

General Surgeons of Pasadena

Información de Paciente				
Apellido		Nombre	Inicial	Número de Seguro Social
Dirección (correo)			Fecha de Nacimiento	
Ciudad	Estado		CP	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero
Dirección (de facturas, si es diferente a la de correo)			Veterano/Militar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Activo	
Cuidad	Estado		CP	Estado de Estudiante <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> TC(FT) <input type="checkbox"/> TP (PT)
Teléfono en Casa	Teléfono Durante el Dia	Para Trabajadores Agrícolas: <input type="checkbox"/> De Estación <input type="checkbox"/> Migratorio		<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)
Contacto de Emergencia (Nombre, Parentesco)			Número de Contacto en Caso de Emergencia	
¿De qué raza se considera usted? <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Raza Múltiple <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> De otro Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____			¿De qué grupo étnico se considera usted? <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	
Idioma Primaria <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> india <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> corea <input type="checkbox"/> francés <input type="checkbox"/> alemán <input type="checkbox"/> ruso <input type="checkbox"/> otras		¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tamaño de Familia:	
Si no tiene hogar, tipo de albergue: <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transición <input type="checkbox"/> Comparte <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro _____				
Empleador	Dirección/Teléfono de Empleador			
Información del Responsable (si es diferente que lo anotado arriba)				
Apellido		Nombre	Inicial	Número de Seguro Social
Dirección (correo)			Fecha de Nacimiento	
Ciudad	Estado		CP	Teléfono en Casa
Dirección (de facturas, si es diferente a la de correo)			Teléfono Durante el Dia	
Cuidad	Estado		CP	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero
Empleador	Dirección/Teléfono de Empleador			
Información de Seguro Primario				
Nombre de Compañía	Número de ID de Póliza	Número de Grupo	Fecha de Vigencia	
Dirección de Reclamos de Seguro		Accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Auto		Fecha de Accidente
Nombre del Asegurado		Fecha de Nacimiento	Parentesco al Paciente	
Información de Seguro Secundario, Auto o Labores e Industrias				
Nombre de Compañía de Seguro	Número de ID de Póliza	Número de Grupo	Fecha de Vigencia	
Dirección de Reclamos de Seguro		Accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Auto		Fecha de Accidente
Nombre del Asegurado		Fecha de Nacimiento	Parentesco al Paciente	

Autorización, Consentimiento y Asignación de Beneficios

Por medio de la presente doy consentimiento a atención de salud de paciente no internado con **General Surgeons of Pasadena** para incluir Evaluación, Diagnóstico, Consulta y Tratamiento de atención Médica. Doy autorización para que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a **General Surgeons of Pasadena** y comprendo que soy responsable financieramente por servicios no cubiertos. Estoy de acuerdo en ceder información tocante al Tratamiento/Consulta de atención Médica para el propósito de pago o de operaciones de servicios de salud. Esta autorización y asignación es permanente y permanecerá archivada y puede ser utilizada para reclamos futuros. Puedo revocarla a cualquier tiempo dando aviso en escrito. Acuso recibo de una copia de Aviso de Prácticas de Privacidad de **General Surgeons of Pasadena**.

Firma: _____ Fecha: _____ Parentesco al paciente (si es menor) _____

HISTORIA DE SALUD (Confidencial)

Nombre _____ Fecha de Hoy _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha del Último exam físico _____

¿A qué se debe su visita médica? _____

SINTOMAS Marque con un tilda (✓) los síntomas que Ud. Tiene actualmente; o que ha tenido en el pasado año.

