



Tarrant Nephrology Associates

Kidney Specialists Serving North Texas for *Over 30 Years*

Medicamento

Nombre Del Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____ / _____ / _____

Alergias _____

Farmacia _____ Número de Farmacia (_____) - _____

<u>Nombre de Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Instrucciones</u>



Tarrant Nephrology Associates

Kidney Specialists Serving North Texas for *Over 30 Years*

Nombre de Paciente: _____ Apellido: _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Número De Seguro Social _____ - _____

Raza (Elija de Abajo)

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawái o el Pacífico
- Americano
- Hispano
- Otra raza
- No Declarar

Origen étnico

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- No Declarar

Lenguaje

- Inglés
- Español
- Otro

Estado Civil

- Casado (a)
- Soltero (a)
- Viudo (a)
- Divorciado (a)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número De Teléfono (Casa): (____) _____ - _____ Cel.: (____) _____ - _____

E-mail: _____

Farmacia: _____ Número de Farmacia: (____) _____ - _____

Nombre del Empleador: _____ Número: (____) _____ - _____

Dirección: _____

Nombre de Pareja: _____

Nombre del Empleador: _____ Número: (____) _____ - _____

Médico de Referencia: _____ Número: (____) _____ - _____

Médico de Atención Primaria: _____ Número: (____) _____ - _____

Nombre del familiar más cercano o un amigo que no viva en la misma dirección

Nombre: _____ Relación: _____ Número: (____) _____ - _____



Tarrant Nephrology Associates

Kidney Specialists Serving North Texas for *Over 30 Years*

Información de Seguro

___ Marque aquí si usted no tiene cobertura de seguro (Cuenta de Efectivo).

Seguro Primaria: _____

Asegurado: _____

ID#: _____ Numero de Grupo/Plan: _____

Seguro Social Del Asegurado: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Seguro Secundaria: _____

Asegurado: _____

ID#: _____ Numero de Grupo/Plan: _____

Seguro Social Del Asegurado: _____ Fecha De Nacimiento: _____

He recibido una copia facturación de la política de *Tarrant Nephrology Associates* (Pacientes de Efectivo) o la instrucción de facturación del paciente (Los Pacientes Asegurados).

Yo autorizo el pago directamente a *Tarrant Nephrology Associates* de los servicios médicos prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro.

Nombre Imprimido: _____



Tarrant Nephrology Associates

Kidney Specialists Serving North Texas for *Over 30 Years*

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre De Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre de Médico/Especialista y Dirección

Numero Teléfono & Fax

(Médico de Atención Primaria)

(Cardiólogo)

(Neumólogo)

(Neurólogo)

(Gastroenterología)

(Hematólogo)

(Urólogo)

(Otro)

(Otro)

(Otro)



Tarrant Nephrology Associates

Kidney Specialists Serving North Texas for *Over 30 Years*

Historia Clínica del Paciente

Nombre de Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Por favor marque a continuación si usted tiene actualmente alguna de las siguientes.

Cardiología

- Hipertensión
- Angina
- Ataque del corazón
- La insuficiencia cardíaca
- La fibrilación auricular
- Latido del corazón irregular
- Soplo en el corazón
- Enfermedad vascular periférica
- Aneurisma de aorta

Pulmonar

- Asma
- Bronquitis crónica
- Enfisema
- EPOC
- Neumonía
- La Hipertensión Pulmonar
- Coágulo en los pulmones
- La Apnea del Sueño
- Cáncer de pulmón

Endocrino

- La Diabetes Tipo 1
- La Diabetes Tipo 2
- Problemas De La Tiroides (Alta / Baja)
- La Enfermedad de Addison
- El Síndrome de Cushing
- Adenoma Hipofisario
- El Colesterol Alto
- Obesidad

Gastrointestinal

- Acido reflejo de
- Enfermedad de la úlcera
- Enfermedad de la vesícula biliar
- Vómito con sangre
- Sangre en las heces
- GI cáncer
- La divertículos
- Los pólipos

