

SUNRISE FAMILY CLINIC

6725 Atascocita Rd

Humble Tx 77346

Ph: 281-812-3990

Primer Nombre: _____ Primer Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Teléfono: ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Género: F ____ M ____ Número de Seguro Social: _____

Email: _____

Raza: ____ India Americana o Nativa de Alaska ____ Hispano o Latino ____ Asiático

____ Negro o Africano Americano ____ Blanco

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono: ____/____/____ Relación con el Paciente: _____

***Farmacia:** _____

Código Postal: _____

Como Supo de la Clínica: ____ Referido ____ Pasando la Mire ____ Facebook ____ Instagram

____ Atascocita.com ____ Folleto

Tiene seguro Médico: _____

Trajo su Tarjeta de Seguro: Si ____ No ____

Información Primaria del Seguro:

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de ID: _____ Numero de Grupo: _____

Compañía de Seguro: _____

AUTORIZO A SUNRISE FAMILY CLINIC, A DAR CUALQUIER INFORMACION MÉDICA NECESARIA PARA PREOCESAR LAS RECLAMACIONES POR SERVICIOS PRESTADOS. YO AUTORIZO EL PAGO DE GOBIERNO/BENEFICIOS MEDICOS A SUNRISE FAMILY CLINIC POR SERVICIOS PRESTADOS. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS QUE MI COMPAÑIA DE SEGURO NO CUBRA.

SUNRISE FAMILY CLINIC

6725 Atascocita Rd

Humble Tx 77346

Ph: 281-812-3990

FIRMA _____

FECHA _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre _____ *Apellido* _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Entendemos que la información médica que se refiere a usted y a su salud es personal, por lo que nos comprometemos a proteger la información médica sobre usted. La información personal tiene que ser tratada confidencialmente. Nosotros protegemos la privacidad de dicha información por medio de nuestras propias políticas de privacidad.

La información médica a la que se refiere esta notificación incluye cualquier información que le hace identificable a Usted, incluyendo su nombre, dirección, diagnósticos y cualquier información clínica incluida en su registro médico.

Por ley estamos obligados a:

---asegurarnos que la información de salud que lo identifica a usted se mantenga en privacidad (con ciertas excepciones);

---entregarle a usted este aviso sobre nuestros compromisos legales y nuestras prácticas de privacidad respecto a información de salud sobre usted.

Nosotros podemos cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento,

No damos los resultados por teléfono

Yo _____ **autorizo a Sunrise Family Clinic a entregar mi información**

Médica incluyendo (resultados de laboratorios y rayos X) a _____.

Relación con el paciente: _____.

Yo he recibido este Aviso de Prácticas de privacidad en lenguaje sencillo.

Firma Del Paciente o Representante, si es menor de edad.

Relación de parentesco con el paciente: _____

(Si es firmado por un Representante)

Testigo (Para uso de La clínica solamente)

SUNRISE FAMILY CLINIC

6725 Atascocita Rd

Humble Tx 77346

Ph: 281-812-3990

INFORMACION SOBRE TELEMEDICINA

Nombre _____ Del _____ Paciente: _____
Fecha: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: _____

Descripción de la Telemedicina, entiendo que la telemedicina requiere de un profesional de la salud, para comunicar información de forma interactiva a través de una videoconferencia, acerca de mi salud, incluyendo historial médico, síntomas actuales, datos de laboratorio y de diagnóstico.

1. Se podrían discutir los detalles de su historial médico, exámenes, rayos X, y pruebas con otros profesionales de la salud por medio de tecnología de video interactivo, audio y telecomunicaciones.
2. Se le podría realizar un examen visual y físico.
3. Se le podría pedir a personal técnico, no médico que entre en el área donde se está realizando la telemedicina.
4. Se podría grabar video, audio y/o tomar fotografías de las consultas. (con Previa notificación a usted)
5. Sobre los beneficios y riesgo de la telemedicina. (174.5.b del Reglamento) la telemedicina permite proporcionar servicios de calidad sin necesidad de viajar largas distancias, pero a su vez presenta algunos riesgos que aparecen a continuación.
 - a) Existe el riesgo a pesar de nuestros mejores esfuerzos para proteger la privacidad de la información del paciente, de que el protocolo de seguridad puede fallar causando una violación de la privacidad de la información médica personal.
 - b) Existe el riesgo de unos retrasos en el diagnóstico y tratamiento médico debido a fallas inesperadas de los equipos electrónicos durante este servicio.
 - c) Entiendo que sí, la consulta de telemedicina no se puede realizar, será referido a otro profesional de la salud para una consulta o se programara una consulta en persona. (174.5.c del Reglamento)
6. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento para participar en este medio terapéutico y que entonces se me referiría a otro profesional de la salud.
7. Cualquier difusión de imágenes o información y ciertas actividades administrativas y operativas necesarias de apoyo a su cuidado no tendrá lugar sin su autorización.

