

1700 North Oregon Ste . 530
 El Paso, Texas 79902
 (915) 544-2000 Office (915) 351-4334 FAX

(Por favor escriba y TODA la información completa)

Fecha:		Médico de atención primaria:			
INFORMACIÓN DE PACIENTE					
Apellido:		Nombre:		Nombre media	
				<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	
				<input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms.	
		Casado/soltera/viuda/divorciada			
¿Es este tu Nombre legal?		¿Sí no es así, cuál es su nombre legal?		(Nombre antiguo):	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
				Fecha de nacimiento:	
				Edad:	
				Sexo:	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección:			Número de SS:		Teléfono:
					()
Cuadro P.O.:		Ciudad:		Estado:	
				Codigo Postal:	
Occupación:		Empleador:			Teléfono de empleador:
					()
Eligió la clínica porque/referido a clínica por (por favor marque una casilla)				<input type="checkbox"/> Dr.	
				<input type="checkbox"/> Plan de seguro	
				<input type="checkbox"/> Hospital	
<input type="checkbox"/> Familia		<input type="checkbox"/> Amigo/a		<input type="checkbox"/> Cerca de casa/trabajo	
				<input type="checkbox"/> Páginas amarillo	
				<input type="checkbox"/> Otra	
Otra miembro de la familia vistos aqui:					

Origen étnico/raza: Blanco Americano Africano Americano Nativo Americano Asian Pacific Islander Hispano Otro

INFORMACIÓN ASEGURADO					
(Por favor dé su tarjeta del seguro a la recepcionista)					
Persona responsable del proyecto de ley:		Fecha de nacimiento:		Dirección (si es diferente):	
		/ /			
				Teléfono:	
				()	
Es esta persona un paciente aqui?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Occupación:		Empleador:		Dirección de empleador:	
				Teléfono de empleador:	
				()	
Este paciente está cubierta por el seguro?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Por favor indicar primaria de seguros					
Nombre del asegurado:		Numero de SS de suscriptor.:		Fecha de Nacimiento:	
				/ /	
				Número de grupo:	
				Número de Directiva:	
				Co-payment:	
				\$	
Relación con el Paciente :		<input type="checkbox"/> si mismo		<input type="checkbox"/> esposo	
				<input type="checkbox"/> niño	
				<input type="checkbox"/> Otro	
Secundaria seguros (en su caso):		Nombre del asegurado:		Número de grupo:	
				Número de Directiva:	
Relación con el Paciente:		<input type="checkbox"/> si mismo		<input type="checkbox"/> esposo	
				<input type="checkbox"/> niño	
				<input type="checkbox"/> Otro	

INFORMACIÓN PARA EMERGENCIA			
Nombre de pariente o amigo que no viva con usted:		Relación con el paciente:	
		Teléfono:	
		()	
		Teléfono de empleador:	
		()	
La información anterior es verdadera al mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a mi los beneficios del seguro se pagará directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo a OB/GYN Consultants of El Paso, LLC o compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamo			
Firma de Paciente/Tutor		Fecha	



1700 North Oregon Ste . 530
El Paso, Texas 79902
(915) 544-2000 Office (915) 351-4334 FAX

Política de Paciente

**Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito o de débito a todos los pagos
El pago se espera en el momento de prestarse los servicios.**

- Por favor, recuerde que el pago es su responsabilidad, independientemente de los seguros.
- Si usted es un beneficiario de Medicare, Medicare le facturará por usted. Usted será responsable de los deducibles, y todos los co-pagos y por los servicios no cubiertos, etc acuerdo con las directrices de Medicare.
- Tenga en cuenta de las compañías de seguros, los exámenes de rutina y visitas de atención preventiva no están cubiertos los servicios.
- Todos los copagos son debidos en el momento de la visita al consultorio.
- En el caso de que se contrató a su compañía de seguros, se le factura por usted. Si recibimos notificación de que usted no es elegible para la cobertura, usted será responsable de todos los gastos incurridos.
- Todos los saldos no pagados dentro de los 30 días de la fecha la declaración están sujetos a una tarifa de \$ 10.00 finales.
- **Si no se presenta a su cita:**
 - **Habrà una cuota de \$ 25- \$40 aplica a su saldo en caso de que no se llame y revocar la designación 24 horas de antelación o no se presenta para su nombramiento.**
 - **Procedimientos requieren 48 horas de anticipado para cancelar. Habrà un cuota de \$100 Si no se presenta a su cita**
 - **Después de 3 si no se presenta, sin justa causa, puede ser despedido de nuestra práctica.**

