

Texas Inpatient Consultants

16701 Creek Bend Dr # 500
Sugar Land, TX 77478
(T) 281-265-0409 oficina: 281-265-0402 fax

Demografico de Nuevo Paciente

Fecha: _____ Número de Cuenta/historial médico: _____
Nombre (Apellido): _____ (Nombre de Pila): _____ (Segundo Nombre): _____
Domicilio: _____ Apt#: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Telephono (Casa): _____ Telephono (Cellular): _____
Telephono (Trabajo): _____ Correo Electrónico: _____
SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Empleo: _____ Ocupación: _____
Dirección de Empleo: _____
Estado civil: _____ Hombre: _____ Mujer: _____
Nombre de Marido(a): _____
Empleo de Marido(a): _____ Dirección de Empleo: _____
Contacto de Emergencia: _____ Telephono: _____
Referido a la clínica por: _____ Telephono: _____
Farmacia: _____ Numero de farmacia: _____

Nombre de Aseguranza Primaria: _____ Telephono: _____
ID De Aseguranza: _____ Número del Grupo
Nombre de Asegurado(a): _____ Empleado: _____

Nombre de Aseguranza Secundaria: _____ Teléfono: _____
ID De Aseguranza: _____ Número del Grupo
Nombre de Asegurado(a): _____ Empleado: _____

Yo por la presente autorizo pago directo de beneficios médicos a Texas Inpatient Consultants por los servicios dados. Yo entiendo que yo soy responsable por cualquier equilibrio financiero no cubierto por mi aseguranza. Yo por la presente autorizo la emisión de mis registros médicos o información incidental que pueda ser necesaria para cuidado médico o en proceso de aplicación para beneficiarios financieros. Yo certifico que la información dada por mi en aplicando por el pago está correcta. Yo autorizo la emisión de reportes en solicitud. Yo solicito que el pago del beneficiario autorizado sea puesto en mi nombre. Una fotocopia de estas asignaciones puede ser válida como original.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____
(Guardián legal no incluye padrastro o madrastra a no ser que esté autorizado por la corte).

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Ocupación: _____ Sexo (circule uno) : Hombre Mujer
Educación (chequea todos): ___ Escuela Primaria ___ Escuela Secundaria ___ Colegio
___ De Posgrado
Religion: _____ Estado Civil: S ___ M ___ D ___ W ___

Medicaciones que toma:

Alergias:

Problemas Medicos:

Problemas médicos Familiares:

Madre: _____
Padre: _____
Hermano: _____
Hermana: _____

Usted:

Fuma? _____ Cuántos Diarios? _____ Por cuantos años? _____
Toma alcohol? _____ Cuántos por la semana? _____
Toma suplementos nutricionales? _____ Cuales? _____
Drogas recreacionales? _____ Cuales? _____

Ha tenido recientemente? (Año) DT _____ Vacuna de Gripe _____

Vacuna de pneumonia _____

Mujeres: LMP _____ Numero de embarazos: _____ Numero de abortos espontaneos _____

Circule/Chequea los que aplican a usted:

Dolor de cabeza	Dolor de pecho	Dolor de estomago
Desmayos	Alta presion	Acidez de corazon
Vision Borrosa	Accidente cerebrovascular	Nausea/Vomito
Vision Doble	Soplo Cardiaco	Diarrea
Glaucoma	Dificultad para respirar	Sangre en la defecación
Cambio de talla de defecación	Tuberculosis	Cataratas
Pérdida de Audición	Pneumonia	Dolor cuando orina
Ronquera	Alergia al polen	Sangre en la orina
Palpitaciones	Dolor de garganta	Toz
Pies hinchados	Sangre de Nariz	Sangre en las encías
Pérdida de defecación o orina	Descarga vaginal	Cambios de piel

Descargo del pene Artritis Gota Fractura Dolor de ojo Dolor de oído Asthma
Anemia Cáncer Convulsión Circunvalación Colitis

