



Estimado paciente,

A nombre de los médicos, profesionales de la salud asociados, enfermeras y otros empleados de USMD Physician Services, quiero darle la bienvenida a nuestra organización y agradecerle por haber elegido a un médico de USMD para que cuide de usted y/o de sus seres queridos.

En USMD, nuestros médicos siempre ponen las necesidades de sus pacientes primero. Estamos comprometidos a brindarles a usted y a su familia un cuidado de la más alta calidad y un servicio al cliente excepcional. Nuestros médicos están certificados por sus respectivas especialidades y están comprometidos a promover la buena salud y a guiar a los pacientes hacia un estilo de vida saludable.

Con cerca de 70 sucursales y más de 250 médicos y profesionales de la salud asociados en casi 20 diferentes especialidades, USMD ofrece ubicaciones convenientes por toda el área metropolitana de Dallas-Fort Worth para poder cuidar a todos los miembros de su familia en cada una de las etapas de sus vidas.

Uno de los servicios únicos que ofrece USMD es NextMD para pacientes de MCNT y Follow My Health para pacientes de UANT. A través de NextMD y Follow My Health, los pacientes mantienen comunicación con el consultorio de su médico por medio de un portal web protegido. NextMD y Follow My Health también les brindan a los pacientes la habilidad de acceder y revisar, los resultados de las pruebas de laboratorio y de concertar una cita y solicitar rellenos de recetas. Por favor hable con un miembro del personal en caso de que tenga cualquier duda o desee obtener más información.

Para mayor información acerca de USMD, favor de visitar nuestro sitio web en www.usmd.com.

Nuevamente, gracias por elegir a USMD para cubrir sus necesidades de cuidado de la salud.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Richard C. Johnston MD, FACP". The signature is fluid and cursive.

Richard C. Johnston MD, FACP
Director Ejecutivo y Director Médico
USMD Health System



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (Primero, Segundo, Apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Email: _____

Contacto principal #: _____ Alterno #: _____ Trabajo #: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino SS# (opcional): _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Ocupación: _____

Paciente referido por: _____ Nombre del cónyuge: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: ____/____/____ Contacto principal #: _____ Alterno #: _____

Contacto de emergencia _____ Relación: _____ Tel. #: _____

Médico de atención primaria: _____ Tel. #: _____

Medico que lo refirió: _____ Tel. #: _____

Otra información del paciente

¿Con cuál categoría racial se identifica el paciente?

- Africano Americano
- Asiático
- Caucáseo
- Hispano
- Americano Nativo
- Hawaiano Nativo
- Islas del Pacifico
- Otro: _____ (Por favor especifique)

Raza: ¿Cual es la raza del paciente? Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿Cuál es el idioma preferido del paciente? Inglés Español Otro: _____ (Por favor especifique)

Información del seguro

Seguro primario: _____ Póliza/ID# _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Féc. Nac.: ____/____/____ Grupo/Cuenta #: _____

Empleador: _____ Dirección de empleo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Trabajo #: _____

Seguro secundario: _____ Póliza/ID# _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Féc. Nac.: ____/____/____ Grupo/Cuenta #: _____

Empleador: _____ Dirección de empleo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Trabajo #: _____

Completar – Solamente si el paciente es un menor

Nombre del Padre/Guardián: _____ Parentesco: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Parentesco: _____

Hermanos: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Otros hermanos: _____ Fecha Nac.: ____/____/____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: ____ / ____ / ____

Cesión de beneficios. Autorizo a USMD Physician Services, ("USMD") para que presente reclamos en mi nombre directamente a Medicare/Medicaid/mi corredor privado de seguro de salud. Esto significa que USMD cobrará cualquier pago que se haga por provisiones y servicios. Entiendo que soy financieramente responsable ante los proveedores por los cargos no pagados o adeudados. Le autorizo a revelar cualquier información necesaria a los corredores de seguro en conexión con enfermedades y tratamientos para procesar los reclamos. Esta cesión permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí, por escrito.

