



Datos Demográficos

Información de Paciente

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

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de 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)

¿Cómo te enteraste del doctor? Internet Página Web del Dr. Maher Otro _____

Compañía de seguros _____ Médico (Nombre) _____

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#: _____

Cardiólogo: _____ Teléfono#: _____ Fax #: _____

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 _____



19255 Park Row STE 104, Houston, TX 77084 Número de teléfono #: 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, otorgó permiso al 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 revelará 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. A los pacientes que proporcionen su correo electrónico, se les proporcionará un usuario y una contraseña temporal, el cual les otorgará acceso a **resultado de laboratorio, estados de cuenta, notificación de citas médicas, así como agenda de citas, pedir relleno en medicamentos**. Todo esto desde la comodidad de su hogar y a cualquier hora del día.

Dirección de correo electrónico: _____

(Escribir legiblemente)

PÓLIZA FINANCIERA

- **Póliza de cancelación y/o citas que no asiste:** Si el paciente no cancela o reagenda al menos 24 hrs antes de su cita. El paciente se hará acreedor a un cargo de \$35.00 dlls. Este cargo no se aplicará a ningún deducible o coaseguro.
- **Póliza de cancelación para procedimientos:** Si el paciente no cancela o reagenda al menos 48 hrs antes de su cita. El paciente se hará acreedor a un cargo de \$100.00 dlls. Este cargo no se aplicará ningún deducible o co-aseguro.
- **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 agendar en la siguiente fecha y horario disponible.
- **Todas las citas se pagarán al momento que el paciente recibe los servicios.** Pagos en Efectivo, cheque y tarjetas de crédito o débito son aceptados para copagos, coaseguro 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. Habrá un cargo de **\$35.00 por cheques que no tengan fondos suficientes.**
- **Asignación y absolucón:** 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 cobrarán 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 facturación Tel. 1-877-910-3272**
- **Reembolsos:** Sobrecargos se reembolsará a la parte correspondiente, usualmente su aseguradora o Fiador. Los reembolsos no se procesarán hasta que todas las cuentas activas y pasadas hayan sido pagadas 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 meses.**
- **Récords Médicos:** Un costo razonable de \$20.00 se cobrará por las primeras 20 páginas \$0.50 por página adicional. Los récords médicos estarán listos en un periodo de 10-15 días posterior a que se inicie el proceso.
- **Nos reservamos el derecho de rechazar el servicio y/o despedir a un paciente.** Si no aceptamos su plan de seguro. Si el médico considera que el paciente no cumple con sus recomendaciones médicas. Si el paciente es agresivo con nuestro personal y/o el médico.

AVISO DE COLONOSCOPIA ANTICIPADA

NOTA: El propósito de esta nota es ayudarlo a tomar una decisión informada sobre si desea o no recibir estos servicios, sabiendo que es posible que deba pagarlos usted mismo. LEA TODO ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE:

*Una COLONOSCOPIA DE DETECCIÓN ya no se considera detección cuando se extirpan pólipos por patología durante el procedimiento. Si los beneficios de su seguro indican que la COLONOSCOPIA DE DETECCIÓN está cubierta al 100 %, los beneficios pueden cambiar y la cobertura estará sujeta a deducible y coaseguro cuando se extirpan los pólipos.

_____ Sí, acepto recibir estos servicios. _____ NO, he decidido no recibir estos servicios

Entiendo que este es un beneficio cubierto; sin embargo, según las pautas del seguro, mi nivel de cobertura para este beneficio puede cambiar o anularse debido a las estipulaciones establecidas por mi compañía de seguros. Envíe mis reclamos a mi compañía de seguros. Entiendo que se me puede facturar por artículos o servicios y que es posible que deba pagar la factura mientras mi compañía de seguros toma una decisión. Si mi compañía de seguros niega el pago, acepto ser personalmente responsable del pago. Es decir, pagaré personalmente de mi bolsillo. Entiendo que puedo apelar la decisión de mi compañía de seguros.

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, revisó 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 ofrecemos a usted antes de que el asegurador paga por los servicios. Las 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: (Marque una opción) Colonoscopia de Rutina, Consulta por síntomas, Referido por su Médico de atención primera.

Otra (Describir brevemente): _____

Síntomas presentes actualmente:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Náusea |
| <input type="checkbox"/> Distensión Abdominal | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolor para tragar | <input type="checkbox"/> Vómito |
| <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 |

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

Donde se realizaron: _____

¿Ha 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 /Sin Receta)

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"/> Úlceras | <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"/> Myasthenia Gravis | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerativa |

Otra (Describir brevemente): _____

Ultimo chequeo de Marcapasos _____ Fecha del estent cardíaco _____

Historial Quirúrgico

- | | | | | | |
|--|--------------|---|--------------|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Hernia | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Stent cardíaco | 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 Cardíaca	<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 dejó de fumar _____
- Nunca

Uso de bebidas alcohólicas:

- Tomador activo Tragos por semana _____
- Tomador inactivo Año que dejó 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