Razón por Visita: _____

Firma: _____

Texas Inpatient Consultants

16701 Creek Bend Dr. #500
Sugar Land, TX 77478
(281) 265-0409 oficina (281) 265-0402 fax

AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS Y ALIADOS DE SALUD
RECONOCIMIENTO DE PACIENTE

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo he recibido y entiendo los Avisos de Prácticas Privadas escritos en lenguaje simple de esta práctica. Este aviso provee en detalle los usos y divulgaciones de mi información médica protegida que puede ser hecha por esta práctica, mis derechos individuales, como puedo ejecutar mis derechos, y los derechos legales de la práctica con respecto a mi información.

Yo entiendo que esta práctica reserva el derecho de cambiar las condiciones de sus Avisos de Prácticas Privadas en conformidad con las leyes y para hacer cambios con respeto todo información de salud protegida residencial o controlada por la práctica. Si cambios a la póliza ocurren, esta práctica me proveerá un revisado Aviso de Prácticas Privadas a petición.

Esto también le informa que la práctica utiliza Aliados de Salud donde usted será visto por un Nurse Practitioner or Physician Assistant y de ahí un Doctor licenciado.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Relacion a paciente (si esta firmado por alguien mas): _____

POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir a **[Texas Inpatient Consultants]** para proveer su cuidados sobre su salud. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor entiendo que el pago de sus cobros es considerado una parte de su tratamiento. El seguimiento es una declaración de nuestra Política Financiera que requerimos que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento. Nuestras cuotas están basadas en los tratamientos recibidos, a pesar de cualquier resultado. Todos los pacientes tienen que completar nuestras formas de Información y Aseguración antes de ver al doctor.

El pago completo es esperado al tiempo de que los servicios estén proveídos. Aceptamos cash, tarjetas de crédito, y cheques. Ofrecemos opciones de pagos extendidos con aprobación previa.

Con respeto a Aseguranza:

Su política de aseguranza es un contrato entre usted y su compañía de aseguranza, y nosotros no somos parte de ese contrato. Como una cortesía, intentaremos cobrar a su aseguranza primaria. Por costos médicos que están surgiendo, nosotros no podemos cobrar su aseguranza secundaria. Usted puede coordinar beneficios con sus políticas individuales y ellos pueden enviar sus reclamos. El balance es su responsabilidad, ya sea que la aseguranza lo cubre o no. En adicción, no podemos cobrar su aseguranza a menos que usted nos dé información sobre la aseguranza actualizada y firme una forma de reclamo. Por favor sea avisado de que si después de 45 días su reclamo de aseguranza no está pagado, usted recibirá una carga completa debido. Cargos de más de 90 días serán dados a una agencia de colección. Por favor sea avisado que algunos y tal vez todos los servicios proveídos no serán cubiertos, **razonable y acostumbrados, y/o necesarias debajo de su plan de aseguranza aunque su doctor cree que están cubiertas. Es la responsabilidad de cada quien determinar sus beneficios individuales.**

Precios usuales y acostumbrados:

Nuestra práctica está comprometida en proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es usual y de costumbre para nuestra área. Usted es responsable para el pago a pesar de lo que su compañía de aseguranza determine son los precios usuales y acostumbrados.

Condiciones Preexistentes:

Nosotros vamos a contactar su aseguranza para verificar los cubiertimientos y el resumen de sus beneficios. Si su aseguranza nos dice de una condición preexistente, usted está obligado a poner un depósito para todos los servicios dados hasta que su aseguranza ha pagado todas sus reclamaciones.

Políticos sobre Fuera de Cadena o COBRA

Si usted elige ir fuera de cadena de su aseguranza, usted tiene que pagar por todos los servicios al completo al tiempo de servicio. Podemos darle un recibo y podemos mandar una copia de su reclamo a su aseguranza si usted quiere.