Autorización para divulgar la información a efectos de seguro: Por la presente autorizo a Dr. Amanda Hollingsworth, DO. NO a dar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento. He leído y comprendo la declaración anterior. Estoy de acuerdo en ajustarse a los las políticas de esta oficina y soy responsable de mi cuenta.

FIRMA: _____

FECHA: _____

Por la presente autorizo el pago de las prestaciones que hacen directamente a Dr. Amanda Hollingsworth, DO, PA NO por los servicios prestados a mí. Entiendo que soy financieramente responsable de Dr. Amanda Hollingsworth, DO, PA. NO por los gastos y / o servicios no cubiertos por este acuerdo. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocado por escrito por el suscrito.

FIRMA: _____

FECHA: _____



1700 North Oregon Ste . 530
El Paso, Texas 79902
(915) 544-2000 Office (915) 351-4334 FAX

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

A nuestros pacientes: Este aviso describe cómo la información sobre su salud (como paciente de esta práctica) puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a información sobre su salud. Esto es requerido por los reglamentos de privacidad creados como resultado de la Portabilidad del Seguro de Salud y Rendición de Cuentas Acta de 1996 (HIPAA).

Nuestro compromiso con su privacidad

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información sobre la salud. Somos conscientes de que estas leyes son complicadas, pero tenemos que proveerle la siguiente información importante:

Uso y divulgación de su información médica en ciertas circunstancias especiales

Las siguientes circunstancias pueden obligarnos a usar o divulgar su información de salud:

1. A las autoridades de salud pública y la supervisión instituciones de salud que están autorizadas por ley para recopilar información
2. Pleitos y procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa
3. Si es necesario hacerlo por un oficial de la ley
4. Cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otro individuo o de la, Nos hizo sólo la información pública a una persona o organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza
5. Si usted es un miembro de los EE.UU. o las fuerzas militares extranjeras (incluyendo veteranos) y si es requerido por las autoridades competentes
6. Para oficiales federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por ley
7. A las instituciones correccionales o la policía, si es usted y prisión, o bajo la custodia de un oficial de la ley
8. Para compensación de trabajadores y programas similares

Sus derechos sobre su información de salud

1. Comunicaciones: se puede solicitar que nuestra práctica se comuniquen con usted sobre su salud y cuestiones conexas en un manera o en un cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que lo contactemos en su casa, lugar de trabajo. Daremos cabida a las solicitudes razonables.
2. Usted puede solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información médica para tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud. Además, usted tiene el derecho de solicitar que limitemos la divulgación de su información de salud de sólo ciertos individuos involucrados en su cuidado de la pago de su cuidado, tales como familiares y amigos. No estamos obligados a acceder a su solicitud, sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo excepto cuando es requerido por la ley en casos de emergencia, o cuando la información es necesaria para darle tratamiento.
3. Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que se pueden utilizar para tomar decisiones sobre su persona, incluyendo los registros médicos y de facturación, pero sin incluir notas de psicoterapia. Usted debe presentar su solicitud por escrito a su médico
4. Usted nos puede pedir que enmendemos su información de salud si usted cree que es incorrecta o incompleta, siempre y cuando la información sea mantenida por o para nuestra la práctica. Para solicitar una enmienda, su petición debe hacerse por escrito y presentado a su médico. Usted debe proporcionarnos una razón que apoye su solicitud de enmienda
5. Usted tiene derecho a recibir una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Usted nos puede pedir que le demos una copia de la notificación en cualquier momento
6. Derecho a presentar una queja: Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja con nuestra práctica o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra práctica, en contacto con: Region VI, Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services by mail at 1301 Young St., Dallas, Texas, 75202. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja
7. Derecho a presentar una autorización para otros usos y revelaciones: nuestra práctica obtendrá su autorización escrita para usos y revelaciones que no se identifican en este aviso o permitidos por la legislación aplicable

Por la presente reconozco que he sido presentado con una copia de la Notificación de prácticas de privacidad.

