

HOJA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Por favor llene el formulario COMPLETO y firme en donde se indica. Por favor entregue a la recepcionista su tarjeta del seguro (si aplica)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de 2o.nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Sexo: ____ Seguro Social ____ - ____ - ____

Estado Civil: _____ Teléfono de Casa: ____ - ____ - ____ Celular: ____ - ____ - ____ Correo Electrónico: _____

Etnia (*circule*): No Hispano | Hispano | Otro: _____ Raza: _____

Idioma que habla: _____

Ocupación: _____ Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Médico de Cuidados Primarios: _____ Teléfono: ____ - ____ - ____

Médico Remitente o Quiropráctico: _____ Teléfono: ____ - ____ - ____

Farmacia Preferida: _____ Teléfono: ____ - ____ - ____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: ____ - ____ - ____

Relación con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del Seguro Primario: _____ Teléfono: ____ - ____ - ____

Número de Identificación del Seguro: _____ Número de Grupo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del Seguro Secundario: _____ Teléfono: ____ - ____ - ____

Número de Identificación del Seguro: _____ Número de Grupo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Formulario de Nuevo Paciente

Historial de la Enfermedad Actual

¿Cuándo comenzó su dolor? _____

¿Dónde tiene el dolor? (*circule todos los que apliquen*): CUELLO |
ESPALDA | BRAZO | PIerna | OTRO: _____

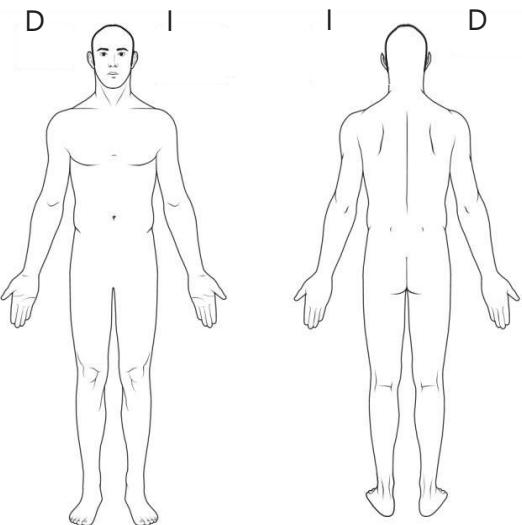
Califique su dolor (*circule*):

SEVERO | MODERADAMENTE SEVERO | MODERADO | LEVE

Fecha de la lesión (*si aplica*): ____ / ____ / ____

¿Qué causó su dolor? (*circule*): ACCIDENTE DE VEHÍCULO | ACCIDENTE DE TRABAJO |

DEPORTE | RESBALÓN O CAÍDA | OTRO: _____



Marque en el diagrama anterior donde tiene el dolor

Describa el evento desencadenante que causó el dolor (*si aplica*): CONDUCTOR | PASAJERO | OTRO: _____

Describa su dolor (*circule*): PUNZANTE | PULSANTE | MALESTAR GENERAL | ARDOR | AGUDO | SORDO | CALAMBRE | OTRO: _____

¿El dolor es constante? Sí | No

¿Qué empeora su dolor? (*circule todos los que apliquen*): SENTARSE | PARARSE | CAMINAR | AGACHARSE | TOSER Y ESTORNUDAR |

ACOSTARSE | OTRO: _____

¿Qué hace que el dolor se sienta mejor? (*circule todos los que apliquen*): DESCANSAR | HIELO/CALOR | NADA | OTRO: _____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento de un quiropráctico o fisioterapeuta? Sí | No ¿Cuándo? _____ ¿Con quién? _____

¿Ha sido tratado por un especialista en dolor anteriormente? Sí | No ¿Cuándo? _____ ¿Por quién? _____

MEDICAMENTOS

<i>Enumere todos los medicamentos que ha probado para su dolor:</i>		
1.	5.	9.
2.	6.	10.
3.	7.	11.
4.	8.	12.

ALERGIAS

<i>Enumere todas las alergias de las que sepa:</i>		
1.	5.	9.
2.	6.	10.
3.	7.	11.
4.	8.	12.