Solicitud de Registros Médicos

Si la solicitud de registros médicos viene de un doctor o médico, no va a haber un cargo. Si van a ver cargos por solicitudes de las demás personas, incluyendo pero no limitado a compañías de aseguranzas, abogados, y pacientes/clientes. Los cargos por registros médicos van a estar basados en casos individuales.

Citas Perdidas

Es nuestra política cargar **\$60.00** por cada cita perdida, a lo menos que usted nos deje saber 24 horas antes de su cita. Por favor ayúdenos a servirle mejor para quedarse acuerdo con su cita asignada.

Cheques Regresados

Para todos los cheques regresados, va a ver un fondo cargo de **\$35.00** agregado a su cuenta. Después, va a ver una política financiera de Cash.

Gracias por comprender nuestra política financiera. Por favor déjenos saber si tiene alguna pregunta o preocupación.

Yo he leído la política financiera. Yo entiendo y estoy de acuerdo con esta política financiera.

Firma de cliente responsable

Testigo/Empleado de oficina

Fecha

Texas Inpatient Consultants

16701 Creek Bend Dr. #500
Sugar Land, TX 77478
(281) 265-0409 oficina; Fax: (281) 265-0402 fax

DE CANCELACIÓN DE CITA MÉDICA/NO SHOW

Gracias por confiar su atención médica a **Texas Inpatient Consultants**. Cuando programamos una cita con Texas Inpatient Consultants, reservamos suficiente tiempo para brindarle atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible y a más tardar 24 horas antes de su cita programada. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que pueden estar esperando una cita. Consulte nuestra política de cancelación de citas/ausencias a continuación: Cualquier

- El paciente establecido que no se presente o cancele/reprograme una cita y no se comunique con nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación se considerará una ausencia y se le cobrará una tarifa de \$60.00.
- Cualquier paciente establecido que no se presente o cancele/reprograme una cita sin previo aviso de 24 horas por tercera vez puede ser despedido de la práctica.
- Se intentará reprogramar una segunda vez a cualquier paciente nuevo que no se presente a su visita inicial. Cualquier no presentación, después de eso, no será reprogramado.
- La tarifa se cobra al paciente, no a la compañía de seguros, y debe pagarse en el momento de la próxima visita al consultorio del paciente.
- En el registro inicial, cada paciente debe proporcionar al consultorio una dirección de correo electrónico y un número de teléfono celular. Como respaldo, también se deben proporcionar otros números adicionales, incluido un contacto de emergencia. Es responsabilidad del paciente actualizarnos con cualquier información nueva o modificada. , incluidos los números de teléfono.
- Por protocolo, todos los pacientes recibirán recordatorios automáticos de citas en sus correos electrónicos con una semana de anticipación y un recordatorio de texto a los teléfonos celulares con 3 días de anticipación. Es responsabilidad del paciente y/o del cuidador confirmar esta cita de manera oportuna.
- Como cortesía, cuando el tiempo lo permite, hacemos llamadas recordatorias para citas. Si no recibe una llamada o un mensaje de recordatorio, la Política anterior seguirá vigente.

Entendemos que puede haber momentos en que ocurra una emergencia imprevista y es posible que no pueda asistir a su cita programada. Si experimenta circunstancias atenuantes, comuníquese con nuestro administrador de la práctica, quién puede eximirse de la tarifa de ausencia. Puede comunicarse con Texas Inpatient Consultants las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 281-265-0409.

He leído y entiendo la Política de Cancelación de Citas Médicas/No Presentarse y estoy de acuerdo con su término.