Iniciales del Paciente: _____

Consentimiento para recibir tratamiento. Entiendo que USMD utiliza tecnología de prescripción electrónica y participa con SureScripts. SureScripts opera Pharmacy Health Information Exchange, que facilita la transmisión electrónica de información sobre prescripciones entre proveedores y farmacias. SureScripts también brinda datos de prescripciones sobre cualquier medicamento, historial médico conocido, que hayan sido prescritos a mi persona/al paciente.

Iniciales del Paciente: _____

Llamadas telefónicas. Al proporcionar la información de contacto, autorizo a USMD, a sus cesionarios, y a agentes recolectores que sean terceras partes, a utilizar la información de contacto que he proporcionado para comunicarse conmigo y a hacer llamadas a mi hogar/número de celular/dispositivos de llamadas automáticas, en relación a cualquier comunicación con mi persona.

Iniciales del Paciente: _____

Participación de otros en mi cuidado. Autorizo a USMD a discutir mis cuidados en calidad de paciente y necesidades médicas con las siguientes personas:

Nombre	Fecha de nacimiento (para identificación)	Relación	Teléfono

NO deseo agregar un contacto adicional para discutir mis necesidades o las del paciente.

Iniciales del Paciente: _____

¿Podemos contactarle por teléfono y dejar un mensaje?

Teléfono Principal: _____ Teléfono Alternativo: _____

Dejar mensaje únicamente con número de contacto.

Dejar mensaje únicamente con número de contacto.

Dejar mensaje con información detallada.

Dejar mensaje con información detallada.

No dejar mensaje.

No dejar mensaje.

Política Financiera del Paciente

Yo reconozco que he recibido la "Política Financiera del Paciente."

Iniciales del Paciente: _____

Aviso de Practicas de Privacidad

Yo reconozco que he recibido la "Política Financiera del Paciente."

Iniciales del Paciente: _____

Fotografía de Pacientes Menores (cuando corresponda)

Yo doy mi consentimiento a USMD para fotografiar al paciente menor con motivo de identificación solamente.

Iniciales del Paciente: _____

Fecha

Firma del paciente o Representante Personal

Fecha de Nacimiento del Paciente

Nombre en letra de molde del paciente o Representante Personal

Relación con el Paciente

POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: ____ / ____ / ____

Por favor leer antes de recibir servicios.

USMD Physician Services ("USMD") reconoce la necesidad de un entendimiento claro entre el paciente y el proveedor de cuidados de la salud, con respecto a la información protegida de la salud y sobre los arreglos financieros para el pago por los servicios de salud. La información a continuación se proporciona para evitar cualquier mal entendimiento con respecto a la información protegida de la salud y el pago por los servicios profesionales.