GENERAL	GASTROINTESTINAL	OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA	Para los HMOBRES solamente
<input type="checkbox"/> Escalofrios	<input type="checkbox"/> Mal apetito	<input type="checkbox"/> Sangrar de las encías	<input type="checkbox"/> Bulto en el pecho
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hinchado	<input type="checkbox"/> Vista nublada	<input type="checkbox"/> Dificultad en la erección
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Cambios al defecar	<input type="checkbox"/> Estrabismo/Bizquera	<input type="checkbox"/> Bulto en los testículos
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Dificultad al tragar	<input type="checkbox"/> Supuración por el pene
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Llagas en el pene
<input type="checkbox"/> Falta de Memoria	<input type="checkbox"/> Excesivo hambre	<input type="checkbox"/> Dolor de oídos	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Excesiva sed	<input type="checkbox"/> Supuración por los oídos	Para las MUJERES solamente
<input type="checkbox"/> Pérdida de sueño	<input type="checkbox"/> Gases	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou anormal
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos
<input type="checkbox"/> Nerviosismo	<input type="checkbox"/> Indigestión	<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Bulto en el seno
<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales	<input type="checkbox"/> Dolor menstrual muy fuerte
<input type="checkbox"/> Sudores	<input type="checkbox"/> Sangrar por el recto	<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Fogaje("Hot Flashes")
MÚSCULO/ARTICULACIÓN/HUESO	<input type="checkbox"/> Dolor de estomago	<input type="checkbox"/> Zumbido de los oídos	<input type="checkbox"/> Supuración por los pezones
Dolor, debilidad, entumecimiento en:	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Problemas de la sinus	<input type="checkbox"/> Coito doloroso
<input type="checkbox"/> Brazos	<input type="checkbox"/> Caderas	<input type="checkbox"/> Vómito de sangre	<input type="checkbox"/> Supuración por la vagina
<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Piernas	CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Pies	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	PIEL
<input type="checkbox"/> Manos	<input type="checkbox"/> Hombros	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta	Fecha de la última
GENITOURINARIO	<input type="checkbox"/> Latidos irregulares del corazón	<input type="checkbox"/> Se pone morada fácilmente	Menstruación _____
<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja	<input type="checkbox"/> Ronchas	Fecha de la última Prueba
<input type="checkbox"/> Micción (orinar) frecuente	<input type="checkbox"/> Mala circulación	<input type="checkbox"/> Picazón	de Papanicolaou _____
<input type="checkbox"/> Falta de control de la vejiga	<input type="checkbox"/> Latidos acelerados del corazón	<input type="checkbox"/> Cambios en verrugas	¿Ha tenido Ud.
<input type="checkbox"/> Micción dolorosa	<input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos	<input type="checkbox"/> Salpullidos	Un mamograma? _____
	<input type="checkbox"/> Venas varicosas	<input type="checkbox"/> Cicatrices	¿Está Ud. embarazada? _____
		<input type="checkbox"/> Llagas que no cicatriza	¿Cuántos hijos tiene? _____

CONDICIONES Marque con un tilda (✓) las condiciones que Ud. tiene o que he tenido en el pasado.

<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Drogaadicción	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Problemas de las Próstata
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñon	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata
<input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Embolia Cerebral
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Intento de Suicidio
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bocio	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Problemas de la Glándual Tiroides
<input type="checkbox"/> Trastomos de Desangramiento	<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Amigdalitis
<input type="checkbox"/> Bulto en los Senos	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea
<input type="checkbox"/> Bulimia	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas

MEDICAMENTOS Liste los medicamentos que Ud. toma actualmente **Alergias** a medicamentos o sustancias

Nombre de la Farmacia _____	Teléfono _____

(Toda la información es estrictamente confidencial)

HISTORIA FAMILIAR Complete la información de salud sobre su familia.									
Relación	Edad	Estado de Salud	Edad a la Muerte	Causa de la Muerte	Marque con un tilde (✓) si sus familiares consanguíneos han tenido algunas de las siguientes enfermedades:			Enfermedad	Parentesco con Ud.
Padre						Artritis, Gota			
Madre						Asma, Fiebre del Heno			
Hermanos						Cáncer			
						Droga adicción			
						Diabetes			
						Cardiopatías, Embolia Cerebral			
Hermanas						Presión Sanguínea Alta			
						Enfermedad del Riñón			
						Tuberculosis			
						Otras			
HOSPITALIZACIONES					HISTORIA SOBRE EMBARAZOS				
Año	Hospital	Motivo de la Hospitalización y Resultado			Año de Nacimiento	Sexo del Nacimiento	Complicaciones, si las hubo		
						HABITOS DE SALUD Marque con un tilde (✓) las sustancias Ud. usa, y describa cuanto			
						Cafeína			
¿Ha tenido Ud. alguna vez una transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						Tabaco			
Si la respuesta es afirmativa, dar fechas aproximadas. _____						Drogas			
ENFERMEDADES/LESIONES SERIAS				FECHA	RESULTADO	Otras			
					INQUIETUDES RELACIONADOS CON EL TRABAJO				
					Marque con un tilde (✓) si su trabajo lo expone Ud. a alguna de las siguientes condiciones.				
					Estrés				
					Sustancias Peligrosas				
					Levantamiento de Objetos Pesados				
					Otras				
					Su ocupación:				

