

Informacion Del Paciente

(Por favor Use Letra en Molde)

Titulo (Dra./Sra./Señorita) _____ **Como se entero de nuestra oficina? La referencia?** _____

Nombre Del Paciente (Apellido) _____ (Primer) _____

También Conocido Como (Otro Nombre?) _____

Casada Soltera Divorciada Viuda Legalmente Separada

Numero Social _____ Fecha De Nacimiento _____

Número De Teléfonos: De Casa _____ Celular _____ Del Trabajo _____ Email _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Estatus Empleada Estudiante de Jornada Completa Estudiante a Tiempo Parcial Retirada Negocio Propio Sin Empleo

Empleador _____ Ocupación _____

Contacto De Emergencia _____ Numero De Teléfono _____

Relación Con El Contacto De Emergencia _____

***** Información Requerida Para Uso Significativo:**

Raza (marque uno) ___ Indio Americano o Nativo de Alaska ___ Asiático ___ Nativo de Hawai o Otras Islas del Pacifico ___ Blanca ___ Nega Informar

Origen Etnico (marque uno) ___ Hispana o Latina ___ Ni Hispana Ni Latina ___ Nega Informar

Email _____

INFORMACION DEL PARTIDO RESPONSIBLE POR LA CUENTA O LA PACIENTE (si no es la misma paciente)

Nombre Del Responsable (Apellido) _____ (Primer) _____

Numero Social _____ Hombre Mujer Fecha De Nacimiento _____

E-Mail _____

Número De Teléfonos: De Casa _____ Celular _____ Del Trabajo _____ Otro _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Estatus Empleada(o) Estudiante de Jornada Completa Estudiante a Tiempo Parcial Retirada(o) Negocio Propio Sin Empleo

Empleador _____ Ocupación _____

Relación Al Paciente _____

INFORMACION DEL ASEGURO MEDICO

(proporcione la tarjeta de seguro por favor)

Nombre Del Asegurado(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero Social _____ Relación Al Paciente _____

Compañía de Empleo _____

Compañía de Seguro / Teléfono _____

SECONDARY INSURANCE INFORMATION

(proporcione la tarjeta de seguro por favor)

Nombre Del Asegurado(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero Social _____ Relación Al Paciente _____

Compañía de Empleo _____

Compañía de Seguro / Teléfono _____

Yo concuerdo que la información suministrada en esta forma es exacta y reciente según mi leal saber y entender.

Firma Del Paciente _____ **Fecha** _____

O Représentante Légal

Firma Del Partido Responsable (si es applicable) _____ **Fecha** _____

BIENVENIDA A NUESTRA PRACTICA

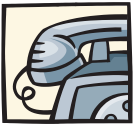
Bienvenida



Usted, el paciente, es la persona más importante en nuestra oficina. Estamos cometidos a proporcionarle con el mejor cuidado médico posible. La excelencia es nuestro objetivo.

Gracias por escogernos como su proveedor médica. ¡Esperamos cuidar bien de usted!

Horarios



Los teléfonos: Los teléfonos son contestados durante horas de oficina normales. Después de horas de oficina, los teléfonos serán contestados por el servicio telefónico contratado. Ellos contactarán al médico en caso de una emergencia.

Las Horas de Oficina:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8 a.m.- 5 p.m.	8 a.m.- 7 p.m.	8 a.m.- 5 p.m.	8 a.m.- 5 p.m.	8 a.m.- 12 p.m.

Las emergencias: Para situaciones vida-amenazantes, hable al 911. Si usted tiene un problema urgente, llame por favor a nuestra oficina (956) 350-4821 para instrucciones. Después de horas, nuestro servicio telefónico contratado le informará cómo localizar al médico disponible.

Resultados: Para resultados de exámenes llame a nuestra oficina al (956) 350-4821.

Prescripciones: Todas peticiones para rellenar su medicina deben ser solicitadas durante las horas de oficina. Por favor tenga la información de su farmacia y llame a la oficina al (956) 350-4821 para la renovación de medicina.

Nuestro Doctor



Juan Gabriel Guajardo, M.D.

- Especializando en la Obstetricia y Ginecología.
- Ofreciendo servicios de Fecundidad.
- Graduado de la Universidad de Tejas Rama Médica en Galveston, TX
- Residente de Scott & White localizado en el Temple, TX.
- Nacido y criado en Brownsville, TX.
- Nativo Orgulloso del Valle de Rio Grande.

Citas



Para citas favor de llamar al (956) 350-4821.

- Llame por favor en avance para visitas rutinarias de oficina. Haga su siguiente cita antes de salir de la oficina. Hacemos cada esfuerzo de permanecer al día, aunque emergencias surjan. Si somos demorados gravemente, procuramos notificar pacientes de antemano.
- Como cortesía a otros pacientes y empleados, favor de llamar a la oficina si usted no puede acudir a la cita o va a llegar tarde.

