



Wise Health Clinics

Obstetrics and Gynecology

Apellido		Nombre		Inicial de Segundo Nombre	
Fecha de nacimiento	SSN #	# de licencia		Estado Civil	
Direccion:		Ciudad:		Estado:	Codigo postal:
Padre/tutor si el paciente es menor de edada:					
Numero de casa:		# Celular:		# de trabajo:	
Texto/dejar un mensaje de voz? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tiempo para llamadas/mensajes? Manana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/>		Correo electronico:	
Raza: Asiatico <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Idioma: Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Ocupacion:			Nombre del empleador:		
Direccion del empleador:		Ciudad:		Estado:	Codigo postal:
Nombre del conyuge:			Empleador del Conyuge:		
Eres un veterano de las fuerzas armadas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Contacto de emergencia:				Relacion:	
Direccion:		Ciudad:		Estado:	Codigo:
# de casa:		# del trabajo:		# de celular:	

PARIENTE MAS CERCANO QUE NO VIVE CONTIGO

Nombre:		Relacion	
# de casa:	# del trabajo:	# de celular:	

Nombre de farmacia:	# de farmacia:
---------------------	----------------

INFORMACION DEL SEGURO: (PERSONA RESPONSIBLE)

compania de seguro:		# de Poliza	# de Grupo
Nombre del subscriptor:	Fecha de nacimiento:	SSN #	



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE FORMA**

Inicial Entiendo que he presentado yo mismo a WHC para evaluacion o tratamiento para mi condicion. Yo autorizo y WHC para realizar atencion sobre mi y entender que todas las opciones seran discutidas antes de la administracion de tales tratos directos. Reconozco que la practica de la medicina no es una ciencia exacta y que no hay garantias han hecho a mi en cuanto a los resultados de cualquier procedimientos o tratamientos. Concedo este consentimiento sin coaccion, confusion o presion de mi medico o su personal, socios o colegas.

_____ **FORMULARIO DE AUTORIZACION DE FACSIMIL**

Inicial Yo, el abajo firmante autoiza WHC para enviar/recibir informacion confidencial sobre la salud como el termino se define por HIPAA por fax a los proveedores de salud, hospitals, laboratorios y otros prestadores de atencion medicas en la necesaria coordinacion de cuidados para el paciente aparece. Puedo revocar esta autorizacion por dando aviso por escrito WHC 5 dias. Esta revocacion puede ser por facsimile; sin embargo una copia escrita de la revocacion debe ser enviada a WHC asi como.

_____ **ASIGNACION DE BENEFICIOS/ FINANCIERA ACUERDO**

Inicial Yo doy autorizacion de beneficios de seguro directamente a WHC por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos que no estan cubiertas por el seguro. En caso de incumplimiento, estoy de acuerdo en pagar todos los costos de coleccion. Por la presented autorizo a este proveedor de atencion medica para liberar toda la iinformacion necesaria para garantizar el pago de prestaciones. Ademas acepto que una fotocopia de este acuerdo sera tan valida como la original.

_____ **RECONOCIMIENTO DE DERECHOS DEL PACIENTE**

Inicial He leido el aviso de los derechos del paciente y han tenido preguntas contestadas por esta oficina. Entiendo que al firmar este formulario reconozco que he leido el aviso de derechos del paciente. Mi consentimiento esta dado libremente. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento si es esa revocacion por escrito. Pero cualquier revelaciones al amparo de esta autorizacion sera admisible.

_____ **AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Inicial Reconozco que WHC me ha proporcionado la oportunidad de ver y leer una copia escrita de su aviso de practicas de privacidad.



Wise Health Clinics

Obstetrics and Gynecology

_____ **DIVULGACION de informacion de salud protegida a miembros de la familia y consentimiento de**
Inicial divulgacion de informacion

Reconozco que el sabio WHC revelara mi informacion de protegida de salud a un miembro de la familia, otro pariente, cercano amigo o cualquier otra persona identificar directamente se refiere a la participacion de esa persona a mi cargo. Nosotros podemos divulgar su PHI a la gente indicada aqui.