Enfermedad Del Hígado/Páncreas

- La hepatitis de tipo__
- Cirrosis
- Cáncer de Hígado
- Piedras en la Vesícula
- Pancreatitis
- El Cáncer de Páncreas

Genitourinario

- La IU recurrente
- Cálculos Renales
- Enfermedad Renal Crónica
- Nefritis
- Problemas de próstata
- Cáncer de riñón
- Cáncer de vejiga

Hematología

- Anemia
- Leucemia
- Trastorno de la coagulación
- Coágulos de sangre - Piernas
- Mieloma Múltiple
- Varices
- El VIH

Neurología

- Neuropatía
- TIA
- Carrera
- Migraña
- Incautación
- Enfermedad de Parkinson
- Alzheimer / Demencia

La Artritis

- Artritis Reumatoide
- Osteoartritis
- Gota
- La Osteoporosis / Osteopenia
- Otro: _____

Los Trastornos Musculo

Esqueléticos

- Lupus (LES)
- La esclerodermia
- Síndrome de Sjogerns
- La Fibromialgia
- Otros: _____

Otras Condiciones Médicas:



Tarrant Nephrology Associates

Kidney Specialists Serving North Texas for *Over 30 Years*

La Historia Familiar

Por favor marque la casilla si es positive

	ESTADO (V) Vivo o (F) Fallecido) Escoja Uno		Alta Presión	Diabetes	Enfermedad del Corazón	Enfermedad Renal	Carrera	Cáncer
Padre	V	F						
Madre	V	F						
Abuelo Paterno	V	F						
Abuela Paterna	V	F						
Abuelo Materno	V	F						
Abuela Materna	V	F						
Hermano	Cantidad	V F						
Hermano	Cantidad	V F						
Hijo	Cantidad	V F						
Hija	Cantidad	V F						

	<u>Uso Actual</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Si Dejo, Cuando?</u>
Fumar			
El Consumo de Alcohol			
Uso de Drogas Ilícitas			

Marque con un círculo para cada pregunta

Casado (a): Si No

Viviendo Con: Pareja Solo Otro: _____

Vacunas

Marque con un círculo y en caso afirmativo, indique la fecha.

Vacuna contra la Gripe (Flu): Si No Fecha: _____

Vacuna contra el Neumococo: Si No Fecha: _____



Tarrant Nephrology Associates

Kidney Specialists Serving North Texas for *Over 30 Years*

Hospitalizaciones

	Fecha/Año	Nombre de Hospital	Razón
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Cirugías

	Fecha/Año	Nombre De Cirujano	Tipo De Cirugía
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Procedimientos

	Fecha/Año	Echo Por?	Resultado
Endoscopia del Tracto Gastrointestinal Superior			
Colonoscopia			
Biopsia (cualquiera)			
Prueba de Esfuerzo Cardíaco			
Mamografía			



Tarrant Nephrology Associates

Kidney Specialists Serving North Texas for *Over 30 Years*

Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

De acuerdo con la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA), los pacientes tienen ciertos derechos de privacidad con respecto a su información de salud protegida. Mediante su firma, el paciente, reconozco lo siguiente con respecto a la gestión de su información de salud protegida. Su información de salud protegida será utilizada para:

- Tratamiento de Conducir, planear y directa por los médicos empleados por Tarrant Nephrology Associates y serán compartidos en colaboración con los profesionales médicos que están involucrados en su cuidado directo o indirecto.
- Para obtener el pago de terceros pagadores
- Para llevar a cabo las operaciones normales de la salud tales como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Al firmar este documento usted acepta que lo hayan recibido o renunciado a su derecho a recibir la Notificación de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción completa de los usos y divulgaciones de información de salud protegida. Usted entiende que esta organización tiene el derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Usted también entiende que puede pedir a esta organización una tímica corriente de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Tarrant Nephrology Associates previamente liberar confiar en este consentimiento.

