

Información del paciente

Fecha de hoy

Apellido Nombre Inicial de segundo nombre Sobrenombre/Alias

Fecha de nacimiento Número de seguridad social Sexo

☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Otro

Estado civil

Empresa en la que trabaja

Domicilio particular Piso Ciudad Estado Código postal

☐ Teléfono del domicilio ☐ Teléfono del trabajo ☐ Teléfono móvil Dirección de correo electrónico

Por favor, marque e incluya su número de teléfono para modo de contacto preferido

☐ Permiso para la comunicación a través de correo electrónico

Información de parte responsable/avalista

¿Quién es la parte responsable/avalista? ☐ El mismo/paciente ☐ Otro (complete los datos a continuación)

Apellidos Nombre Inicial de segundo nombre Fecha de nacimiento

Domicilio particular Piso Ciudad Estado Código postal

☐ Teléfono del domicilio ☐ Teléfono del trabajo ☐ Teléfono móvil Dirección de correo electrónico

Relación con el paciente N.º de permiso de conducir y estado (obligatorio)

El contacto de emergencia Número de teléfono para emergencias

Información de médico remitente

Nombre de médico de atención primaria N.º de teléfono de médico de atención primaria

Nombre de médico remitente N.º de teléfono de médico remitente

Información de farmacia

Nombre de farmacia Dirección de farmacia N.º de teléfono de farmacia N.º de fax de farmacia

Formulario de seguro del paciente

Nota: Asegúrese de que nos proporciona una copia de cada tarjeta de seguro. Si su seguro cambia, comuníquenoslo para que podamos actualizar sus datos.

Información del paciente

Apellidos	Nombre	Inicial de segundo nombre	Sobrenombre/Alias
-----------	--------	---------------------------	-------------------

Primera información de seguro (principal)

Nombre de la compañía de seguro	Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento	Empresa en la que trabaja
---------------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------

N.º de póliza	N.º de grupo
---------------	--------------

Domicilio particular (si es diferente al del paciente)	Piso	Ciudad	Estado	Código postal
--	------	--------	--------	---------------

Relación con el paciente ☐ Yo mismo ☐ Padre/Madre ☐ Esposo/a ☐ Otro

Segunda información de seguro (secundaria)

Nombre de la compañía de seguro	Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento	Empresa en la que trabaja
---------------------------------	-------------------------------	---------------------	---------------------------

N.º de póliza	N.º de grupo
---------------	--------------

Domicilio particular (si es diferente al del paciente)	Piso	Ciudad	Estado	Código postal
--	------	--------	--------	---------------

Relación con el paciente ☐ Yo mismo ☐ Padre/Madre ☐ Esposo/a ☐ Otro

Asignación de beneficios: Por la presente asigno todos los beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, Medicaid, seguro privado o compensación de trabajadores (en esta lista no se incluyen todas las opciones) a Stephanie Herrera, MD and Associates, PA, para todos los servicios proporcionados a mi persona y/o las personas a mi cargo y aún no pagados en su totalidad. Por la presente autorizo y solicito a mi compañía de seguros el pago directo al proveedor indicado. Una fotocopia del presente documento es igual de válido que el original.

Firma del paciente/Tutor legal

Fecha

Autorización para tratar a un paciente menor de edad

En el caso de que uno de los padres o el tutor legal no puedan acompañar al niño a una cita, puede usar este formulario para darle permiso a otro adulto para que lleve a su hijo a la(s) visita(s). Usted reconoce además que tiene la autoridad para dar su consentimiento y designar el tratamiento médico para el niño y esto será confiado por el proveedor.

Conforme a las secciones 32.001 y 32.002 del Código Familiar de Texas, yo/nosotros _____
(nombre del padre/madre/tutor)

y _____, el padre/la madre/los padres y el (los) tutor(es) legal(es) _____
(nombre del padre/madre/tutor) (nombre del niño)

de _____, por la presente autorizo/autorizamos a _____ para que
(nombre del niño) (nombre del adulto que acompaña al niño al consultorio)

acompañe al niño mencionado anteriormente a las visitas al consultorio de la Dra. Stephanie Herrera, Rachel Jones, FNP-C y/o Sarah Bennett, Au.D, CCC-A, y para que dé su consentimiento para la revisión y/o el tratamiento del niño durante la visita.

