



FORMA DEL REGISTRO

(Favor usar letra de molde)

| | | | | | | | |
|--|---------------------------------|---|------------------------------|-------------------------------------|---|---|--|
| Fecha: | | Médico Remitente : | | | Médico de Atención Primaria : | | |
| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | | | | | | |
| Apellido: | | Nombre: | | Inicial: | | <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Ms. | |
| Estado civil (marque uno) Solt. / Cas. / Div. / Sep. / Viud. | | | | | | | |
| Es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Si no, cual es su nombre legal? | | (Nombre anterior): | | Fecha de Nacimiento: / / | Edad: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Dirección: | | | No. de Seguro Social: | | No. de teléfono (hogar): () | | |
| Ciudad: | | Estado: | | Código Postal: | | No. de teléfono (alternativa) () | |
| Ocupación : | | | Empleado por: | | No. de teléfono (trabajo): () | | |
| En caso de emergencia a quién debemos notificar: | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DE ASEGURANZA | | | | | | | |
| (Favor de dar su tarjeta de aseguranza a la recepcionista) | | | | | | | |
| Persona responsable de la cuenta: | | Fecha de nacimiento: / / | | Dirección (si es diferente): | | No. de teléfono de hogar: () | |
| Es esta persona un paciente aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| Ocupación: | Empleado por: | Dirección del empleo: | | | No. de teléfono del lugar de empleo: () | | |
| El seguro cubre al paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | |
| Nombre del suscriptor : | | No. Seguro Soc. del suscriptor : | | Fecha de nacimiento: / / | | No. del grupo: | |
| | | | | | | No. de póliza: | |
| | | | | | | Co-payment: \$ | |
| Relación deal paciente al suscriptor : | | <input type="checkbox"/> Mismo | | <input type="checkbox"/> Esposo/a | | <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> Otro | |
| Nombre de aseguranza secundaria (si aplique): | | Nombre del suscriptor: | | | No. del grupo: | | |
| | | | | | No. de póliza: | | |
| Relación del paciente al suscriptor: | | <input type="checkbox"/> Mismo | | <input type="checkbox"/> Esposo/a | | <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> Otro | |
| DIVULGACION DE INFORMACION | | | | | | | |
| Por mi conocimiento, la informacion precedente es cierto. Yo doy mi autorización a mi compañía de seguro de pagar directamente al doctor. Yo estoy de acuerdo que si la cantidad es insuficiente para curbrir el total, yo seré responsable de pagar la diferencia. También autorizo al Texas Medical & Sleep Specialists o la compañía de aseguranza de lanzar cualquiera información sea requerida para procesar mis demandas. | | | | | | | |
| Firma de Paciente, Padre, Tutor Legal, o Representativa Particular: | | | | Fecha: | | | |
| _____ | | | | _____ | | | |
| Favor de escribir, en letra de molde, el nombre del Paciente, Padre, Tutor Legal, or Representativo Particular: | | | | Relación al paciente: | | | |
| _____ | | | | _____ | | | |

Oficina de Negocios:
4114 Pond Hill Road
Suite 102
San Antonio, Texas 78231

Texas Medical & Sleep Specialists, PLLC
www.txmss.com
Sirviendo: Shavano Park, Medical Center, Alamo Heights, Seguin,
New Braunfels



Nuestras Polizas Económicas y Oficiales

Gracias por esoger a Texas Medical & Sleep Specialists, PLLC como su proveedora de servicios medicos. Quedamos cometidos a proveer servicios medicos de la mejor calidad para nuestros pacientes. Nuestro Departamento de Facturación estara listo de tratar nuestros gastos, honorarios o polizas si hay cualquieras preguntas.

Pedimos que todas las personas responsables leen y firman nuestras polizas y completan la forma de información para el paciente antes de su consulta con el doctor. Favor de firmar con sus iniciales al lado de cada punto como indicación de su comprensión de nuestras polizas.

_____ 1. Todos los co-pays, deducibles , y/o seguros adicionales quedan pagables en el dia de su consulta. No controlamos estos honorarios. **Su compañía de aseguranza medico estaran debidos a la hora de servicio. No** escogemos tales cargos. Son proveidos a nuestra oficina por su compañía de aseguranza cuando se los llamamos para verificar beneficios y/o las termas acordados por usted (o su empleado) y tal compañía.