- **PAGO: El pago debe realizarse al momento del servicio.** En caso de que su deducible no haya sido cubierto, o si usted es responsable por el pago de un porcentaje del mismo, nosotros esperamos recibir el pago cuando se brindan los servicios. **Aún cuando se presentará una reclamación a su compañía de seguros, usted es responsable por cualquier saldo pendiente después de que la compañía aseguradora haya procesado su reclamación.** Todos los costos por tratamientos brindados se vencen y deberán pagarse sesenta (60) días después de la fecha en la que se brindó el servicio. Estos periodos permiten el tiempo suficiente para procesar la reclamación con la aseguradora y liquidar por completo cualquier saldo pendiente por pagar. Se aplicará un recargo adicional de \$25.00 dólares por cheques sin fondos. En caso de que el saldo pendiente no haya sido liquidado después de 60 días, USMD iniciará varios procesos de recolección, incluyendo más no de manera limitativa, el presentar la cuenta morosa a una agencia de cobranzas.
- **AUTO-LIQUIDACIÓN (PAGO INDIVIDUAL, EN EFECTIVO):** En caso de que usted no cuente con cobertura de seguro médico, le pedimos que coordine su cuidado de la salud con nuestro departamento financiero antes de su cirugía. En dichos casos, requerimos de un pago por adelantado por concepto de los servicios profesionales.
- **ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ADMINISTRADOS: Todos los copagos en planes de servicios médicos administrados (HMO, PPO, etc.) deberán pagarse al momento que se le brinde el servicio.** Si su plan de seguro médico requiere de una autorización previa de un médico de atención primaria, favor de presentarla al momento de su visita inicial. Si usted solicita una consulta o una cirugía sin la autorización previa del médico de atención primaria correspondiente, su plan de seguros médicos podría considerarlo como un **tratamiento "fuera de red" o "no cubierto"**, y usted sería responsable por un porcentaje mayor o por el monto entero de los cargos. El paciente reconoce que es su responsabilidad el tener en cuenta cuáles son los servicios que cubre su seguro, y se compromete a pagar por cualquier servicio que su plan de seguro médico determine como no-cubierto o no-autorizado.
- **MEDICARE:** Los proveedores de USMD, son proveedores que participan en el programa de Medicare y aceptan como pago, el permisible por Medicare, el deducible del paciente y/0 un coseguro del 20%. Si usted cuenta con cobertura de seguro complementario (Medigap) para cubrir la porción de los cargos por los cuales Medicare no se hace responsable, por favor preséntenos una copia de su tarjeta de seguro médico y cualquier formulario que su compañía de seguros podría requerir. Medicare o algunas aseguradoras secundarias no cubren ciertos procedimientos o materiales. Por favor asegúrese de saber cuáles son los aspectos de su tratamiento que si estarían cubiertos antes de proceder. En estos raros casos se le podría requerir que firme un formulario de exención, donde usted declara que entiende que será responsable por estos cargos.
- **PACIENTES DE ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS:** Nosotros si aceptamos a pacientes de accidentes automovilísticos. Sin embargo, no podemos dar seguimiento a cuentas de largo-plazo y requerimos que se realice el pago como si fueran pacientes de pago auto-liquidado. No aceptaremos una carta de protección por parte de un abogado como garantía de pago, ni tampoco pagos de seguro por terceros.

POLÍTICA FINANCIERA

- **HIJOS DE PADRES DIVORCIADOS:** La responsabilidad por el pago del tratamiento médico proporcionado a un menor, cuyos padres estén divorciados, corresponde al que haya solicitado el tratamiento. Cualquier resolución jurídica con respecto a la responsabilidad deberá determinarse entre las partes involucradas, sin incluir a USMD.
- **SEGURO COMPLEMENTARIO:** El Departamento de Seguros de Texas requiere que el paciente le proporcione cobertura de seguro médico complementaria al proveedor cuando corresponda. El paciente se compromete a proporcionar dicha información como se indica a continuación. El paciente también se compromete a informar al proveedor de inmediato en caso de que en el futuro ocurriera cualquier adición, cambio o eliminación en su cobertura de seguro médico principal o complementario.
- Si usted tiene cobertura de **Medicaid** de cualquier tipo, debe informarnos al respecto antes de su visita. Esto es parte de su acuerdo con Medicaid, y el **no informarnos** acerca de la cobertura de Medicaid resultará en que usted será completamente responsable por el pago de los servicios brindados.
- Antes de recibir los servicios, usted debe verificar que nosotros seamos proveedores participantes con su compañía de seguros. También es necesario que nuestro médico de atención primaria también esté registrado como su proveedor médico de atención primaria con su compañía de seguros, en caso de que su contrato con la compañía de seguros así lo requiera. En caso de que no seamos proveedores participantes con su compañía de seguros o de que nuestro médico de atención primaria no esté registrado como su proveedor médico de atención primaria con su compañía de seguros, nosotros presentaremos la reclamación inicial con su compañía de seguros como una cortesía. Sin embargo, el pago deberá ser pagado en su totalidad al momento que se brinden los servicios.
- Nosotros enviaremos una factura (al domicilio para facturación que usted nos proporcione) informándole de cualquier saldo que aún quede pendiente de pago. En caso de que usted tenga cualquier duda o que dispute la validez de este saldo, es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina de negocios dentro de un periodo máximo de 30 días a partir de haber recibido la factura inicial. Usted puede llamar al **(817) 514-5200**.
- Podremos aplicar un recargo por "inasistencia" en caso de que usted no se presente a su cita programada sin antes haber cancelado o reprogramado la cita con al menos 24 horas de anticipación.
- **La falta de mantener el saldo de su cuenta al corriente podría requerir que cancelemos o re-programemos su cita.**