Esta autorización:

☐ entra en vigencia solo el _____

☐ entra en vigencia desde el _____ hasta el _____

☐ entra en vigencia hasta que yo/nosotros la retire/retiremos por escrito.

Yo/nosotros me reservo/nos reservamos el derecho a retirar esta autorización en cualquier momento por escrito a la Dra. Stephanie Herrera y los Asociados en 215 Oak Drive, Ste. F, Lake Jackson, Texas 77566.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que mi hijo (menor de 18 años de edad) no puede asistir a su cita sin estar acompañado por un adulto autorizado.

YO/NOSOTROS ACEPTO/ACEPTAMOS INDEMNIZAR Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER GASTO O RECLAMO DE CUALQUIER TIPO A CUALQUIER ENTIDAD QUE BRINDE O QUE HAGA QUE SE REALICEN ANÁLISIS Y SE BRINDE TRATAMIENTO O ATENCIÓN HOSPITALARIA, EN VIRTUD DE ESTA AUTORIZACIÓN, Y ACEPTO, CONDICIONALMENTE, REALIZAR O HACER QUE SE REALICEN, MEDIANTE LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE TERCEROS O, DE OTRO MODO, PAGOS COMPLETOS POR DICHOS ANÁLISIS, TRATAMIENTO O ATENCIÓN HOSPITALARIA.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

 Formulario de consentimiento informado

Revise las declaraciones a continuación e incluya sus iniciales en donde se solicita.

Apellidos	Nombre	Inicial de segundo nombre	Fecha de nacimiento
-----------	--------	---------------------------	---------------------

Consentimiento para evaluación y tratamiento

Mediante la presente, autorizo que Lake Jackson ENT evalúe y proporcione tratamiento para mis necesidades de otorrinolaringología, además de las correspondientes a mi sistema auditivo. Esto puede incluir el tratamiento médico de una serie de trastornos de oído, nariz y garganta, evaluación del umbral de audiometría integral y reconocimiento del habla; timpanometría; examen de reflejo acústico e impresiones de molde auditivo.

Iniciales _____

Consentimiento de la HIPAA (copias de la normativa disponibles bajo petición)

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad relativos a mi información médica protegida. Estos derechos se me otorgan bajo la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Entiendo que mediante la firma de este consentimiento, les autorizo para el uso y la divulgación de mi información médica con el fin de llevar a cabo tratamientos, actividades de facturación u otras que permita la normativa aplicable.

Iniciales _____

Doy el permiso para que el oído, la nariz y la garganta del Lago Jackson liberen sobre la información de la petición (médica, financiera y/o cita) al individuo siguiente(s):

Nombre de la persona _____ La relación _____

Nombre de la persona _____ La relación _____

Consentimiento de fotografía médica

Acepto que se me realicen fotos en el transcurso de 1) evaluación y planificación preoperatoria; 2) evaluación o documentación de procedimiento o intraoperatoria; o 3) evaluación o documentación postoperatoria. El término "fotografía" incluye en el presente fotografías estáticas o vídeos en formato digital u otros, además de cualquier otro medio de registro o de reproducción de imágenes.

Iniciales _____

Autorización para incluirme en comunicaciones con fines educativos o de marketing

La autorización de incluirme en las comunicaciones de marketing de esta consulta significa que puedo:

- A. Recibir comunicaciones relativas a alternativas de tratamiento u otros servicios o productos relacionados con la salud.