Firma del paciente

Fecha

Texas Inpatient Consultants

16701 Creek Bend Dr. #500
Sugar Land, TX 77478
(281) 265-0409 oficina (281) 265-0402 fax

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ SS# _____

_____ Fecha de nacimiento: _____

Registros emitidos de: _____ Registros entregados a: _____

Envíe una copia de mis registros como se indica para la(s) fecha(s) de tratamiento: _____

- Registros operativos
- Informes de laboratorio
- H & P
- Informes de rayos
- Registros prenatales
- Resumen del alta
- Otro: _____

Propósito para divulgar información médica: _____

Firma del paciente, padre o tutor legal **Fecha**

Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para divulgar cualquier información de salud relacionada con pruebas, diagnóstico y/o tratamiento de problemas médicos relacionados con el alcohol o las drogas, y este consentimiento especial también se aplicará a diagnósticos relacionados con el VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual y trastornos psiquiátricos. /salud mental. Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las reglamentaciones federales (42 CFR Parte 2) le prohíben hacer más divulgaciones sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por dichas reglamentaciones. Esta autorización puede ser revocada pero no retroactiva a la divulgación de información realizada de buena fe.

Firma del paciente **Fecha**

Permiso para enviar registros por fax para emergencias médicas? Sí No

Esta autorización vence a los noventa (365) días a partir de la fecha de esta firma.

TEXAS INPATIENT CONSULTANTS

16701 CREEK BEND DR # 500
SUGAR LAND, TX 77478
281-265-0409 oficina; 281-265-0402 fax

Telemedicina Consentimiento Informado

Los servicios de telemedicina implican el uso de equipos y dispositivos de videoconferencia interactivos seguros que permiten a los proveedores de atención médica brindar servicios de atención médica a los pacientes cuando se encuentran en diferentes sitios.

1. Entiendo que el mismo estándar de atención se aplica a una visita de telemedicina que se aplica a una visita en persona.
2. Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento para cualquier persona que no sea mi proveedor de atención médica presente en la habitación.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales al usar la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la intercepción y las dificultades técnicas.
 - a. Si se determina que el equipo de videoconferencia y / o la conexión no son adecuados, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar la visita. .
4. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en una visita de telemedicina, y que mi negativa se documentará en mi registro médico. También entiendo que mi negativa no afectará mi derecho a la atención o tratamiento futuro.
 - a. Puedo revocar mi derecho en cualquier momento comunicándose con **[Texas Inpatient Consultants]** al **[281-265-0409]**.
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de telemedicina.
6. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas para fines de programación y facturación.
 - a. Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para una revisión / auditoría de calidad.
 - b. Entiendo que seré responsable de cualquier costo de bolsillo, como copagos o coseguros, que se apliquen a mi visita de telemedicina.
 - c. Entiendo que las políticas de pago del plan de salud para las visitas de telemedicina pueden ser diferentes de las políticas para las visitas en persona.
7. Entiendo que este documento se convertirá en parte de mi registro médico.

Al firmar este formulario, doy fe de que (1) he leído personalmente este formulario (o me lo han explicado) y entiendo completamente y acepto su contenido; (2) han respondido a mis preguntas a mi satisfacción, y los riesgos, beneficios y alternativas a las visitas de telemedicina compartidos conmigo en un idioma que entiendo; y (3) estoy ubicado en el estado de Texas y estaré en Texas durante mi(s) visita(s) de telemedicina.

Paciente/Padre/Tutor Nombre impreso

Paciente/Padre/Tutor Firma

Firma de testigo

Fecha

Consultores para pacientes hospitalizados de Texas

16701 Creek Bend Dr # 500
Sugar Land, TX 77478
(T) 281-265-0409; (F) 281-265-0402

No discriminación en la atención de los proveedores

El paciente acepta que no existe discriminación en la atención médica por parte de los proveedores de Texas Inpatient Consultants. Los pacientes se sentirán cómodos siendo atendidos por cualquier proveedor de la clínica, como el Dr. Sreshta, el Dr. Opara y la Dra. Aimee Plattsmier. Si un paciente no está de acuerdo con esta política de no discriminación en la atención médica, puede buscar un nuevo proveedor dentro de los 30 días. Si un paciente está de acuerdo con esta política de no discriminación en la atención médica, firme a continuación.

Nombre del paciente:

Firma del Paciente:

Fecha:

Testigo/Empleado de TIC (nombre y firma):