Aseguro



- Antes de su cita, favor de verificar su información de seguro para ser informado acerca de referencias, los co-pagos, y deducible necesario en el momento de la visita.
- Para su primera visita, traiga por favor su tarjeta de seguro y llegue temprano a completar las formas de información sobre el paciente.
- Aceptamos Medicare y Medicaid así como la mayoría de los aseguradores; sin embargo, revise la información de seguro con nuestro personal antes que servicios sean rendidos.
- Su contrato del seguro de enfermedad es entre usted y su compañía de seguros. Sepa que no todos servicios son cubiertos. Algunas compañías seleccionan ciertos servicios que ellos no cubrirán. Cualquier queja con este respecto debe ser dirigida a su portador.

Póliza Financiera



- **Pedimos que todos sus servicios sean pagados el día de su visita.** Si usted tiene seguro, presente por favor su tarjeta de seguro para la comprobación. Si su seguro cambia, por favor nos notifica inmediatamente.
- **Los co-pagos, el coaseguro, y algún equilibrio sobresaliente son esperados en el momento de servicio.** Los pacientes pueden ser financieramente responsables de pago de todos servicios si su compañía de seguros no paga. Cuentas del paciente no pagadas son inmediatamente susceptible a colecciones y/o procedimientos legales.
- **Aceptamos Visa, Mastercard, American Express, Cheques Bancarios, y dinero en efectivo.**
- Si nosotros no participamos como proveedor con su plan, nosotros le proporcionaremos con un recibo para que usted pueda archivarlo con su compañía de seguros.
- Cualquier cheque devuelto del banco tendrá una carga adicional de \$40.00.
- Si su portador de seguro no ha respondido a un reclamo dentro de 90 días, nosotros reservamos el derecho de transferir formalmente toda obligación asociada para el reclamo al partido paciente/responsable. El fracaso para resolverse inmediatamente este equilibrio puede tener como resultado colección y/o procedimientos legales serán tomados.
- Mantenga cerca atención para el pago del reclamo del portador y contacte el portador de seguro o al director de la práctica de dispensario al (956) 350-4821 en caso de que un reclamo no es resuelto dentro de 60 días de la fecha de servicio.
- Nosotros nos damos cuenta de que emergencias surgen, eso puede afectar pago oportuno de su cuenta. Si tales casos extremos ocurren, comuníquese con nuestro Director de la Práctica de la oficina al (956) 350-4821.

HE COMPRENDIDO Y ACEPTO LA POLIZA FINANCIERA PARA J. GABRIEL GUAJARDO, M.D. YO LE ASIGNO TODOS LOS BENEFICIOS MEDICOS Y/O QUIRURGICOS A QUE SOY PERMITIDO, INCLUYENDO, EL MEDICARE, EL MEDICAID, MI SEGURO PRIVADO, A J. GABRIEL GUAJARDO, M.D. ESTA TAREA SE QUEDARA VIGENTE HASTA QUE SEA REVOCADA POR MI EN ESCRITURA. UNA FOTOCOPIA DE ESTA TAREA ES DE SER CONSIDERADA TAN VALIDA COMO LA ORIGINAL. AUTORIZO J. GABRIEL GUAJARDO, M.D. PARA SOLTAR TODA INFORMACION MEDICA SOLICITADA POR MI PORTADOR DE SEGURO DE ENFERMEDAD, EL MEDICARE (la ADMINISTRACION DE SEGURIDAD SOCIAL O SUS INTERMEDIARIOS), EL MEDICAID, O CUALQUIER OTRO TERCEROS INDEMNIZADOR. CERTIFICO QUE HE LEIDO Y HE COMPRENDIDO COMPLETAMENTE ESTAS DECLARACIONES:

Nombre de Paciente _____

Firma de Paciente _____ Fecha _____

O Representante Legal _____

Que necesitamos nosotros de usted?



Que debe esperar usted de nosotros?