USMD cree firmemente que una buena relación entre el paciente y su médico se basa en el entendimiento y la comunicación abierta. Esperamos que las políticas detalladas anteriormente nos permitan brindar un servicio de la más alta calidad a nuestros pacientes. En caso de que tuviera cualquier duda o requiera alguna explicación con respecto a estas políticas, favor de comunicarse con nosotros al (817) 514-5200.

HISTORIAL DE ENFERMEDADES PRESENTES

MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

(Incluir receta, sin receta y medicamentos a base de hierba. Adjuntar una hoja adicional si es necesario) o circule **NINGUNO**

Nombre del medicamento	Dosis (mg)	Con que frecuencia lo toma	Motivo para tomar el medicamento	Medico que lo prescribe
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

FARMACIA (liste la farmacia más utilizada para las recetas)

Nombre: _____ Tel. #: _____ Fax #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/C.P.: _____

ALERGIAS (Incluir medicamentos, alimentos, colorantes de radiografía) o circule **NINGUNA CONOCIDA**

Nombre del alérgeno	Tipo de reacción	Fecha aproximada
1		
2		
3		
4		

CIRUGÍA PREVIAS (Incluir todas las cirugías en su vida. Adjuntar una hoja adicional si es necesario) o circule **NINGUNA**

Tipo de cirugía	Fecha (aproximada)	Hospital o ciudad, si se conoce
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

OTRAS HOSPITALIZACIONES (Incluir todas las hospitalizaciones no quirúrgicas) o circule **NINGUNA**

Motivo de la hospitalización	Fecha (aproximada)	Hospital o ciudad, si se conoce
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

HISTORIAL DE ENFERMEDADES PRESENTES

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

CONDICIONES MÉDICAS (Incluya condiciones medicas pasadas y presentes. Marque el cuadro apropiado)

Condición	NO	Pasada (Resuelta)	Ahora Activa	Fecha Comienzo	Médico Especialista Si aplica
Presión sanguínea elevada (hipertensión)					
Colesterol elevado					
Ataque del corazón					
Palpitación irregular del corazón (arritmia cardíaca)					
Insuficiencia cardíaca congestiva					
Derrame cerebral o ataques isquémicos transitorios TIAs)					
Úlceras del estómago o intestinos					
Enfisema, EPOC o problemas pulmonares					
Asma					
Diabetes					
Problemas de sangrado					
VIH / AIDS					
Enfermedades de los riñones (insuficiencia renal)					
Enfermedades del hígado (hepatitis B o C)					
Convulsiones					
Enfermedades de la tiroides					
Enfermedades psicológicas o psiquiátricas					
Cáncer de cualquier órgano (especifique)					
Cálculos renales					
Glaucoma					
Enumere algunas otras condiciones					

HISTORIA FAMILIAR

Hay historia en su familia de:	No	Si	Pariente(s) afectado(s)
Ataque del corazón			
Diabetes			
Cáncer de la próstata			
Cáncer de los riñones			
Cálculos renales			
Otra enfermedad significativa			

HISTORIAL DE USO DE TABACO

- ¿Es usted fumador de cigarrillos? Si No
- ¿Alguna vez ha sido fumador de cigarrillos? Si No
- * Si es así, yo fumaba un promedio de _____ paquetes/día por _____ años. Deje de fumar en _____ (año)
- ¿Utiliza otros productos de tabaco? Si No
- * Si es así, por favor especifique _____