Firma _____

Nombre Impreso del Paciente _____

Fecha _____



1700 North Oregon Ste . 530
El Paso, Texas 79902
(915) 544-2000 Office (915) 351-4334 FAX

PACIENTE CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN

De información médica protegida

- Con mi consentimiento, Amanda Hollingsworth DO, PA puede utilizar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamiento, pago y atención médica operaciones (TPO). Por favor refiérase a la Notificación de prácticas de privacidad para una completa descripción más de estos usos y divulgaciones.
- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Amanda Hollingsworth DO , PA se reserva el derecho de revisar el Aviso de privacidad
- Prácticas en cualquier momento. Un Aviso de Prácticas de Privacidad se puede obtener mediante una solicitud por escrito a la: Region VI, Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services by mail at 1301 Young St., Dallas, Texas, 75202.
- Con mi consentimiento, Amanda Hollingsworth DO PA pueden llamar a mi hogar o lugar designado y dejando un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como recordatorios de citas, información de seguro necesaria, etc
- Con mi consentimiento, Amanda Hollingsworth DO, PA puede enviar por correo a mi casa o que sea designado otro lugar cualquier artículo que ayude en la realización de TPO, tales como recordatorio de recordatorios de citas, las declaraciones de los pacientes, etc
- Entiendo que si decido ir acompañada de cualquier persona durante mi visita a la oficina, la información médica privada puede ser divulgada.
- Al firmar este formulario, estoy dando mi consentimiento a Amanda Hollingsworth DO, PA utilizar la divulgación de mi información protegida de salud para llevar a cabo TPO.
- Puedo revocar mi consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la práctica ya ha hecho declaraciones en confianza sobre mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Amanda Hollingsworth DO, PA puede negarse a brindar tratamiento a mí.
- Doy permiso para que a revelar información de salud protegida (PHI) a las siguientes personas.

Nombre:

Relación:

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Nombre del Paciente

Escriba el nombre del tutor legal



1700 North Oregon Ste . 530
El Paso, Texas 79902
(915) 544-2000 Office (915) 351-4334 FAX

Consentimiento para el tratamiento

1. Por la presente hacemos voluntariamente su consentimiento a estos cuidados, incluidos los procedimientos de rutina y otros tratos por los profesionales y sus cesionarios, delegado, o consultores en que sea necesario, a su juicio.
2. Soy consciente de que las prácticas de la medicina, la cirugía y la salud de los otros discípulos no constituyen ciencias exactas, reconozco que hay garantías se han hecho a mí como el resultado de los tratamientos o exámenes.
3. Entiendo que para determinados procedimientos se considere necesario por mi médico, yo seré requerido a firmar un formulario de consentimiento especial. Además, si no entienden por completo de un procedimiento o sus riesgos, consecuencias y métodos alternativos de tratamiento que tienen el derecho a cuestionar la adecuada profesional.
4. Entiendo que Amanda Hollingsworth DO, PA no se hace responsable por la pérdida de o daños a los bienes personales.
5. Yo autorizo la entrega a cualquier parte de mi atención, la información de mis expedientes en que sea necesario para que Amanda Hollingsworth DO, PA y las entidades la prestación de servicios para obtener el pago. Esto incluye los registros de abuso de alcohol y de drogas y / o registros de tratamiento de los servicios psicológicos y servicios sociales, como las comunicaciones realizadas por el paciente para el médico, trabajador social o psicólogo. Esta autorización será efectiva tanto tiempo como sea necesario para obtener el pago o reembolso y terminará cuando el pago o reembolso se recibe.

He leído la declaración anterior. Yo certifico que entiendo su contenido.

