



10310 W Grand Pwky S  
 Suite 103  
 Richmond, Texas 77406  
 Phone: 832-446-9444 | Fax: 832-482-1700  
 Monday-Friday 9:00AM-4:00PM  
 Saturday: 10:00AM-1:00PM

**POR FAVOR IMPRIMA Y COMPLETE TODA LA INFORMACION REQUERIDA**

NOMBRE		APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____	
SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	SEGURO SOCIAL	NUMERO DE TELEFONO		CORREO ELECTRONICO	
DIRECCION					
CIUDAD				ESTADO	CODIGO POSTAL
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO		NOMBRE DEL ESPOSO/A		NUMERO DE TELEFONO DEL ESPOSO/A	
CONTACTO EMERGENCIA		RELACION		NUMERO DE TELEFONO	

**INFORMACION DEL SEGURO**

TIENE SEGURO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	BENEFICIARIO PRIMARIO <input type="checkbox"/> YO <input type="checkbox"/> CONYUGUE <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> OTRO _____	RESPONSABLE DEL PAGO
COMPANIA DE SEGURO	NUMERO DE IDENTIFICACION	RELACION CON EL PACIENTE
POSEE SEGURO SECUNDARIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	BENEFICIARIO SECUNDARIO <input type="checkbox"/> YO <input type="checkbox"/> CONYUGUE <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> OTRO _____	FECHA DE NACIMIENTO DEL RESPONSABLE
COMPANIA DE SEGURO SECUNDARIA	NUMERO DE IDENTIFICACION SECUNDARIO	TELEFONO/DIRECCION

**POLITICA DE PAGOS**

- Usted es financieramente responsable de todo lo que el seguro no cubra. Todos los copagos vencen y son pagaderos en cada visita. El monto que su seguro permitirá y pagará y su responsabilidad financiera lo determinará su compañía de seguros y la póliza que haya elegido. Su reclamo será procesado de acuerdo con los beneficios de su plan de seguro. El deducible, el coseguro y el copago son su responsabilidad financiera. Es su responsabilidad de comprender su plan de seguro.
- También entiendo que recibiré un recibo de pago único, si con ese recibo no puedo recibir reembolso de mi seguro, es mi responsabilidad y no A-Z Medical Clinic, así como será de mi exclusiva responsabilidad si los medicamentos aquí prescritos no son cubiertos por mi seguro.
  - Si es un paciente privado sin seguro, todos los cargos deben pagarse en el momento de la visita. No enviamos un estado de cuenta a pacientes privados que pagan

**POLITICA DE PRESCRIPCIONES**

NOMBRE DE LA FARMACIA	NUMERO DE TELEFONO DE LA FARMACIA
-----------------------	-----------------------------------

Por favor no espere hasta tomar su última tableta para llamar por una extensión de su prescripción Hay un tiempo de espera de 72 horas para esto. Si no ha visto al médico en seis meses su prescripción será denegada

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
--------------------	-------



## HIPAA Compliance Patient Consent Form

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted se asegura con su firma de que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha. Usted tiene derecho a restringir la forma en que se usa y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? YES NO

¿Podemos dejarle un mensaje en el contestador de su casa o en su celular? YES NO

¿Podemos hablar de su condición médica con algún miembro de su familia? YES NO

En caso afirmativo, nombre los miembros permitidos:

---

---

Este consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_(NOMBRE IMPRESO)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Acuerdo de Servicios Médicos

**Consentimiento médico:** Doy mi consentimiento para cualquier tratamiento o procedimiento que pueda realizarse de forma ambulatoria (incluidos tratamientos o servicios de emergencia), que pueden incluir, entre otros, medicamentos, inyecciones, toma de fotografías médicas, procedimientos de laboratorio y/o x - Exámenes radiológicos proporcionados según las instrucciones generales y especiales de los médicos, el personal u otros proveedores de atención médica de A-Z Medical Clinic que ayudan en mi atención.

**Acuerdo financiero: Entiendo que todos los cargos vencen al momento del servicio.** Acepto pagar a A-Z Medical Clinic todos los cargos por servicios de atención médica y servicios profesionales que me brinden médicos y otros profesionales de la salud.

Las formas de pago aceptables incluyen efectivo, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Si soy un paciente no asegurado, acepto pagar mi visita en su totalidad al momento del servicio. Si A-Z Medical Clinic es un proveedor participante de mi compañía de seguros, entiendo que mi copago, coseguro, deducible y/o cualquier saldo pendiente vencen al momento del servicio. Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre mi compañía de seguros y yo, A-Z Medical Clinic no está involucrada. Para que A-Z Medical Clinic pueda presentar reclamos y aceptar pagos de mi compañía de seguros, entiendo que debo presentar información actual del seguro en cada visita y que A-Z Medical Clinic deberá verificar mi cobertura de seguro médico. En caso de que A-Z Medical Clinic no pueda verificar mi elegibilidad de seguro y mis beneficios antes de mi visita, acepto pagar mi visita en su totalidad al momento del servicio. Se emitirá un reembolso si mi seguro paga la visita. También entiendo que soy financieramente responsable de cualquier servicio que no esté cubierto por mi compañía de seguros. Cuando mi cónyuge o un garante financiero firma este acuerdo, el cónyuge o el garante financiero será solidaria e individualmente responsable conmigo. Si mi(s) cuenta(s) son remitidas a un abogado o una agencia de cobranza para el cobro, el abajo firmante deberá pagar los honorarios reales del abogado. (incluidos costos) y gastos de cobranza incurridos además de las otras cantidades adeudadas. Las cuentas impagas remitidas a agencias externas para su cobro devengarán intereses a la tasa vigente por año a partir de la fecha de remisión.