Nombres de su familiars o amigos

_____ Me opongo cerca la divulgacion de mi informacion medica protegida a un miembro de la familia, otro
Inicial pariente, amigo o cualquier otra persona.

_____ **INTERCAMBIO DE INFORMACION PARA FINES DE PAGO**

Inicial Reconozco que WHC compartira toda la informacion necesaria con mi asegurador, pagadores, entidades gubernamentales (por ejemplo, Medicare, Medicaid, etc) y sus representantes (incluyendo, sin limitarse a beneficio de determinacion y utilizacion de revicion) asi como sus representantes involucrados en el proceso de facturacion (incluyendo, pero sin limitarse a) afirma representantes, los almacenes de datos, las empresas de facturacion. Intercambio de informacion con fines de operaciones: compartira toda la iniformacion necesaria para las operaciones en curso de esta oficina (incluyendo pero no limitado a) la acreditacion para las operaciones en curso

_____ **AUTORIZACION DE COMUNICACION**

Inicial Reconozco que WHC puede comunicarse conmigo por correo de los Estados Unidos, telefono de casa, a traves del portal paciente, en un telefono celular y a traves de mensajes de texto.

_____ **AUTORIZACION DE COMUNICACION ALTERNATIVA**

Inicial Realice un metodo alternative de comunicacion tales como direccion alternative o numero de telefono de trabajo.

Metodo alternative: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Firma del representante personal: _____

Relacion con el paciente: _____



Liberacion de informacion medica

Nombre de Paciente: _____

Autorizo WHC a divulgar mi informacion de salud a las siguientes personas. Entiendo que esto incluye todos mis registros medicos a menos que se especifique lo contrario.

Informacion que no desea ser liberado

Nombre **Relacion**

Nombre **Relacion**

Nombre **Relacion**

Nombre **Relacion**

Firma del paciente

Fecha



Enfermedades de transmission sexual y deteccion de drogas

_____ Entiendo que STD (incluyendo VIH) y proyeccion de drogas son una parte rutinaria
Inicial de la prueba prenatal en esta oficina y doy mi consentimiento a tal proyeccion.

_____ Yo entiendo que si mi pantalla de STD es positive, ser notificado y tratado de
Inicial forma confidencial por esta oficina.

_____ Yo entiendo que es mi responsabilidad y no la responsabilidad de esta oficina
Inicial para notificar a mi pareja sexual de una pantalla positiva de STD

_____ Entiendo que ciertas enfermedades de transmission sexual se ha informado que
Inicial el Departamento de salud de los Estados de Texas como exige la ley.

_____ Tengo entendido que la seleccion al azar de drogas puede ocurrir con o sin mi
Inicial conocimiento todo mi cuidado prenatal a la discrecion de mi proveedor.

_____ Yo entiendo que si mi pantalla de la droga es positiva, puedo informar a servicios
Inicial de proteccion infantil.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha



Wise Health Clinics

Obstetrics and Gynecology

Medical Records Release Form

By signing this form, I authorize you to release confidential health information about me, by releasing a copy of my medical records, or a summary or narrative of my protected health information, to the person(s) or entity listed below.

HIV/AIDS: I consent to the release of any positive or negative test results for AIDS or HIV infection, antibodies to AIDS or infection with any other causative agent of AIDS with the rest of my medical records: Initial: _____ Date: _____

Release my protected health information **to** the following person(s)/entity:

WISE HEALTH CLINICS OB/GYN
2451 S. FM 51, SUITE 200
Decatur, TX 76234
Phone # (940) 627-2409 Fax# (940) 626-4579

Release my protected health information **from** the following person(s)/entity:

Name: _____ Phone# _____
Street: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____

Limitations on the information you may release subject to this Release Form are as follows:

The reasons or purpose for this release of information are as follows:

- Continuing Care
 Changing Physician
 Other _____

Patient Name: _____

DOB: _____ SS#: _____ Phone: _____

_____ Date: _____

Patients Signature or Legal Guardian

Review of Systems

Please circle "yes" if you have experienced any of these symptoms in the last 7 days.