Imprimir Nombre del paciente Fecha de Birth _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor legal _____ Fecha _____

CUESTIONARIO GENERAL ANUAL Y DEL NUEVO PACIENTE

Por favor completar los espacios tanto como sea posible o como ellos le correspondan.

HISTORIA GYNECOLOGICA/ MENSTRUAL

Primer día de su última menstruación: _____ Ciertas (S ó N)?: ___ Menstruaciones regulares (S ó N)? ___
 Cuantos días de sangrado? ___ Flujo Pesado (S ó N)? ___ Flujo Doloroso (de 0-5)? ___ Edad de primera relación? ___
 Edad de primer menstruación? ___ Ha tenido enfermedades transmitidas sexualmente? ___
 Tiene problemas de vejiga (S ó N)? ___ ¿Siente presión ó una bola por debajo (S ó N)? ___ Tiene bochornos? ___
 Cualquier Papanicolaou anormal? ___ Fecha de su último Papanicolaou? _____ Última Mamografía: _____
 Fecha de última densitometría ósea: _____

HISTORIA OBSTETRICA

Número de embarazos: _____ Número de partos: _____ Número de abortos involuntarios: ___ Número de hijos vivos: ___
 Número de cesáreas: ___ Peso del niño más grande al nacer? ___ Dio pecho? ___ Complicaciones en el embarazo? ___
 En caso afirmativo, describa aquí: _____

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y EXPOSICION

Bebe usted alcohol? _____ ¿Cuántas bebidas por día? ___ Fuma cigarrillos? ___ ¿Cuántos al día? ___ #Bebidas con cafeína
 por día: ___ El consumo de drogas en el pasado? ___ Historia del uso de drogas intravenosas? ___ ¿Estás utilizando? ___
 Si está embarazada, identifique cualquier exposición (incluyendo medicamentos) desde la concepción a continuación:

HISTORIA SOCIAL

¿Está usted casada? ___ ¿Está trabajando? ___ ¿Se siente segura en su casa? ___ Historia de una violación o abuso sexual? ___
 Tiene preocupación por enfermedades sexuales, ó riesgo para el VIH / SIDA? ___
 Número de parejas sexuales en los últimos 5 años ___

HISTORIA MÉDICA

Círcule condiciones médicas que usted tiene o ha tenido en el pasado (mientras embarazada ó no:

Coagulación	Sangrado excesivo	Coagulo de las piernas
Hipertensión arterial	Pulmonal	Enfermedad autoinmuna (Lupus)
Diabetes	Convulsiones	Crecimiento fetal anormal
Asma	Cancer	Parto Prematuro
Tiroides	Corazón	Migranas
Rinones ó vejiga	Anemia	Neumonía
Herpes (genital o oral)	Artritis	Fecha de Colonoscopia

Otras (por favor especificar) _____

MEDICAMENTOS: (nombre, dosis, y veces por día)

1. _____
2. _____
3. _____

ALLERGIAS

HISTORIA DE Quirúrgica (Nombre y fechas de cirugías): _____

HISTORIA FAMILIAR: Círcule respuestas afirmativas. Indique la relación familiar (por ejemplo: madre, hermana).

Hipertensión arterial	Diabetes	Defectos al nacer /de la genética
Ataque del Corazón	Reacción a anestesia	Cáncer de los senos o de ovario
Otros Reacciones	Derrame Cerebral	Otro Cancer

REVISO DE SISTEMAS

Por favor circular síntomas que están presentes.

CONSTITUCIONAL

Pérdida de peso
Aumento de peso
Fiebre
Escalofríos
Fatiga

OJOS

Gafas /contactos
Dolor en ojo
Visión doble
Cataratas

OYIDOS/NARIZ/GARGANTA

La pérdida de audición
Problemas de sinusitis
Dolor de garganta
Congestión
Vértigo

CARDIOVASCULAR

Murmullo
Dolor de pecho
Mareo
Dificultad de respirar
La intolerancia de esfuerzo

ENDOCRINO

Vello de la cara en exceso
Pérdida de cabello
Calor ó intolerancia al frío

ACERCA DE USTED

Quién es su médico primario? _____

Su farmacia preferida: _____

Temas/preocupaciones de cuáles quisiera hablar hoy?

