



Datos Demográficos

Información de Paciente

Nombre: _____ SS# _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de casa #: _____ Teléfono celular #: _____

Teléfono de su trabajo #: _____

Género:

- Femenino
 Masculino

Etnia:

- Hispano
 No Hispano

Raza:

- Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Afroamericano
 Hispano
 Hindú
 Caucásico/Blanco

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

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Teléfono Celular/Casa #: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono de trabajo #: _____

Información de sus doctores

Doctor Primario (PCP): _____ Teléfono #: _____

Doctor que lo refiere: _____ Teléfono#: _____

Información de Asegurancia (s)

Nombre de su asegurancia primaria _____

Número de Identificación _____ Grupo # _____

Nombre del asegurado _____ Relación con paciente _____

Nombre de su asegurancia secundaria _____

Número de Identificación _____ Grupo # _____

Nombre del asegurado _____ Relación con paciente _____

____ Ficha Demográfica

____ Forma de Historial Medico

____ Política Financiera

____ HIPPA Aviso de prácticas de privacidad

____ Portal de Paciente permiso de acceso

____ Consentimineto autorizado



19255 Park Row STE 104, Houston, TX 77084 Phone #: 281-945-5190 Fax#: 855-324-3438

Autorización de Consentimiento

Autorización para uso y manejo de información clasificada sobre su salud.

(Al firmar esta forma, otorgo permiso a el Dr. Maher Para el uso, manejo y además revelar información sobre mi salud a la persona que yo permita el acceso, dicha persona está envuelta en el cuidado de mi salud o puede ser responsable de pagar por los servicios relacionados con mi salud. En caso de, la oficina solo revelara información que tenga relevancia médica sobre mi estado de salud).

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Firma

Fecha

1. Permiso para discutir resultados vía Telefónica o por medio del portal? Si No
- 2.Cuál es el mejor número telefónico para contactarlo? _____

Personas autorizadas para recibir información médica relacionada al paciente:

Nombre

Relación

Número de teléfono

Email

Nombre

Relación

Número de teléfono

Email

Portal de Paciente

***El portal del paciente permite estar en comunicación con Dr. Maher y miembros del staff de un modo fácil y seguro por medio del internet. Pacientes que proporcionen su E-mail, se les proporcionara un usuario y un password temporal, el cual les otorgara acceso a **resultado de laboratorio, estados de cuenta, notificación de citas médicas así como agenda citas, pedir relleno en medicamentos**. Todo esto desde la comodidad de su hogar y a cualquier hora del día.

3. Direccion de correo electronico: _____

POLIZA FINANCIERA

- **Póliza de cancelación y/o citas que no asiste:** Si el paciente no cancela o re-agenda al menos 24 hrs antes de su cita. El paciente se hará acreedor a un cargo de \$35.00 dlls. Este cargo no se aplicara a ningún deducible o co-insurance.
- **Póliza de cancelación para procedimientos:** Si el paciente no cancela o re-agenda al menos 48 hrs antes de su cita. El paciente se hará acreedor a un cargo de \$100.00 dlls. Este cargo no se aplicara ningún deducible o co-insurance.
- **Atraso en arribo:** Es póliza de la oficina que cualquier paciente que tenga un retraso de más de **15 minutos** al horario original de su cita. Se le tendrá que re-agendar en la siguiente fecha y horario disponible.
- **Todas las citas se pagaran al momento que el paciente recibe los servicios.** Pagos en Efectivo, cheque y tarjetas de crédito o débito son aceptados para copays, co-insurance y pre-pagos para procedimientos. A su discreción, se le puede otorgar una copia de su recibo de pago o también la opción de publicarlo en el portal del paciente. Habra un cargo de **\$35.00 por cheques que no tengan fondos suficientes.**
- **Asignación y absolución:** Asigno mi seguro directamente al Dr. Maher todos los beneficios médicos a pagar por los servicios prestados. Yo entiendo que es mi responsabilidad cubrir todos los gastos pagados o no pagados por mi seguro. Autorizo mi firma en todas las presentaciones de seguros y entrega de cualquier información para garantizar el pago de las prestaciones.
- **Estados de cuenta y Colecciones:** Estados de cuenta se envían de forma mensual por correo y también se publican en el portal. Balances no pagados antes de su siguiente visita, se cobraran el día en que asista a la oficina. Si el pago no se realiza en el transcurso de 90 días, la cuenta será enviada a una agencia de colecciones. **Para dudas y aclaraciones sobre su estado de cuenta llamar nuestro depto. de billing Tel. 1-877-910-3272**
- **Reembolsos:** Sobrecargos se reembolsaran a la parte correspondiente, usualmente su aseguradora o Fiador. Reembolsos no se procesaran hasta que todas las cuentas activas y pasadas hayan sido pagas completamente.
- **Póliza de Relleno en medicamentos:** rellenos solo pueden ser autorizados en medicamentos prescritos por Dr. Maher. Es importante mantener sus citas ya agendadas para así asegurar que recibirá sus medicamentos a tiempo. Inasistencia y cancelaciones frecuentes podrían negar el derecho a un relleno en su medicamento. Todas las prescripciones requieren una cita de seguimiento al menos cada 6 o 12 meses.
- **Records Médicos:** Un costo razonable de \$20.00 se cobrara por las primeras 20 paginas \$0.50 por pagina adicional. Los records médicos estarán listos en un periodo de 10-15 días posterior a que se inicia el proceso.