Constitucional

- S N Descalofrio
- S N Fiebre
- S N Fatiga
- S N Perdida de peso (# de libras _____)
- S N Aumento de peso inesperado (# de libras _____)

Oftalmico

- S N Dolor de los ojos
- S N Cambios en la vista

Oidos, Nariz, Garganta

- S N Dolor de los ojos
- S N Dificultad para oir
- S N Dolor de los senos
- S N Congestion
- S N Dolor de la garganta
- S N Glandula inflado

Endocrino

- S N Intolerancia de calor
- S N Intolerancia de frio

Cardio

- S N Dolor de pecho
- S N Falta de respiracion con actividad
- S N Palpitaciones

Respiratorio

- S N Toz
- S N Problemas de respiracion
- S N Falta de respiracion

Gastrointestinal

- S N Dolor abdominal
- S N Nausea
- S N Vomito
- S N Diarrea
- S N Estrenimiento
- S N Deposicion con sangre
- S N Acidez
- S N Cambios en estranas

Practica examen de pechos? Si _____ No _____

Ultimo papanicolaou? _____

Ultimo colonscopia? _____

Pecho/Genitournaria

- S N Nodulo del pecho
- S N Dolor en los pechos
- S N Secresion del pezon
- S N Dolor pelvico
- S N Menstruacion irregular
- S N Menstruacion excesivo
- S N Menstruacion doloroso
- S N Sangrado medio del ciclo
- S N Sangrado con relaciones
- S N Dolor con relaciones
- S N Sequedad vaginal
- S N Secrecion/comezon vagin

Genitourinario

- S N Sangre en la orina
- S N Frecuencia para orinar
- S N Orinacion doloroso
- S N Orinacion urgente

Musculo

- S N Dolor en los musculos
- S N Dolor en las articulaciones
- S N Dolor del espalda

Piel

- S N Erupcion
- S N Lesion de la piel
- S N Comezon en la piel

Neurologico

- S N Dificultad a caminar
- S N Debilidad
- S N Dolor
- S N Insensibilidad

Siquiatrico

- S N Ansiedad
- S N Depresion
- S N Pensamientos suicidarse
- S N Abuso mental o fisico

Ultimo Mamograma? _____

A tenido el papanicolaou abnormal? _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____



Historia de Cancer Familiar

Por favor marque todas las que aplican:

	Usted	Edad diagnosticado	Hijos/Hermanos/ Hermanas	Edad diagnosticado	Materna	Edad diagnosticado	Paterno	Edad diagnosticado
Cancer de seno								
Cancer de los ovarios								
Cancer de seno del hombre								
Cancer pancreatico								
Cancer del utero								
Cancer de colon								
Cancer de estomago								
Cancer de la vejiga								
Cancer de rinon								
Cancer de cerebro								
Cancer de instetino								
Cancer de tiroide								
Melanoma								

Es de Ashkenazi ascendencia judia?

Si _____ No _____

Tiene usted o alguien de su familia habia prueba geneticas sindrome de cancer hereditario?

Si _____ No _____

Firma de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de firma _____



Historia Familiar

Por favor marque los que aplican:

	Alta presion	Enfermedad de corazon	Diabetes	Ataque de cerebro	Problemas de coagulacion
Nino					
Hermano/Hermana					
Madre					
Padre					
Abuela Materna					
Abuelo Paterno					
Abuela Paterno					
Abuelo Paterno					
Otro pariente					

Firma de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de firma: _____



Breve Historia Medica

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Motivo para la visita de hoy: _____

Compruebe por favor si usted ha tenido alguno de los siguientes:

Si	No		Si	No	
		Alta presion			Calculos renales
		Diabetes			Diverticulosis
		Ulceras de estomago			Problemas de la tiroides
		Dolor en el pecho			Asma
		Autos de corazon			Alta colesterol
		Acciendte cerebrovascular			Ansiedad
		Hepatitis			Depression
		Calculos biliares			Ataque del corazon

Otra:

Por favor indique toda sus cirugias:

Ninguno

Ano	Nombre de su cirugia	Ano	Nombre de su cirugia

Ha tenido transfusion de sangre? Si No

Ha haya sido hospitalizados? Si No

Ano	Motivo de hospitalizacion

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