_____ 2. Verificamos beneficios de aseguranza como cortesia a nuestros pacientes. Todos los cargos son su responsabilidad, si su compañía de aseguranza paga o no paga. No todos los servicios quedan cubiertos por su plan medico. Algunas compañías de aseguranza escogen ciertos servicios que no cobran. Favor de contactar su compañía de aseguranza si tiene algunas preguntas sobre su poliza de cuidio medico. Texas Medical & Sleep Specialists, PLLC (TMSS) provee servicios que son perteneciente al médico en su opinion profesional. Si queda usted inseguro si un procedimiento, inmunización, o inyección esta cubierto por su poliza, por favor llame a su compañía de aseguranza antes de recibir tal servicio. Usted queda responsable para todos los cargos no cubiertos por su aseguranza medico.

Favor de acordarse que su seguro es un contrato entre usted (or su empleador) y la compañía de seguros. No somos parte de tal contrato.

Es muy importante que useted entienda las provisiones de su poliza de salud. No podemos garantizar pagos para todos sus reclamos. Is su compañía de aseguranza solamente paga un parte de una factura, or rechaza su reclamo, cualquier contacto o explicación esta entre usted y su compañía de seguros, el nombre asegurado. Reducción o rechaza de cualquier reclamo por su compañía de aseguranza no se alivia de su obligación fiscal. Si su compañía nos paga para un reclamos que usted ya ha pagado y le debemos un reembolso, agilizaremos su reembolso or le daremos credito a su cuenta.

_____ 3. Cobramos todos los co-pays, deducibles, o cargos para servicios que no quedan cubiertos por su poliza a la hora de su registro. Si existe un balance en su cuenta, pediremos por este pago tambien. Para su conveniencia, aceptamos cash, cheque personal, Visa y MasterCard.

_____ 4. **Aunque aceptamos pacientes con aseguranza secundaria de Medicaid como pacientes particulares, no cobramos seguros secundarias de Medicaid. Debe completar una forma de Medicaid con cada visita o no podemos verle.**

_____ 5. Algunas compañías de aseguranza medica requieren un referido de su medico primaria antes que puede visitar por un medico de TMSS. Si su cita requiere un referido de su medico primaria, tal referido debe ser archivado con nuestra oficina antes del dia de su cita. Si le veremos sin tal referido y su compañía de aseguranza no pague, usted sera responsable para todos los cargos.

_____ 6. Permitimos 90 dias para el pago de cualquier balances qu son la responsabilidad del paciente. Si no recibimos pago entero dentro de 90 dias, su cuenta estara referido a una agencia de colecciones.

Entendemos que problemas fiscales temporales pueden afectar pagos oportunos de su balance. Le pedimos comunicar con nosotros sobre cualquier problema de este tipo para que podemos asistirle en mantener su cuenta al corriente.

_____ 7. Favor de asegurar que toda su información personal y de aseguranza esta correcto con cada visita. Solamente cargamos a la compañía de aseguranza que tenemos archivado. No es incomun que alguien cambia su numero de telefono o su dirección y olvidar avisarnos. Ese resulta en comunicación fragmentado. Favor de informar a nuestra recepcionista si ha cambiado su dirección, numero de telefono, o informacion de aseguranza (o si anticipa tales cambios).



_____ 8. TMSS provee un descuento de 20% para pacientes que pagan por si mismos. Ese pago debe ser pagado a la hora de recibir el servicio.

_____ 9. Si no cancelas una cita con notificación de 24 horas o mas o si no llegas para su cita, le cobraremos un cargo de \$35.00. Favor de notar que este cargo no queda cubierto por su compañía de aseguranza. Sinceramente esperamos que no hay necesidad de cargar esta cuota. Esta ofrecido como incentivo para acordar nuestros pacientes y sus familias para atender sus citas o, si no eso no es posible, reprogramar con mas que 24 horas (y apreciamos noticia de 48-72 horas de noticia). Cuando reprograma su cita con noticia de varias dias, nos permite ver otros pacientes mas pronto ... algo que ellos aprecian.

_____ 10. Si llegas mas que 15 minutos tarde para su cita, la reprogramaremos.

_____ 11. Si recibimos notica que su cheque personal tiene fondos insuficientes, habra un cargo de \$35.00 mas la cantidad del cheque. Con mas que una instancia de un cheque retornado, todos sus pagos tendran que ser en forma de tarjeta credito, cash, o money order.

_____ 12. TODOS surtidos de recetas DEBEN SER llamados a su farmacia. Usamos un servicio electronico de recetas. Para su conveniencia, mandamos recetas electronicas por un red asegurado del internet directamente a farmacias participantes. Podras pedir que su farmacia manda el pedido para el surtido electronicamente, o pueden mandar tal pedido por fax a 210-494-2209. NO ACEPTAMOS llamadas hechos por nuestros pacientes para surtidos. Por favor, no espera hasta que acaba su medicamento para pedir su farmacia para un surtido. **Exigimos 2 dias negociantes para responder a un pedido para surtido de medicamentos. Favor de notar que no procesamos pedidos para surtidos de medicamentos durante los fines de semanas o dias de fiesta.** El paciente debe tener una cita de seguimiento fijado o el doctor le habia visto dentro de los ultimos 6 meses para tener un surtido para sus recetas.