RESPIRATORIO

Toz
Dificultad de respirar
Presión en el pecho

GASTROINTESTINAL

Dolor abdominal
Diarrea
Estreñimiento
Sangre en el escremento
Acidez/Agruras
Náuseas / vómitos

GENITO- URINARIO

Úlceras genitales
Desecho anormal
Micción frecuente
Incontinencia
Bulto genital /prolapso
Sangrado anormal

ALERGICA

La urticaria/ Eccema

PSIQUIÁTRICA

Ansiedad
Labilidad de humor
Depresión
Dificultad para dormir

MUSCULOESQUELETAL

Dolor de las coyunturas
Rigidez
Hinchazón
Limitación de movimiento
Dolor de espalda
Dolor muscular

PIEL

Erupción
Acné
Lunar Anormal
Comezón/Ardor

NEUROLOGICO

Debilidad
Hormigueo/ardor
Entumecimiento
Temblores
Pérdida de la memoria

HEMATOLÓGICA / LINFÁTICA

Tendencia a moretes
Sangrado prolongado
Glándulas prominentes

FECHA DE LA REVISION

(Para uso exclusivo del médico)

- 1.
- 2.
- 3.

Iniciales/fecha: _____



1700 North Oregon Ste . 530
El Paso, Texas 79902
(915) 544-2000 Office (915) 351-4334 FAX

OB Cuestionario Suplementario

1. Por favor, escribe el padre del bebé o el nombre de otro significativo. _____
2. Por favor lista todos los embarazos y sus resultados a continuación (incluyendo abortos involuntarios y abortos), tipo de parto, año de la entrega, el peso del bebé, y las posibles complicaciones con el embarazo o el parto.

3. ¿Hay antecedentes de cualquiera de los siguientes defectos congénitos o enfermedades genéticas en la familia o el padre de la familia del bebé: (Por favor circule el desorden y escriba la relación de la persona afectada a usted):
 La enfermedad de la Distrofia Muscular Anemia de Células Falciformes Enfermedad de Tay Sachs
 Síndrome de Downs Fibrosis Quística Enfermedad de Huntington's Hemofilia Talasemia Espina
 Bífida Anencefalia Labio/Leporino y Paladar Hendido Defectos Cardíacos Congénitos
 Retraso Mental otros defectos de nacimiento Enfermedades Genéticas:

4. ¿Ha tenido alguna de las siguientes infecciones? (Marque con un círculo)
 Clamidia Hepatitis B / Hepatitis C Varicela (varicela) Herpes genital Sífilis Gonorrea
 Sarampión Rubéola Si No
5. ¿Tiene gatos o reptiles? Si No
6. Ha tenido fiebre reciente (más de 100.4 ° F) o erupciones? Si No
7. ¿Este embarazo fue planeado? Si No
8. Si no es un embarazo planeado, ¿estaba usted utilizando algún método anticonceptivo en el momento de la concepción? Sí No
- ¿Qué tipo de control de la natalidad se utiliza?

9. Si eres mayor de 21 años, está considerando este embarazo a ser su último embarazo y estás interesada en un método anticonceptivo permanente y irreversible (esterilización tubárica)?
 Sí No
10. ¿Está interesado en iniciar algún tipo de control de la natalidad después del parto? Sí No
11. ¿Quieres dar pecho después del parto? Sí No
12. Con el trabajo de parto, que está considerando opciones para controlar el dolor? (Por favor, circule la opción)
 Senderismo/Desplazarse por respiración Técnicas de Masaje
 medicamento Lluvias parto dolor IV (narcóticos) epidural
13. ¿Qué tan importante es para usted tener un parto vaginal? ¿Quieres Cesárea sin
 la prueba de parto dispuesto a tratar de tener un parto vaginal parto vaginal muy importante
14. ¿Tiene preferencia en el hospital? Sierra Medical Center o Providence Memorial Hospital