INICIAL

HISTORIAL QUIRÚRGICO PREVIO

Enumere todas las cirugías conocidas.	Fecha
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

HISTORIAL MÉDICO PREVIO

Por favor enumere todas las condiciones DIAGNOSTICADAS:

HISTORIAL FAMILIAR Marque todos los diagnósticos apropiados que correspondan a su historial familiar.

- Por favor **marque** si no tiene historial médico familiar significativo.
- Diabetes
- Cáncer
- Hipertensión

HISTORIAL SOCIAL

¿Usted es capaz de quedar embarazada? **SI / NO**

Si es así, ¿actualmente está embarazada? **SI / NO**

Circule todos los que aplican a continuación:

CONSUMO DE ALCOHOL

- Alcoholismo Actual
- Historial de Alcoholismo
- Consumo Social
- Nunca bebe Alcohol
- Consumo diario limitado

CONSUMO DE TABACO

- Consumidor actual
- Antiguo Consumidor
- Nunca ha usado tabaco
- Tabaco Masticable
- Cigarrillo Electrónico
- Vapeador

CONSUMO DE DROGAS ILICITAS

- Niega cualquier consumo ilícito
- Actualmente consume drogas ilícitas

HOSPITALIZACIÓN

Por favor enumere cualquier hospitalización reciente:

Mes/Año

Razón

Hospital

INICIAL

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para que Minivasive Pain & Orthopedics ("MPO") me preste asistencia sanitaria. Entiendo que puedo establecer condiciones o limitaciones para mi tratamiento y asistencia y que, si deseo establecer dichas condiciones, se me dará la oportunidad de ponerlas por escrito en un documento separado. Se me ha informado y reconozco que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito a MPO. Doy mi consentimiento para la administración de atención médica por parte de MPO de forma voluntaria y, por la presente, entro de forma consciente y voluntaria a este Consentimiento para el tratamiento médico. MPO es únicamente una clínica de tratamiento intervencionista del dolor. MPO anima a todos los pacientes a que acudan a un médico de cabecera.

CESIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente, cedo irrevocablemente a Minivasive Pain & Orthopedics («MPO») todos y cada uno de los beneficios, intereses y derechos, incluido el derecho a hacer valer un derecho de retención o a interponer una demanda, en virtud de cualquier póliza de seguro, plan de prestaciones, plan de indemnización, plan de salud prepagado, pólizas de responsabilidad civil de terceros o de cualquier otro pagador que proporcione beneficios en mi nombre, por y en la medida de los servicios y bienes que me haya proporcionado MPO. En virtud de esta cesión, MPO tendrá un derecho independiente y no exclusivo a apelar o perseguir cualquier reclamación denegada o retrasada en nombre del asegurado o beneficiario. Esta cesión no es ni debe interpretarse como una obligación de MPO de perseguir dichos intereses y derechos. Al firmar este formulario, yo, como paciente o representante legal del paciente, ordeno a cualquier aseguradora médica, plan de prestaciones sanitarias, plan de indemnización, reaseguradora, aseguradora de responsabilidad civil u otro pagador que proporcione prestaciones en mi nombre que pague directamente a MPO por los servicios y bienes que MPO me proporcione. Entiendo que si el seguro niega la cobertura o el pago de los servicios que se me prestan, yo seré responsable financieramente de todos los gastos.

SI MEDICARE u otro programa gubernamental similar determina que no soy elegible para la cobertura o que el tratamiento no está cubierto, seré responsable del pago, a menos que lo prohíba la ley.

SI NO TIENE SEGURO, SEGURO DE TERCEROS O SUFRE UN ACCIDENTE DE TRÁFICO, usted será responsable de todos los gastos relacionados con su atención médica. Podemos presentar reclamos al seguro de terceros o a las compañías aseguradoras en su nombre. Usted será responsable de todos los gastos, así como de facturar a las compañías aseguradoras que considere convenientes.

RECONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD / HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico por sus siglas en inglés): Se me ha proporcionado una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad. El aviso describe cómo se puede utilizar o divulgar mi información médica. Entiendo que debo leerlo detenidamente. Soy consciente de que el aviso puede modificarse en cualquier momento y tengo derecho a solicitar nuevas copias en cualquier centro de MPO durante el horario laboral habitual.