HISTORIAL DE USO DE ALCOHOL Y DROGAS

- ¿Ha sido usted diagnosticado alguna vez con alcoholismo? Si No
- ¿Actualmente consume alcohol con regularidad? Si, actualmente Nunca/raramente
- Si es así, aproximadamente cuantos bebidas por semana (cerveza, vino, o licor) _____
- ¿Alguna vez ha usado drogas intravenosas? Si No

OCUPACIÓN Y ESTADO CIVIL

- Yo estoy actualmente: soltero casado divorciado viudo
- Yo estoy: retirado empleado por tiempo completo empleado tiempo parcial desempleado
- estudiante
- Mi ocupación es / era: _____

HISTORIAL DE ENFERMEDADES PRESENTES

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

(Síntomas Actuales o Recientes)

General

- Fiebre Sí No
- Escalofríos Sí No
- Dolor de cabeza Sí No
- Ganancia de peso – más de 10 lbs Sí No
- Pérdida de peso – más de 10 lbs Sí No

Neurológico

- Convulsiones Sí No
- Mareos Sí No
- Adormecimiento de extremidades Sí No
- Debilidad en las extremidades Sí No
- Pérdida del balance Sí No
- Caídas frecuentes Sí No
- Temblores Sí No

Endocrino (glándulas internas)

- Sed excesiva Sí No
- Intolerancia al frío o calor Sí No
- Fatiga excesiva Sí No
- Enfermedad de la tiroides Sí No

Gastrointestinal

- Dolor abdominal Sí No
- Náusea con vómitos Sí No
- Indigestión / Acidez Sí No
- Diarrea Sí No
- Estreñimiento Sí No
- Sangre en las heces Sí No

Cardiovascular

- Dolor de pecho, presión Sí No
- Palpitaciones Sí No
- Dolor en las pantorrillas al hacer ejercicios Sí No
- Falta de aliento Sí No
- Despierta sin aliento Sí No
- Inflamación de las piernas/tobillos Sí No

Integumentario (problemas de la piel)

- Comezón inexplicable Sí No
- Forúnculos frecuentes Sí No

Musculoesquelético

- Dolor en las articulaciones Sí No
Cuales articulaciones _____
- Dolor de cuello Sí No
- Dolor de espalda Sí No
Reciente o crónico
- Debilidad muscular Sí No

Respiratorio (pulmones)

- Sibilancia Sí No
- Tos frecuente Sí No
- Falta de aliento Sí No
- Tos con sangre Sí No

Hematológico / Linfático

- Glándulas linfáticas inflamadas Sí No
- Tendencia a sangrar Sí No

**Genitourinario (urinario y genital)
(Complete solo si no hay motivo para la visita)**

- Dolor al orinar Sí No
- Orina con frecuencia Sí No
- Urgencia de orinar Sí No
- Sangre en la orina Sí No
- Chorro de orina débil Sí No
- Esfuerzo al orinar Sí No
- Flujo de orina interrumpido Sí No
- Incontinencia Sí No
- Vaciado incompleto Sí No
- Disfunción eréctil Sí No

Ojos

- Visión borrosa Sí No
- Visión doble Sí No
- Dolor de ojos Sí No
- Historia de glaucoma Sí No
- Cataratas sin tratar Sí No
- Enfermedad de la retina Sí No

Oído / Nariz / Garganta / Boca

- Infecciones de oído Sí No
- Dolor de garganta Sí No
- Pérdida de la audición Sí No
- Alergias sinusales Sí No
- Dificultad al tragar Sí No
- Sangrado nasal Sí No
- Ronquera Sí No

Sicológico

- Depresión Sí No
- Perdida de interés en general Sí No
- Ansiedad severa Sí No

Altura (en pulgadas) _____

Peso (en lbs) _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Firma _____

Fecha _____