Certifico que la información incluida arriba es correcta, a mi leal saber y entender. Yo no haré responsable ni a mi doctor ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Firma

Fecha

Revisado Por

Fecha

HCA Physician Services
General Surgeons of Pasadena
3801 Vista Road, Ste 450
Pasadena, TX 77504

Consentimiento del mensaje de telefono

Doy permiso para **General Surgeons of Pasadena** que me llame o me deje un mensaje con el fin de la notificación de resultados o de recordatorios de citas en los números siguientes:

_____ Teléfono de casa _____
(Iniciales)

_____ Teléfono del trabajo _____
(Iniciales)

_____ Teléfono de movil _____
(Iniciales)

_____ Numero de Contactos de Emergencia _____
(Iniciales)

Por favor, lea a continuación y considerar cuidadosamente quién usted quiere tener acceso a su información médica. A menos que tengamos su autorización por escrito para hacerlo, no lo haremos.

Yo le entrego permiso al **General Surgeons of Pasadena** para discutir cualquier cosa con respect a mi asistencia médica con la persona siguiente (s):

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

Nombre del paciente (impresión)

Firma del paciente

Fecha

General Surgeons of Pasadena

Forma de Consentimiento del Paciente

(Favor de Leer y Firmar)

Por medio de la presente, Yo, la persona que firma, doy mi consentimiento para lo siguiente:

- Administración y realización de todos los tratamientos,
- Administración de cualquier anestésico que sea necesario,
- Realización de aquellos procedimientos que sean considerados como necesarios o recomendables para este paciente,
- Uso de medicamentos que sean recetados,
- Realización de procedimientos para diagnóstico,
- El uso y la toma de cultivos,
- Realización de otras pruebas de laboratorio que sean aceptables de acuerdo a recomendaciones medicas, las cuales sean consideradas medicionalmente necesarias, o recomendables, basadas en el juicio del médico asignado o de las personas asignadas por el mismo.

Yo, entiendo que este consentimiento es proporcionado antes de tener un diagnóstico o tratamiento específico.

Mi intención es que la validez de este consentimiento continúe aún después de que se tenga un diagnóstico específico y que se haya recomendado un tratamiento. **Este consentimiento será válido en su totalidad hasta que indique lo contrario por escrito.**

Yo entiendo que mi consentimiento a **General Surgeons of Pasadena** incluye a otras oficinas con diferente ubicación y que pertenecen a la misma persona y/o compañía.

Yo, la persona que firma, autorizo que: **General Surgeons of Pasadena** utilice y entregue mi información con propósito de tratamiento, pagos, y funciones relacionadas con el cuidado de la salud.

El **Tratamiento** incluye pero no está limitado a: la administración y realización de todos los tratamientos, la administración de cualquier anestésico que sea necesario, el uso de medicamentos que sean recetados; la realización de aquellos procedimientos que sean determinados como necesarios o recomendables durante el tratamiento de este paciente, como son procedimientos de diagnóstico, la toma y utilización de cultivos y otras pruebas de laboratorio que sean medicionalmente aceptables, todos los cuales sean considerados como necesarios y recomendables medicionalmente, por el médico que lo atiende o las personas asignadas.

El **Pago** incluye pero no está limitado a: la autorización del pago directo a: **General Surgeons of Pasadena** de la cobertura de prestaciones que de otra forma son pagados a mí mismo. Por medio de la presente autorizo la entrega de mi información médica a terceras partes aseguradoras, o personas autorizadas a quienes les sea necesario mi consentimiento para establecer o cobrar una cuota por los servicios proporcionados, como son la facturación y cobro por servicios, los pagadores de compañías aseguradoras, las aseguradoras de accidentes para automóviles, o para heridas relacionadas con mi trabajo, a la compañía que me emplea o a la persona asignada.