Opciones de autorización de marketing:

- ☐ Deseo recibir comunicaciones de marketing únicamente de esta consulta.
- ☐ Deseo recibir comunicaciones de marketing de esta consulta y los negocios asociados a la misma.
- ☐ **NO** deseo recibir **NINGUNA** comunicación de marketing

Iniciales _____

Su información nunca se ofrecerá ni venderá a ninguna entidad externa. Cualquier divulgación de su información médica protegida requiere un formulario de autorización de la HIPAA. Puede optar por cancelar su inclusión en comunicaciones con fines educativos o de marketing escribiéndonos a: **215 Oak Drive South, Suite F, Lake Jackson, TX 77566**

Firma del paciente

Fecha

Revisión de síntomas

Nombre: _____ Fecha de nacimiento/Edad: _____ Fecha: _____

Revisión de síntomas: ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas en la actualidad? (Marque con un círculo todo lo que corresponda)

General: Fiebre Escalo fríos Sudores nocturnos Fatiga Pérdida de peso Aumento de peso
Disminución de la actividad

Otros: _____

Ojo: Cambios recientes en la vista Visión doble Ojos amarillos Ojos secos Lagrimeo excesivo

Otros: _____

Oídos/Nariz/Garganta: Pérdida de la audición Zumbido en los oídos Mareos Dolor de oídos
Secreción nasal Congestión nasal Voz ronca Dificultad para tragar

Otros: _____

Respiratorio: Falta de aire Silbido en la respiración (sibilancia) Tos Apnea Ronquidos Respiración ruidosa

Otros: _____

Cardiovascular: Dolor de pecho Latidos irregulares Hinchazón de las piernas Mala circulación Desmayos

Otros: _____

Gastrointestinal: Náuseas Vómitos Diarrea Constipación Acidez Piel amarillenta
Sangrado por el recto

Otros: _____

Genitourinario: Dificultad para orinar Sangre en la orina Dolor al orinar Micción frecuente
Lesiones que producen secreción

Otros: _____

Hematología: Anemia Hematomas Sangrar con facilidad Inflamación de ganglios linfáticos
Transfusión de sangre previa

Otros: _____

Endócrino: Sed excesiva Intolerancia al frío Intolerancia al calor Sofocos Azúcar elevada en sangre
Azúcar baja en sangre

Otros: _____

Inmunológico: Compromiso inmunológico Historia de tratamiento para el cáncer Fiebre recurrente
Infecciones recurrentes

Otros: _____

Osteomuscular: Dolor de espalda Dolor articular Debilidad muscular Calambres musculares
Inflamación articular Piernas inquietas

Otros: _____

Piel: Lesiones Erupciones Picazón Quemaduras Cicatrización hipertrófica Queloides Sequedad

Otros: _____

Mamas: Nódulos Bultos Secreción de los pezones Dolor

Otros: _____

Neurológico: Confusión Pérdida de la memoria Problemas de equilibrio Dolor de cabeza Desmayos
Entumecimiento Debilidad

Otros: _____

Psiquiátrico: Ansiedad Depresión Manía Pensamientos suicidas Alucinaciones Problemas para dormir
Anorexia

Otros: _____

Otros síntomas no enumerados: _____

Antecedentes médicos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento/Edad: _____ Fecha: _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____

Derivado por: _____ Médico de cabecera: _____

Antecedentes de problemas de salud: _____

Cirugías previas: _____

Medicamentos actuales: _____

Alergias a medicamentos: _____

Antecedentes sociales: Fumar/Masticar tabaco: _____ Nunca _____ Actual _____ Pasado _____ Fumador pasivo _____

¿Qué cantidad? _____ Si dejó, ¿cuándo? _____

Alcohol (incluyendo cerveza): Nunca _____ Actual _____ Pasado _____

¿Qué cantidad? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Antecedentes de salud familiares:

Marque la casilla de cada miembro familiar que tenga antecedentes de los siguientes problemas médicos:

Parentesco	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela Materna	Abuela Paterna	Abuelo Materno	Abuelo Paterno
Complicaciones por anestesia								
Asma								
Enfermedad autoinmune								
Problemas de sangrado/coagulación								
Cáncer								
Diabetes								
Hipertensión arterial								
Problemas auditivos								
Ataque cardíaco								
Problemas renales								
Problemas hepáticos								
Problemas pulmonares								
Convulsiones								
Problemas estomacales o del colon								
Accidente cerebrovascular								
Problemas tiroideos								