_____ 13. Despues de 3 veces que no llegas para su cita sin avisarnos, reservamos el derecho de terminar la relación entre medico/paciente. Notificaremos al partido responsable y al medico que le ha referido.

_____ 14. Hay un cargo de \$25.00 para completar cualquier papelero de FMLA que debe ser pagado antes que completaremos tal papelero. Aunque tal papelero es largo, favor de notar que haremos lo mejor que podemos para completarlo en una manera rapido y eficiente y pedimos su paciencia. Requerimos 3-5 dias laborales para completar ese papelero.

_____ 15. Hay un cargo para copias de su historia clinica que no esta pedido por otro medico. Favor de pedir un calculo si requiere copias de su historia clinica (o la historia clinica de su hijo).

_____ 16. Debido a las leyes del Estado de Texas, hemos adoptado las siguientes polizas sobre recetas medicas triplicadas (recetas triplicadas son para sustancias controladas Schedule II): No mandaremos recetas triplicadas por el correo. Todas las recetas triplicadas caducidas que no han sidos despachados deben ser devueltos a nuetra oficina. Recetas triplicadas deben ser despachados dentro de 21 dias. Hay un cargo de \$5 para cada receta triplicadas que esta recogido en una manera oportuno y un cargo de \$25 para recetas triplicadas expiradas (que no estan recogidos en una manera oportuno).

De nuevo, gracias por su selección de TMSS como su proveedora medico. Apreciamos su confianza y la oportunidad de servirle.

HE LEIDO Y ENTENDIDO LAS POLIZAS ANTERIORES

Firma de paciente (o partido responsable)

____/____/_____
Fecha

Nombre de paciente in letra de molde (o partido responsable)

Testigo



Historia Familiar

Favor de decirnos sobre la historia medical de su familia. Hay problemas medicos que ocurren dentro de la familia?

Problemas medicos como: (marque todos que se aplica)

alergias, asma, eczema, sinusitis recurrente, infecciones otico recurrentes, fibrosis quística, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, or otros enfermedades pulmonarias?

reflujo acido, enfermedades autoinmunes, HIV/AIDS/SIDA, hepatitis ?

Alta presión, cardiopatía, choque del corazon, ataque, epilepsia, diabetes, cancer, problemas del tiroideo, problemas renales, anemia, o otras enfermedades?

ronco, apnea, andar durante el sueno, hablar durante el sueno, movimientos de piernas durante la noche, insomnia, SIDS, o otros problemas con el sueno?

Otros ? _____

Quien?

Madre: _____ Por parte de mi Madre: _____

Padre: _____ Por parte de mi Padre: _____

Hermano/a(s): _____ Tios/Tias: _____

Hijo/as: _____ Primos: _____

Otros: _____

Muchas gracias!



Nombre: _____ Fecha de Nac.: ___/___/_____ Fecha de Hoy: ___/___/_____

Favor de decirnos sobre el medio ambiente y situacion social del paciente. Favor de marcar todo que aplica.

Favor de decirnos sobre el medio ambiente del paciente:

- casa apartamento casa fabricada Aire condicionado
- A/C en ventana deshumidificador humidificador cambia regular de filtros de aire
- cubiertos hipoalergénicos para colchon de cama cubiertos hipoalergénicos para almohadas
- peluches (animals) en a recamara alfombra en la recamara
- alfombra por toda la casa moho en la casa (mold)
- muebles tapizados muebles de madera o piel
- cortinas en las ventanas persianas (blinds) en las ventanas

El paciente toma alcohol? Con que frecuencia?

- diario semanal mensual
- menos que una vez al mes solo en ocasiones especiales nunca

Fuma el paciente, o queda expuesto al humo de tabaco?

- Menos que 1 paquete al dia 1 paquete al dia 1-2 paquetes al dia
- Mas que 2 paquetes al dia fumador pasivo Exposicion al humo en la casa
- Ningun exposicion al humo Paciente usa otros productos de tabaco

Quien vive en casa con el paciente?

- Espos/a Ninos Hermanos Madre Padre
- Otro: _____

En que trabaja el paciente?

- Profesional Trabajo Medico Trabajo de Laboratorio Trabajo Manual
- Ama de Casa Exposicion a sustancias toxicos Jubilado Otro:

Ha viajado o vivido el paciente fuera de los Estados Unidos? Si No

Si si, donde y cuando?

Cual es el estado matrimonial del paciente?