Yo entiendo que soy financieramente responsable de los cargos que no estén cubiertos. Yo entiendo que la información del paciente puede ser almacenada electrónicamente y puede estar disponible a través de redes de computo.

Operaciones relacionadas con el **Cuidado de la Salud** incluyen pero no están limitadas a: La entrega de información médica a cualquiera de mis doctores y sus oficinas o las compañías de seguros que participan en el cuidado, el tratamiento de mi salud y la calidad de dicho tratamiento.

Yo, entiendo que este consentimiento es proporcionado antes de tener un diagnóstico o tratamiento específico. Mi intención es que la validez de este consentimiento continúe aún después de que se tenga un diagnóstico específico y que se haya recomendado un tratamiento. **Este consentimiento será válido en su totalidad hasta que indique lo contrario por escrito.** Este consentimiento incluye específicamente la entrega de cualquier información médica que involucre condiciones relacionadas con drogas, alcoholismo, condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, y/o enfermedades infecciosas que incluyan pero que no están limitadas a enfermedades que son transmitidas por contacto con sangre.

Una fotocopia de este consentimiento deberá de ser tan válida como el original.

(OPCIONAL) En caso de que exista una exposición, y el paciente resultó positivo, el medico que lo atiende notificará al paciente, cualquier persona que haya sido expuesta, y al Departamento de Salud y le serán proporcionadas las recomendaciones adecuadas.

(OPCIONAL) **PACIENTES con seguro por parte de MEDICARE:** Yo, autorizo proporcionar mi información médica que sea necesaria a la Social Security Administration (Administración de Seguro Social) o sus intermediarios para mi cobertura con Medicare. Estoy asignando el pago de los servicios a: **General Surgeons of Pasadena** .

Yo reconozco que el: **General Surgeons of Pasadena** me ha proporcionado una Notice of Privacy Practices (Notificación de la Privacidad para Consultorios). Yo, entiendo que si tengo preguntas o reclamos que tengo que contactar al Oficial de Privacidad.

Iniciales del Paciente: _____

Yo, declaro que he leído y entendido completamente los párrafos anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario para que se lleven acabo.

Firma del Paciente (o Parte Responsable)

Fecha

General Surgeons of Pasadena

Autorización para el suministro de información

Autorizo al Consultorio Médico **General Surgeons of Pasadena** para que le comunique a mi compañía de seguro médico, Medicare u otra tercera entidad pagadora toda la información médica que ellos soliciten (incluyendo, entre otros, información sobre condiciones psiquiátricas, anemia, abuso de alcohol y drogas, VIH u otras enfermedades contagiosas). Autorizo a la Práctica Médica **General Surgeons of Pasadena** para que le comunique toda la información médica al médico que me remite y a mi médico general (médico de familia). Autorizo a Consultorio Médico **General Surgeons of Pasadena** para que contacte a mi compañía de seguro de salud o al administrador de mi plan de salud y para que obtenga toda la información financiera pertinente relacionada con el cubrimiento y los pagos de acuerdo con mi póliza de salud. Le solicito a mi compañía de seguro de salud o al administrador de mi plan de salud que le comunique toda esta información al Consultorio Médico **General Surgeons of Pasadena**.

Acepto que estas provisiones continuarán vigentes hasta que yo le envíe una revocación escrita a Consultorio Médico **General Surgeons of Pasadena**.

Firma del Padre/Acudiente Legal: _____

**General Surgeons of Pasadena
3801 Vista Rd., Ste 450
Pasadena, TX 77504**

Gracias por escoger a General Surgeons of Pasadena. Nuestro proveedor y personal están dedicados a proporcionar asistencia de excelente calidad a cada uno de nuestros pacientes.

General Surgeons of Pasadena le gustaría invitarle a participar en nuestra encuesta de satisfacción del paciente. Nuestra encuesta será enviada a usted, por correo electrónico, después de su visita. Nuestra encuesta nos ayudará a garantizar que cada una de sus visitas es una experiencia agradable y también. Déjenos saber cómo podemos mejorar para servirle. Su tiempo relleno de nuestra encuesta es muy apreciada.

el correo electrónico del paciente

nombre del paciente

David N. Lam, M.D.