Al firmar el documento, entiendo la información escrita proporcionada anteriormente, y por este medio voluntariamente y libremente doy mi consentimiento para participar en el servicio de salud de telemedicina y la evaluación, valoración y el diagnóstico conveniente para mi condición médica actual.

Firma Del Paciente/Representante: _____

Si firma otra persona que no es el paciente indicar parentesco: _____

Marque (X) según Corresponda

El paciente fue evaluado por el Licenciado a las _____: _____ AM/PM

El Paciente ha sido evaluado previamente por el licenciado.

Firma del paciente: _____

Firma del Testigo: _____

SUNRISE FAMILY CLINIC

6725 Atascocita Rd

Humble Tx 77346

Ph: 281-812-3990

Consentimiento para ser atendido por un Nurse Practitioner

Esta instalación tiene en el personal un N.P para ayudar en la entrega de atención médica, N.P es un graduado de un programa de capacitación certificado por la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, N.P puede diagnosticar, tratar y controlar enfermedades agudas y crónicas, así como la atención de mantenimiento de salud del proveedor. La supervisión no requiere la presencia física constante del médico supervisor, sino la supervisión de actividades y la aceptación de responsabilidades por los servicios médicos proporcionados. Un NP puede proporcionar los servicios médicos que están dentro de su educación, capacitación y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

- Obtener historias y realizar exámenes físicos
- Ordenar y / o realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Formular un diagnóstico de trabajo
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento
- Monitoreo de la efectividad de las intervenciones terapéuticas
- Ofrecer asesoramiento y educación
- Suministro de muestras de medicamentos y recetas de escritura
- Hacer referencias apropiadas

Yo _____ he leído todo lo anterior, y por la presente acepto los servicios de un N.P para mis necesidades de atención médica. Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ver N.P

Y solicite ver a un Dr

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Lista de medicamentos actuales (incluya medicamentos sin prescripción): _____

SUNRISE FAMILY CLINIC

6725 Atascocita Rd

Humble Tx 77346

Ph: 281-812-3990

Lista de alergias a medicaciones: _____

Historial Social

Usted esta: ___ Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Divorcedo(a) ___ Viuda(o)

Si **No**

Usted Fuma? ___ ___ Paquetes por semana: _____

Toma Alcohol? ___ ___ Cuanto: _____

Hace Ejercicio? ___ ___ Veces por semana: _____

Toma Suplementos

Nutricional? ___ ___

Occupacion Actual (trabajo): _____

Aficiones: _____

Los Padres están vivos? _____

Cantos Hermanos(a) tiene? _____

Cuidado Preventivo

Cuando Fue su ultimo Physical? _____

Ultimo examen de vista? _____

Ultimo papanicolaou? _____

Ultimo Mammograma? _____

Ultima Colonoscopia? _____

Dispositivos implantables? _____

Usted a tenido alguna cirugia? Que tipo:

Historial Medico y Familiar/Revision de sistemas (marque si corresponde):

SUNRISE FAMILY CLINIC

6725 Atascocita Rd

Humble Tx 77346

Ph: 281-812-3990

	<u>Paciente</u>	<u>Familiar</u>		<u>Paciente</u>	<u>Familiar</u>
Alta Presion sanguinea	Si/No	Si/No	Hepatitis	Si/No	Si/No
Condiciones de Corazon	Si/No	Si/No	Tuberculosis	Si/No	Si/No
Cardiaca Congestiva	Si/No	Si/No	SIDA	Si/No	Si/No
Carrera	Si/No	Si/No	VIH Positivo	Si/No	Si/No
Diabetes	Si/No	Si/No	Lupus	Si/No	Si/No
Desorden Sangrante	Si/No	Si/No	Artritis	Si/No	Si/No
Anemia	Si/No	Si/No	Enfermedad De Tiroides	Si/No	Si/No
Asma	Si/No	Si/No	Enfermedad de Vejiga	Si/No	Si/No
Enfisema	Si/No	Si/No	Enfermedad De Rinon	Si/No	Si/No
Tos Cronica	Si/No	Si/No	Ulcera	Si/No	Si/No
Alergias Sinusales	Si/No	Si/No	Constipacion Cronica	Si/No	Si/No
Dolor de Cabeza	Si/No	Si/No	Diarrea Cronica	Si/No	Si/No
Migrañas	Si/No	Si/No	Pérdida/Ganancia de Peso	Si/No	Si/No
Trastorno Convulsivo	Si/No	Si/No	Depresion	Si/No	Si/No
Problema Auditivo	Si/No	Si/No	Cancer	Si/No	Si/No
Enfermedad Autoinmune	Si/No	Si/No			

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

Firma de Proveedor: _____