- Informe el personal del Consultorio médico de algún cambio pertinente en el seguro, el empleo, información o relaciones demográficas con otros donadores de cuidado o servicio.
 - Llegue a tiempo para citas planificadas y cancela cuándo necesario con una llamada telefónica.
 - Proporcione pago para servicios solicitados y entregados por el Consultorio médico no cubiertos por su seguro dentro de 90 días.
 - Notifique el Consultorio médico de cualquier cambio en su estatus de la salud.
 - Siga el plan recomendado de tratamiento y informa el Consultorio médico de algún deterioro físico o mental que requiere alojamiento especial.
 - Haga preguntas si direcciones y procedimientos no son comprendidos.
-
- Ser tratada con respeto, dignidad y ser informada de sus necesidades de cuidado para hacer las decisiones apropiadas.
 - Ayude con el plan de su cuidado y hacer cambios necesarios.
 - Espere que materia educativa será proporcionada de la manera que pueda comprender.
 - Ser informada del proceso de fractura del Consultorio médico.
 - Que mantengamos sus registros confidenciales menos cuando el consentimiento ha sido dado.
 - Esperar que servicios sean profesionales, oportunos y apropiados.
 - Habilidad de comunicar sus quejas al Director del Consultorio médico y sin esperar repercusiones o cambios negativos en el servicio.
 - Recibir cuidado sin discriminación debido a raza, religión, edad, sexo, la incapacidad, o origen étnico.

Consentimiento del Paciente



YO CONSIENTO A LA ADMINISTRACION Y EL DESEMPEÑO DE TODO TRATAMIENTO, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A ADMINISTRACION DE ANESTESICO NECESITADO, EL DESEMPEÑO DE PROCEDIMIENTOS COMO ES CREIDO NECESARIO O CONVENIENTE, EL DESEMPEÑO DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE EXAMENES Y CULTIVOS, EL DESEMPEÑO DE PRUEBAS DE LABORATORIO MEDICAMENTE ACEPTADAS QUE ES CONSIDERADO MEDICAMENTE NECESARIO O CONVENIENTE BASADO EN EL JUICIO DEL MEDICO QUE LA ASISTE O SUS ASIGNADOS.

COMPRENDO COMPLETAMENTE QUE ESTE CONSENTIMIENTO SI SE RINDIO AVANCE DE ALGUN DIAGNOSTICO O EL TRATAMIENTO ESPECIFICO. ESTE CONSENTIMIENTO ESTARA CONTINUANDO EN LA NATURALEZA AUN DESPUES DE QUE DIAGNOSTICO ESPECIFICO HAYA SIDO HECHO Y TRATAMIENTO HAYA SIDO RECOMMENDADO. ESTE CONSENTIMIENTO SE QUEDARA EN LA FUERZA LLENA HASTA QUE SEA REVOCADO EN ESCRITO. COMPRENDO QUE J. GABRIEL GUAJARDO, M.D. INCLUYE EL CONSENTIMIENTO EN OFICINAS DE SATELITE BAJO COPROPIEDAD. COMPRENDO Y RECONOZCO QUE J. GABRIEL GUAJARDO, M.D. UTILIZARA Y REVELARA MI INFORMACION PARA EL PROPOSITO DE TRATAMIENTO, DE PAGO, Y DE OPERACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA COMO DESCRITO EN LA NOTA DE PRIVACIDAD. HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTA NOTA DE PRIVACIDAD Y SE QUE ESTA DISPONIBLE EN LA PAGINA DE INTERNET DEL DOCTOR QUE ES www.gabrielguajardomd.com.

Firma del Paciente _____ Fecha _____
 O Representante Legal

Con quien nos
podemos
comunicar?



YO DOY PERMISO A J. GABRIEL GUAJARDO, M.D. PARA REVELAR O DISCUTIR CUALQUIER INFORMACION RELACIONA A MI CONDICION (CONDICIONES) CON EL MIEMBRO (O MIEMBROS) DE LA FAMILIA SIGUIENTE, MI ESPOSO, Y/O AMIGA(S) O AMIGO(S) PERSONAL.

NOMBRE _____ RELACION _____ TELEFONO _____

NOMBRE _____ RELACION _____ TELEFONO _____

NOMBRE _____ RELACION _____ TELEFONO _____

DESEO SER CONTACTADO EN LA MANERA SIGUIENTE (POR FAVOR CHEQUE LO QUE USTED DESEA SER APLICADO) :

EN CASA _____ TRABAJO _____ CELLULAR _____

("Información Detallada" es para en caso de su cita o cuenta no información sobre su condición.)

- DOY CONSENTIMIENTO PARA DEJAR ALGUN RECADO CON INFORMACION DETALLADA EN CASA.
- DOY CONSENTIMIENTO PARA DEJAR ALGUN RECADO CON INFORMACION DETALLADA EN EL TRABAJO
- DOY CONSENTIMIENTO PARA DEJAR ALGUN RECADO CON INFORMACION DETALLADA EN EL CELLULAR ESCRITO.
- COMUNICACION ESCRITA
- DOY MI CONSENTIMIENTO PARA ENVIAR INFORMACION A MI DOMICILIO PARTICULAR.
- DOY CONSENTIMIENTO PARA TELECOPIAR A ESTE NUMERO _____
- DOY CONSENTIMIENTO PARA MANDAR UN CORREO ELECTRONICO _____

Firma del Paciente _____ Date _____
O Representante Legal

Gracias