**Autorización y liberación del seguro:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados, incluido Medicare y cualquier otro programa patrocinado por el gobierno, seguro privado y cualquier otro plan de salud, se realice a A-Z Medical Clinic por cualquier

servicios proporcionados por dicho proveedor. En la medida necesaria para coordinar mi atención médica o determinar la responsabilidad de pago y obtener un reembolso por los servicios prestados, autorizo a A-Z Medical Clinic a divulgar partes o todos mis registros, incluidos mis registros médicos, a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable de la totalidad o parte de los cargos de la Clínica Médica A-Z, incluidos, entre otros, compañías de seguros, planes de servicios de atención médica, agencias gubernamentales o compañías de compensación laboral. Autorizo a A-Z Medical Clinic a actuar como mi agente para ayudarme a obtener cualquier información previa requerida.

certificación además de actuar como mi agente para ayudarme a obtener el pago de mis compañías de seguros. Autorizo a mis compañías de seguros a brindar a A-Z Medical Clinic cualquier información requerida para cumplir con esta función. Esto permanecerá en vigor hasta que sea revocado por escrito. Una fotocopia de esta asignación y autorización se considerará tan válida como el original.

**Divulgación de información médica:** Por la presente autorizo a A-Z Medical Clinic a divulgar cualquier información en mi expediente a cualquier profesional de salud, médico, hospital o institución médica a la que pueda ser remitido para ayudar en mi atención. Además, autorizo a A-Z Medical Clinic a proporcionar una copia de mis registros médicos a mi médico de atención primaria (PCP) para permitir la continuidad de la atención.

**Aviso de prácticas de privacidad:** Al firmar este formulario, usted es consciente de "Aviso de prácticas de privacidad" de A-Z Medical Clinic.. Nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Te recomendamos a leer completamente nuestro "Aviso de prácticas de privacidad"; este está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado comunicándose con A-Z Medical Clinic al (832)446-9444.

**Farmacia interna:** Entiendo que, para mi comodidad, A-Z Medical Clinic puede dispensar algunos medicamentos recetados necesarios para tratar mi(s) condición(es) médica(s). Entiendo que no se facturará a mi seguro por los medicamentos dispensados y que mis beneficios de farmacia NO aplican a este servicio. **Cualquier medicamento dispensado en el consultorio es mi responsabilidad y es un cargo adicional al cargo de mi visita al consultorio.** También entiendo que si prefiero usar una farmacia externa me pueden proporcionar la receta sin costo adicional

**Objetos de valor personales:** A-Z Medical Clinic no será responsable de la pérdida o daño de dinero, documentos, joyas, anteojos, dentaduras postizas, pieles u otros artículos de valor inusual y no será responsable de la pérdida o daño de ninguna propiedad personal.

A-Z Medical Clinic, una corporación médica y el paciente o el representante del paciente, por la presente celebran este acuerdo.

El firmante de este acuerdo certifica que ha leído y acepta lo anterior, y es el paciente, el representante del paciente o está debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**A-Z Medical Clinic**  
**Autorización para liberar los récords médicos**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de servicio: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, autorizo a divulgar o solicitar acceso a la información especificada a continuación, de los registros médicos del paciente mencionado anteriormente.

**LA INFORMACION DEL PACIENTE SE NECESITA PARA:**

Continuar Cuidado	Servicio Militar	Seguro Social/Discapacidad
Medico	Uso Personal	Otro _____
Seguro		
Asunto Legal	Escuela	_____

**INFORMACION QUE SE PUEDE DIVULGAR/ACCEDER:**

Historia/examen fisico	Reporte de consulta	Record de Emergencia
Reporte Quirugico	Alta Medica	Pagina de portada
Laboratorio/patologia	Reporte rayos-x/imagenes	Otro _____

La informacion anterior puede divulgarse (especifique nombre o título de la persona o el nombre de la organización a la que se divulgaran los registros y la dirección correspondiente

**PARA:**

(832) 446-9444/ (832) 482-1700

\_\_\_\_\_  
(Doctor, Hospital, Abogado, Compania de Seguro, yo, etc.)

\_\_\_\_\_  
Numero de Telefónico / Numero de Fax

10310 W Grand Pwky S Suite 103, Richmond, Texas 77406

\_\_\_\_\_  
Dirección(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

**DESDE:**

\_\_\_\_\_  
(Doctor, Hospital, Attorney, Insurance Company, Self, etc.)

\_\_\_\_\_  
Numero telefónico / Numero de Fax

\_\_\_\_\_  
Dirección(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Entiendo que mis registros son confidenciales y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, excepto cuando la ley lo permita. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida. Entiendo que la información especificada que se divulgará puede incluir, entre otros, antecedentes, diagnóstico y/o tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades transmisibles, incluido el VIH y el SIDA.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en la autorización.

La autorización vencerá doce (12) meses a partir de la fecha de la firma a menos que revoco la autorización antes de esa fecha.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente or representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del pacienre of representate legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Relacion con el paciente