DIVULGACIÓN DE INTERESES ECONÓMICOS POR PARTE DEL MÉDICO: La ley de Texas exige que su médico le revele cualquier interés financiero que pueda tener en otra entidad sanitaria a la que pueda ser derivado, para que pueda abordar cualquier inquietud que pueda tener directamente con su médico. Su médico remitente es un contratista y/o propietario de Minivasive Pain & Orthopedics (el "Grupo"). Los médicos miembros del Grupo NO son propietarios de ninguno de los centros quirúrgicos ambulatorios, hospitales, laboratorios o centros de diagnóstico por imagen a los que haya sido derivado para recibir servicios terapéuticos y/o diagnósticos. Al firmar a continuación, usted acusa recibo de esta Divulgación de intereses financieros por parte del médico.

ACEPTADO RECHAZADO

INICIALES DEL PACIENTE

Con mi firma a continuación, acuso de recibo este documento y acepto los términos de todas las secciones del mismo: Acuerdo de consentimiento para el tratamiento, Cesión de Beneficios y Responsabilidad Financiera, Divulgación de Intereses Financieros por parte del Médico, y Recepción de las Políticas de Privacidad / HIPAA.

Una fotocopia de esta Cesión se considerará tan válida como la original. He leído y comprendo plenamente este acuerdo.

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

Relación con el Paciente si firmó otra persona diferente al paciente

Política HIPAA

De acuerdo con la ley del estado de Texas y la política HIPAA, nuestra clínica no puede divulgar ninguna información suya sin su permiso. Por favor enumere a las personas a las que les está dando permiso para recibir o recoger cualquier receta escrita por el médico. Enumere a las personas a las que les está dando permiso para recibir información con respecto a usted como paciente en nuestro consultorio.

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

Teléfono: _____ - _____ Correo Electrónico: _____

Relación: _____

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

Teléfono: _____ - _____ Correo Electrónico: _____

Relación: _____

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN

Teléfono

- Está bien dejar un mensaje con información detallada
- Deje un mensaje únicamente con número para devolver la llamada

Correo Electrónico

- Está bien enviar un correo con información detallada.

Reconozco que esta autorización permanecerá vigente durante un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que decida revocarla antes mediante una solicitud por escrito dirigida a Minivasive Pain & Orthopedics.



Acuerdo de Pagado Diferido

PROVEEDOR MÉDICO: *Minivasive Pain & Orthopedics, PLLC*

Si usted tiene un reclamo de seguro pendiente que debe resolverse antes de poder pagar los servicios prestados por nuestra clínica o centro, aceptamos aplazar temporalmente las acciones de cobro. A cambio de dicho aplazamiento, usted acepta expresamente lo siguiente:

Usted acepta suspender y aplazar todos los plazos de prescripción aplicables en virtud de las leyes de Texas, incluidos, entre otros, los establecidos en el Código de Prácticas Civiles y Recursos de Texas § 16.004(a)(3) (limitación de cuatro años para las acciones por deudas), mientras su reclamo de seguro permanece sin resolver, a partir de la fecha de notificación. El período de suspensión finalizará treinta (30) días después de la resolución de su reclamo al Seguro, ya sea mediante acuerdo, sentencia, u otra resolución definitiva.

Usted acepta notificar de inmediato a su asesor legal, si lo hubiera, sobre su saldo pendiente con nuestra clínica o centro. Además, acepta indicar a su abogado que mantenga en fideicomiso constructivo cualquier ingreso de su reclamo de Seguro por un monto suficiente para cubrir sus obligaciones financieras con nosotros. Asimismo, nos autoriza a comunicarnos directamente con su abogado en relación con el saldo de su cuenta. Nada de lo dispuesto en este acuerdo supondrá una renuncia o perjuicio de Nuestro derecho a emprender acciones legales en caso de incumplimiento.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

MPO 07152025



AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Developed for Texas Health & Safety Code § 181.154(d)
effective June 2013

Please read this entire form before signing and complete all the sections that apply to your decisions relating to the disclosure of protected health information. Covered entities as that term is defined by HIPAA and Texas Health & Safety Code § 181.001 must obtain a signed authorization from the individual or the individual's legally authorized representative to electronically disclose that individual's protected health information. Authorization is not required for disclosures related to treatment, payment, health care operations, performing certain insurance functions, or as may be otherwise authorized by law. **Covered entities may use this form or any other form that complies with HIPAA, the Texas Medical Privacy Act, and other applicable laws.** Individuals cannot be denied treatment based on a failure to sign this authorization form, and a refusal to sign this form will not affect the payment, enrollment, or eligibility for benefits.