Nombre De Paciente: _____

Tenemos Permiso Para:

1. Dejar un mensaje en el hogar con respecto a sus citas y/o tratamientos..... SI NO
2. Dejar un mensaje en su lugar del empleo con respecto a sus citas y/o tratamientos..... SI NO
3. Dejar un nombre y un número de devolución de llamada en su casa y lugar de trabajo..... SI NO
4. Enviar los resultados de la(s) prueba y la información de la cita a su dirección actualmente en archive
..... SI NO
5. Mandar por correo electrónico a la dirección de correo electrónico actualmente en el archivo sobre citas
Y tratamientos..... SI NO
6. Discutir su información personal, incluyendo la cita y el tratamiento con alguien con excepción de usted
..... SI NO

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Numero del Contacto</u>

Firma: _____

Fecha: _____



Tarrant Nephrology Associates

Kidney Specialists Serving North Texas for *Over 30 Years*

Aviso de Prácticas de Privacidad

(Medico)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA CUIDADOSAMENTE.

El Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que todos los expedientes médicos y otra información de salud identificados individualmente utilizada o revelada por esta oficina, en cualquier forma, ya sea por vía electrónica, en papel o por vía oral se mantienen adecuadamente confidencial. Esta ley le da, los derechos del paciente, importantes para entender y controlar como su información médica se utiliza. HIPAA establece sanciones para las entidades cubiertas que la información mal de salud personal.

Como es requerido por HIPAA, hemos preparado esta explicación de cada parámetro de la forma en que están obligados a mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos utilizar y divulgar su información médica.

Podemos utilizar y divulgar su historial médico para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y servicios relacionados por uno o más proveedores de salud están.
- El pago se entiende las actividades tales como la obtención de Rembolsó de los servicios, lo que confirma Actividades cobertura, facturación o cobro, y la utilización.
- Las operaciones de asistencia se incluyen los aspectos del negocio de funcionamiento de nuestra práctica, tales como la evaluación de la calidad y la conducción de las actividades de mejora, la función de auditoría, análisis de costos y gestión, y servicio al cliente.

Además podemos crear y distribuir re-identificados información de salud sobre el tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y los servicios que puedan ser de interés para usted.

Cualquier otro uso o divulgación se hará solamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito y, estamos obligados a honrar y cumplir con esa petición por escrito, excepto en la medida en que ya hemos tomado medidas al confiar en su autorización.

Usted tiene los derechos siguientes con respecto a su información de salud protegida, que se puede ejercer mediante la presentación de una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

- El derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluyendo los relacionados con la divulgación a miembros de la familia, otros parientes, amigos íntimos, o cualquier otra persona identificada por usted. Estamos, sin embargo, no requiere a aceptar una restricción solicitada. Si estamos de acuerdo a la restricción, hay que atenerse a ella a menos que usted está de acuerdo por escrito para eliminarlo.
- El derecho a la petición razonable para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida
- El derecho de enmendar su información de salud protegida
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información de salud protegida.
- El derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros bajo petición

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y que le proporcionará una notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida.

Esta notificación es efectiva a partir del 14 de abril de 2003, y estamos obligados a cumplir con sus términos. Nos reservamos el derecho a modificar los términos de sus prácticas de privacidad y para que las disposiciones nuevas políticas efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Vamos a publicar y usted puede solicitar una copia por escrito de un Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Usted puede recurrir si considera que sus protecciones a la privacidad han sido violadas. Usted tiene el derecho a presentar una queja por escrito a nuestra oficina, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de las disposiciones de la presente notificación, o las políticas y precederos de nuestra oficina. Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Póngase en contacto con nosotros para más información:
Tarrant Nephrology Associates

Para más información sobre HIPAA o para presentar una queja:
El Departamento U.S de Salud y Servicios Humanos