Si tiene alguna pregunta o duda referente a nuestra política financiera, cargos o tiene algún problema para realizar algún pago. Favor de comunicarse a nuestra oficina.

Al firmar este documento afirma que leyó, reviso y entendió las declaraciones listadas anteriormente.

Firma del paciente

_____/_____/_____
Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

James A. Maher, M.D.

GASTROENTEROLOGÍA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE ESTE DOCUMENTO.

Estamos ética y legalmente obligados a mantener la privacidad de la información de salud protegida que debemos proporcionar a las personas con un aviso de nuestras obligaciones legales y políticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Debemos cumplir con los términos de nuestro Aviso de Privacidad Práctica vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad que se describen en la notificación. Vamos a publicar ningún aviso revisado en el área de espera y usted podrá obtener un aviso revisado mediante el envío de una solicitud por escrito a nuestro Director de Privacidad, en:

**James A. Maher, M.D. Gastroenterología
19255 Park Row ste, 104
Houston, TX 77084**

Con su consentimiento, podemos utilizar y divulgar información médica protegida acerca de usted para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tratamiento: la prestación de la asistencia sanitaria y los servicios relacionados por uno o más profesionales de la salud. Por ejemplo, podemos revelar información médica protegida a las enfermeras que prestan asistencia sanitaria bajo nuestra dirección. Pago significa las actividades que tomamos para obtener el reembolso de la prestación de la asistencia sanitaria. Por ejemplo, su compañía de seguros de salud puede requerir nosotros para proporcionar información sobre los servicios que ofrecidos a usted antes de que el asegurador paga por los servicios. Operaciones de atención médica incluyen muchas funciones de supervisión como la evaluación de la calidad, acreditación, y la gestión empresarial. Por ejemplo, podemos revelar información médica protegida a la concesión de licencias oficiales para la obtención o renovación de nuestras licencias profesionales.

Estamos obligados por la ley federal y estatal a revelar información protegida sin su consentimiento por escrito o autorización para ciertos propósitos de prioridad nacional. La siguiente es una breve descripción de estos propósitos nacionales prioritarios:

- Requerido por la ley, es decir, la autoridad de salud pública
- La persona expuesta a una enfermedad contagiosa, es decir, la hepatitis B
- Relación empleador a una enfermedad relacionada con el lugar de trabajo (con aviso al paciente)
- Efectos de aplicación de la Ley
- Las agencias de supervisión de salud, es decir, F.D.A.
- Mandato judicial
- Citación, solicitud de descubrimiento, los propósitos de la ley u otro proceso legal (con previo aviso ni orden de protección)
- Los registros solicitados por médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias
- Donación de órganos con fines
- Fines de investigación, es decir, cuerpos donados a la ciencia
- Militares y veteranos de seguridad la actividad
- Actividades de seguridad nacional y de inteligencia
- Determinaciones de idoneidad médica del Departamento de Estado
- Instituciones Correccionales

La elegibilidad para los beneficios de salud pública, es decir, la remuneración del trabajador, de la Discapacidad

Podemos usar o revelar información médica confidencial sin su consentimiento por escrito o autorización para ciertos propósitos, a menos que usted se oponga. La siguiente es una breve descripción de estos fines para los cuales usted tiene la oportunidad de objetar:

- Directorio de individuos en las instalaciones, limitada: nombre, ubicación en las instalaciones, condición en términos generales, la afiliación religiosa (revelar solamente al clero)
- Miembros de la familia y de las personas responsables de cuidados
- notas de progreso enviados a los médicos de atención / médicos referentes primarios
- Efectos de alivio de desastres

Salvo que se indique lo contrario aquí, vamos a usar y divulgar su información médica protegida sólo con su autorización por escrito y usted podrá revocar dicha autorización en cualquier momento.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida:

- El derecho a solicitar restricciones en ciertos usos y divulgación de información de salud protegida, pero no estamos obligados a aceptar sus restricciones solicitadas.
- El derecho a recibir la comunicación confidencial de la información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho a inspeccionar y copiar información de salud protegida, con un coste adicional para los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud
- El derecho de enmendar la información médica protegida

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre: _____

Fecha: _____



Fecha: ___/___/___

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Nombre de Farmacia / Localización: _____

Teléfono de Farmacia #: _____ Ciudad/Estado: _____

Nombre de Dr. Primario: _____ Tel: _____

Razón de visita: (Circule una opción) Colonoscopia de Rutina, Consulta por síntomas, Referido por PCP

Otra (Describir brevemente): _____

Síntomas presentes actualmente:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Nausea |
| <input type="checkbox"/> Distensión Abdominal | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolor para tragar | <input type="checkbox"/> Vomito |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Sangre en heces | <input type="checkbox"/> Cambios en defecaciones | <input type="checkbox"/> Heces color negro |
| <input type="checkbox"/> Gases | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Constipación |
| <input type="checkbox"/> Sangrado rectal | <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Fiebre |
| | <input type="checkbox"/> Hepatitis Tipo _____ | | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |

A realizado algún estudio o examen de laboratorio en los últimos 6 meses? Si No

Donde se realizaron: _____

A estado en algún hospital o cuarto de emergencias en los últimos 6 meses? Si No

Nombre de Hospital: _____

Causa de admisión: _____ Fecha: _____

Medicamentos: Favor de listar todos sus medicamentos actuales (Prescripción / OTC)

Nombre y Dosis:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Nombre y Dosis:

7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

Es usted alérgico algún medicamento o instrumental médico? (Ejem. Penicilina, Látex etc.)

- | Nombre | Reacción que causa |
|----------|--------------------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |

Historial Medico

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn's | <input type="checkbox"/> Trombosis venosa |
| <input type="checkbox"/> Constipación | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Infartos | <input type="checkbox"/> Hepatitis tipo _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico | <input type="checkbox"/> Sd. Colon irritable (IBS) | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Bipolaridad | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | | | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerativa |

Otra (Describir brevemente): _____

Historial Quirúrgico

- | | | | | | |
|--|--------------|---|--------------|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Apendicetomía | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Hernia | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Stent cardiaco | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Bypass arterial | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Aneurisma | Fecha: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otra no listada (describe brevemente) _____ | | | | | |

Has realizado una Colonoscopia? Si No Fecha: _____ Biopsia o pólipos recolectados? _____

Has realizado una Endoscopia? Si No Fecha: _____ Biopsia o pólipos recolectados? _____

Historia Familiar

Paciente es adoptado. Historia Familiar desconocida.

- | | | | | | | |
|---------------------------------|---|-------|-------|---------|---------|------|
| Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo |
| Hipertensión | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo |
| Enfermedad Cardiaca | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo |
| Enfermedad de Crohn's | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo |
| Síndrome Colon Irritable | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo |
| Cáncer Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo |
| Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Padre | Madre | Hermano | Hermana | Hijo |

Otra no listada: _____

Historia Social

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Uso de Tabaco:

- Fumador activo Número de cigarrillos por día _____ Paquetes por año _____
- Fumador inactivo Año que dejo de fumar _____
- Nunca

Uso de bebidas alcohólicas:

- Tomador activo Tragos por semana _____
- Tomador inactivo Año que dejo de tomar: _____
- Nunca

Uso de Drogas:

- Usuario Activo Fin médico o Recreacional (Circule una opción) Nombre de droga(s) _____
- Usuario inactivo Fin médico o Recreacional (Circule una opción) Nombre de droga(s) _____
- Nunca