NAME OF PATIENT OR INDIVIDUAL

Last _____ First _____ Middle _____

OTHER NAME(S) USED _____

DATE OF BIRTH Month _____ Day _____ Year _____

ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP _____

PHONE (_____) _____ ALT. PHONE (_____) _____

EMAIL ADDRESS (Optional): _____

I AUTHORIZE THE FOLLOWING TO DISCLOSE THE INDIVIDUAL'S PROTECTED HEALTH INFORMATION:

Person/Organization Name _____

Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Phone (_____) _____ Fax (_____) _____

WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION?

Person/Organization Name _____

Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Phone (_____) _____ Fax (_____) _____

REASON FOR DISCLOSURE (Choose only one option below)

- Treatment/Continuing Medical Care
- Personal Use
- Billing or Claims
- Insurance
- Legal Purposes
- Disability Determination
- School
- Employment
- Other _____

WHAT INFORMATION CAN BE DISCLOSED? Complete the following by indicating those items that you want disclosed. The signature of a minor patient is required for the release of some of these items. If all health information is to be released, then check only the first box.

- All health information
- Physician's Orders
- Progress Notes
- Pathology Reports

- History/Physical Exam
- Patient Allergies
- Discharge Summary
- Billing Information

- Past/Present Medications
- Operation Reports
- Diagnostic Test Reports
- Radiology Reports & Images

- Lab Results
- Consultation Reports
- EKG/Cardiology Reports
- Other _____

Your initials are required to release the following information:

_____ Mental Health Records (excluding psychotherapy notes)

_____ Genetic Information (including Genetic Test Results)

_____ Drug, Alcohol, or Substance Abuse Records

_____ HIV/AIDS Test Results/Treatment

EFFECTIVE TIME PERIOD. This authorization is valid until the earlier of the occurrence of the death of the individual; the individual reaching the age of majority; or permission is withdrawn; or the following specific date (optional): Month _____ Day _____ Year _____

RIGHT TO REVOKE: I understand that I can withdraw my permission at any time by giving written notice stating my intent to revoke this authorization to the person or organization named under "WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION." I understand that prior actions taken in reliance on this authorization by entities that had permission to access my health information will not be affected.

SIGNATURE AUTHORIZATION: I have read this form and agree to the uses and disclosures of the information as described. I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of health information that has occurred prior to revocation or that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission, including disclosures to covered entities as provided by Texas Health & Safety Code § 181.154(c) and/or 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws.

SIGNATURE X _____

Signature of Individual or Individual's Legally Authorized Representative

DATE _____

Printed Name of Legally Authorized Representative (if applicable): _____

If representative, specify relationship to the individual: Parent of minor Guardian Other _____

A minor individual's signature is required for the release of certain types of information, including for example, the release of information related to certain types of reproductive care, sexually transmitted diseases, and drug, alcohol or substance abuse, and mental health treatment (See, e.g., Tex. Fam. Code § 32.003).

SIGNATURE X _____

Signature of Minor Individual

DATE _____

IMPORTANT INFORMATION ABOUT THE AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Developed for Texas Health & Safety Code § 181.154(d)
effective June 2013

The Attorney General of Texas has adopted a standard Authorization to Disclose Protected Health Information in accordance with Texas Health & Safety Code § 181.154(d). This form is intended for use in complying with the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act and Privacy Standards (HIPAA) and the Texas Medical Privacy Act (Texas Health & Safety Code, Chapter 181). **Covered Entities may use this form or any other form that complies with HIPAA, the Texas Medical Privacy Act, and other applicable laws.**

Covered entities, as that term is defined by HIPAA and Texas Health & Safety Code § 181.001, must obtain a signed authorization from the individual or the individual's legally authorized representative to electronically disclose that individual's protected health information. Authorization is not required for disclosures related to treatment, payment, health care operations, performing certain insurance functions, or as may be otherwise authorized by law. (Tex. Health & Safety Code §§ 181.154(b),(c), § 241.153; 45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1); 164.506, and 164.508).