- Soltero Casado Divorciado Otro: _____

Tiene el paciente exposicion a animals en la casa?

- Perro(s) Gato(s) Pajaro(s) Ganado/Cabalo(s) Ningunos Animales Other:

Cuantos anos de educacion tiene el paciente (marca del nivel mas alto completado)?

- Elementario Escuela Media Secundaria Universidad sin Graduar
- Bachillerado Escuela Graduado Doctorado Post-doctorado Otro:

Ha usado el paciente drogas ilegales? Si No Si si, cuales? _____



Revista de Sistemas Medicas:

Durante las ultimas semanas ha tenido algunos de los siguientes sintomas? Favor de marcar todos que aplican.

CONSTITUCIONAL:

- fiebre
- fatiga
- cambio de peso sin razon
- problemas con el sueno
- falla de respiracion
- cansancio durante el dia
- boca seca en la manana
- interupciones durante el noche
- otros problemas de sueno
- escalofrios
- falla de energia
- ningunos quejos generales
- ronco
- ahogando durante el sueno
- dolor de cabeza en la manana
- dificultades poniendose a dormir
- movimientos excesivos durante la noche
- ningunos quejos de dormir
- sudor del noche
- perdido de apetito

OREJAS, NARIZ & BOCA:

- congestion nasal
- desecho nasal
- desecho de las oidos
- halitosis
- anginas
- dolor de la cara
- sangrado nasal
- boca seca
- goteo postnasal
- oidos tapadas
- dolor de oidos
- ulceras nasal
- ulceras oral
- dolor de la gargantua
- dolor de los dientes
- anjinas grandes
- ningunos quejos

CORAZON:

- dolor del pecho
- falla de la respiracion
- palpitations
- hinchazon de las piernas
- pulso rapido
- ningunos quejos

PULMONES:

- falta de respiracion al descanso
- falta de respiracion con ejercicio
- tos productivo
- tos con sangre
- falta de respiracion con actividades diarias
- resollar
- tos seca
- ningun problema de pulmones

ESTOMAGO E INTESTINOS:

- nausea
- vomito
- diarrea
- constipacion
- ningun problema gastrica
- dolor abdominal
- agruras
- jaundice
- inflamacion abdominal

GENITO-URINARIO:

- orinacion doloroso
- orina sangrosa
- orinacion frecuente
- ningun problema genito-urinario

PSIQUIATRICO:

- depresion
- ansiedad
- ataques de panico
- ningun problema psiquiatrico

MUSCULATURA & ARTICULACIONES:

- dolor de articulaciones
- hinchazon de articulaciones
- rigidez de articulaciones
- Dolores musculares
- debilidad musculares
- ningun problema muscular o de articulaciones

SISTEMA NEUROLOGICO:

- dolor de cabeza
- convulsiones
- temblores
- cambios de vision
- debilidad
- cambios sensoriales
- dificultad con memoria
- ningun problema neurologico

HEMATOLOGICO/LINFATICO:

- easy bruising
- easy bleeding
- history of blood clots (DVT)
- blood clot antibody
- no complaints
- swollen lymph nodes
- no swollen lymph nodes

ENDOCRINA & METABOLICA:

- intolerancia del calor
- intolerancia del frio
- orinacion frecente
- siempre tiene sed
- cambios de vision intermitentes
- problemas del tiroides
- ningun problema endocrinologico



Recetas Electronicas

Usamos un servicio para recetas electronicas.

Para su conveniencia, nuestros doctores transmiten “e-prescriptions” por medio de un red seguro del internet directamente a farmacias participantes.

Favor de poner el nombre, direccion y telefono de su farmacia.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre de Farmacia: _____

Direccion de Farmacia:

No. de Telefono de Farmacia: (____) ____ - _____

Gracias!

DECLARACION DEL RECIBO DE LA NOTICIA DE POLITICA DE PRIVACIDAD

*** Si aun no ha recibido uno, pidale uno en la oficina en frente. ***

He recibido una copia de la Noticia de Política de privacidad.

Nombre en letras de molde

____ / ____ / ____
Fecha

Firma



AUTORIZACION DE ENTREGA/DIVULGACION
DE INFORMACION MEDICA

Para: _____

Tel: _____ Fax: _____

Autorizo la entrega o divulgacion de la informacion medica a:

Texas Medical & Sleep Specialists, PLLC
4114 Pond Hill Road Suite 101
San Antonio, TX 78231
Tel: 210.240.5020
Fax: 210.494.2209

Autorizo la entrega o divulgacion de la informacion medica del paciente indicado durante el periodo de tiempo ____/____/____ hasta ____/____/____.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____

Nombre del paciente (o partido responsable): _____

Direccion: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____