar la información médica protegida para ser revelada.

• Entiendo que la información divulgada a los designados anteriores ya no está protegida por la ley federal o estatal y puede estar sujeta a comunicación adicional por el designado anterior.

Nombre de Paciente/Representante Legal

Firma de Paciente/Representante Legal

Fecha



Genesis Medical Group

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono : (_____) - _____ - _____

Por la Presente Autorizo:

Nombre del proveedor/hospital/médico Dirección del proveedor/hospital/medico Número de Teléfono

Para publicar la siguiente información de mi registro de salud que cubre el período De _____
A _____ Si, no especifico un período estoy autorizando la publicación de registros durante toda la duración de la atención con el proveedor.

Marca lo que se Aplica:

Registro Médico Completo (incluye información sobre seguros, datos demográficos, documentos de referencia y registros médicos). Si esta casilla está marcada, no marque ninguna casilla adicional.

Notas de progreso/visita a la oficina Informes radiológicos/de imágenes Registros de quimioterapia/radiación

Informes de laboratorio Informes de patología Registros de facturación/pago

La información debe ser revelada para: Genesis Medical Group

Dirección de la oficina _____ Teléfono: (_____) - _____ - _____ Fax: (_____) - _____ - _____

La información sera revelada para los siguientes fines:

Atención/tratamiento continuo Discapacidad Abogado Otro

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que la revoque por escrito.

Entiendo que de acuerdo con las leyes estatales y/federales aplicables (Ley de Práctica Médica de Texas o Seguro Médico Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas), se podría hacer una re-divulgación de los registros recibidos de otro médico u otro proveedor de atención médica involucrado en mi atención o tratamiento.

Nombre de Paciente/Representante Legal Firma de Paciente/Representante Legal Fecha