The authorization provided by use of the form means that the organization, entity or person authorized can disclose, communicate, or send the named individual's protected health information to the organization, entity or person identified on the form, including through the use of any electronic means.

Definitions - In the form, the terms "treatment," "healthcare operations," "psychotherapy notes," and "protected health information" are as defined in HIPAA (45 CFR 164.501). "Legally authorized representative" as used in the form includes any person authorized to act on behalf of another individual. (Tex. Occ. Code § 151.002(6); Tex. Health & Safety Code §§ 166.164, 241.151; and Tex. Probate Code § 3(aa)).

Health Information to be Released - If "All Health Information" is selected for release, health information includes, but is not limited to, all records and other information regarding health history, treatment, hospitalization, tests, and outpatient care, and also educational records that may contain health information. As indicated on the form, specific authorization is required for the release of information about certain sensitive conditions, including:

- Mental health records (excluding "psychotherapy notes" as defined in HIPAA at 45 CFR 164.501).
- Drug, alcohol, or substance abuse records.
- Records or tests relating to HIV/AIDS.
- Genetic (inherited) diseases or tests (except as may be prohibited by 45 C.F.R. § 164.502).

Note on Release of Health Records - This form is not required for the permissible disclosure of an individual's protected health information to the individual or the individual's legally authorized representative. (45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1)(i), 164.524; Tex. Health & Safety Code § 181.102). If requesting a copy of the individual's health records with this form, state and federal law allows such access, unless such access is determined by the physician or mental health provider to be harmful to the individual's physical, mental or emotional health. (Tex. Health & Safety Code §§ 181.102, 611.0045(b); Tex. Occ. Code § 159.006(a); 45 C.F.R. § 164.502(a)(1)). If a healthcare provider is specified in the "Who Can Receive and Use The Health Information" section of this form, then permission to receive protected health information also includes physicians, other health care providers (such as nurses and medical staff) who are involved in the individual's medical care at that entity's facility or that person's office, and health care providers who are covering or on call for the specified person or organization, and staff members or agents (such as business associates or qualified services organizations) who carry out activities and purposes permitted by law for that specified covered entity or person. If a covered entity other than a healthcare provider is specified, then permission to receive protected health information also includes that organization's staff or agents and subcontractors who carry out activities and purposes permitted by this form for that organization. Individuals may be entitled to restrict certain disclosures of protected health information related to services paid for in full by the individual (45 C.F.R. § 164.522(a)(1)(vi)).

Authorizations for Sale or Marketing Purposes - If this authorization is being made for sale or marketing purposes and the covered entity will receive direct or indirect remuneration from a third party in connection with the use or disclosure of the individual's information for marketing, the authorization must clearly indicate to the individual that such remuneration is involved. (Tex. Health & Safety Code §181.152, .153; 45 C.F.R. § 164.508(a)(3), (4)).

Limitations of this form - This authorization form shall not be used for the disclosure of any health information as it relates to: (1) health benefits plan enrollment and/or related enrollment determinations (45 C.F.R. § 164.508(b)(4)(ii), .508(c)(2)(ii)); (2) psychotherapy notes (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(ii); or for research purposes (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(i)).

Use of this form does not exempt any entity from compliance with applicable federal or state laws or regulations regarding access, use or disclosure of health information or other sensitive personal information (e.g., 42 CFR Part 2, restricting use of information pertaining to drug/alcohol abuse and treatment), and does not entitle an entity or its employees, agents or assigns to any limitation of liability for acts or omissions in connection with the access, use, or disclosure of health information obtained through use of the form.

Charges - Some covered entities may charge a retrieval/processing fee and for copies of medical records. (Tex. Health & Safety Code § 241.154).

Right to Receive Copy - The individual and/or the individual's legally authorized representative has a right to receive a copy of this authorization.