

HIGH COUNTRY COMMUNITY RURAL HEALTH CLINIC

320 E. TEXAS BLVD. DALHART TEXAS 79022
PH: (806) 249-8324 FAX: 806-249-8412

INFORMACION DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

Favor de Completar

Fecha: _____

Nombre legal del paciente _____ Sexo: M / F
Primero Segundo Apellido Sufijo

Nombre que prefiere _____ Nombre de soltera/Nombre al nacer _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Seguro Social _____

No. De Licencia _____ Estado _____ Circule: Casado Soltero Divorciado Viuda

Dirección de envío _____
Número y Calle Ciudad Estado Código

Dirección física _____
Número y Calle Ciudad Estado Código

Teléfono de casa (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____

Correo electrónico _____ Farmacia Preferida _____

Empleador _____ No. De teléfono _____

Informacion del padre/guardian/responsable del menor de edad

Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____

Direccion _____ Fecha de Nacimiento _____

de seguro social _____ Lugar de Trabajo Y Telefono _____

Información de contacto en caso de emergencia

Contacto #1 _____ Relación _____

Teléfono de casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código

Contacto #2 _____ Relación _____

Teléfono de casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código



1411 Denver Avenue
Dalhart, Texas 79022
www.dhchd.org

PRIMERA SEGURANZA

Nombre de aseguranza _____ Nombre del empleador _____
Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ Seg. Social _____
Relación al paciente _____ No. Teléfono _____
Dirección _____

SEGUNDA ASEGURANZA

Nombre de aseguranza _____ Nombre del empleador _____
Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ Seg. Social _____
Relación al paciente _____ No. Teléfono _____
Dirección _____

Nombre de personas autorizadas de traer al menor a sus citas aparte de los padres/guardianes:

Nombre y relación al paciente: _____

Por favor marque

Raza: _____ Indio o nativo de Alaska
_____ Asiático
_____ Afroamericano
_____ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
_____ Americano
_____ Hispano
_____ Otro: _____

Usa tabaco: Si _____ No _____

Yo doy consentimiento a esta oficina para ser diagnosticada y tratada por todo el personal médico calificado para mí o niño/a. Entiendo que se me ha dado la opción de ver a cualquiera de los otros médicos antes de hacer cita.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He pedido y recibido una copia de las prácticas de privacidad de la clínica _____ (iniciales del paciente/padre)

Firma del Paciente / Padre _____ Fecha _____

Relación al paciente _____

Gracias por elegir DFMC para sus necesidades de salud.

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DALHART

206 E 16th St. Dalhart, TX, 79022

PH: (806) 244-5668 F: (806) 244-5912

Historia clínica

(por favor marque los que correspondan)

Dolor de angina de pecho, tórax	☐	GERD (reflujo)	☐	Osteoartritis	☐
Enfermedad arterial coronaria	☐	Síndrome de intestino irritable (IBS)	☐	Artritis reumatoide	☐
Enfermedad valvular cardíaca	☐	Enfermedad de Crohn (IBD)	☐	Gota	☐
Arritmias (Fibrilación, WPW, etcetera)	☐	Colitis ulcerosa (EI)	☐	Osteoporosis	☐
Hipertensión	☐	Pancreatitis	☐	Fibromialgia	☐
Hiperlipidemia	☐	Enfermedad de úlcera péptica	☐	Dolor lumbar crónico	☐
Insuficiencia cardíaca congestiva	☐	Gastritis	☐	Dolor crónico en las articulaciones (por favor especifique):	☐
Aneurisma abdominal	☐	Hemorroides	☐		☐
Historia de MI	☐	Estreñimiento crónico	☐		☐
Enfermedad Vascular periférica	☐	Incontinencia fecal	☐		☐
Síncope	☐	Hepatitis	☐	Pérdida de la audición	☐
	☐	Hígado graso	☐	Glaucoma	☐
Mellitus de la diabetes	☐	Colonoscopia, anómala (por favor especifique):	☐	Cataratas	☐
Hipotiroidismo	☐		☐	Pérdida de la visión	☐
Hipertiroidismo	☐		☐		☐
	☐		☐	Acné	☐
Anemia	☐	Dolores de cabeza	☐	Eccema	☐
Desorden de la sangría	☐	Accidente cerebrovascular (ACV) o TIA	☐	Psoriasis	☐
Trastorno en la coagulación	☐	Convulsiones, epilepsia	☐		☐
Trombocitopenia	☐	Neuropatía periférica	☐		☐
Trombosis venosa profunda (TVP)	☐	Síndrome de piernas inquietas	☐	Varicela	☐
Embolia pulmonar (PE)	☐	Demencia	☐	VIH/SIDA	☐
	☐	Enfermedad de Parkinson	☐	MRSA	☐
COPD	☐	Esclerosis múltiple	☐	Tuberculosis anormales PPD (Sírvese especificar):	☐
Asma	☐		☐	Rubéola	☐
Apnea del sueño	☐	Depresión	☐	Poliomielitis	☐
	☐	Ansiedad	☐	Paperas	☐
Enfermedad renal crónica	☐	Trastorno bipolar	☐	Contra el sarampión	☐
Incontinencia urinaria	☐	Anorexia	☐	Fiebre reumática	☐
Piedras en el riñón	☐	Bulimia	☐		☐
Infección urinaria recurrente	☐	Esquizofrénico	☐		☐
Cistitis intersticial	☐	ADD/ADHD	☐		☐
Hematuria	☐	Trastorno del espectro autista	☐		☐
	☐	Retraso de aprendizaje	☐		☐
Otros (especifique):	☐		☐		☐

Por favor, asegúrese de continuar a la siguiente página...

Historia quirúrgica

	Fecha		Fecha		Fecha
Amigdalectomía		Colecistectomía		Mastectomía	
Cirugía dental		Apendicectomía		Tumorectomía	
Cateterismo cardíaco		Esplenectomía		Biopsia de mama	
Stent coronario		Colonoscopia			
CABG		Resección del intestino		Eliminación del cáncer de piel	
Marcapasos/desfibrilador		Reparación de la hernia			
Reemplazo de la válvula		Bypass gástrico		Sección cesariana	
Tiroidectomía		Cirugía de la vejiga		Ligadura de trompas bilateral	
Paratiroidectomía		Cirugía de riñón		Histerectomía	
Cirugía de columna (por favor especifique):		Conjunto de reemplazo (por favor especifique):		Extirpación de ovario	
				LEEP	
				D & C	
Otros (especifique):					

Historia de la familia

(por favor marque los que correspondan)

	Padre	Madre	Hermano	Niños	Materna Abuela	Abuelo materno	Abuela paterna	Paternal Abuelo
Mellitus de la diabetes								
Enfermedad de la tiroides								
Hipertensión								
Hiperlipidemia								
Enfermedad arterial coronaria								
Insuficiencia cardíaca congestiva								
Ataque al corazón (MI)								
Arritmia								
Golpe								
Demencia								
Asma/EPOC								
Desorden de la sangría								
Trastorno en la coagulación								
Desorden autoinmune								
Depresión								
Adicción a la								
Enfermedad del riñón								
Cáncer (Sírvase especificar):								
Otros (especifique):								

Por favor, asegúrese de continuar a la siguiente página...

Historia de la obstetricia y Ginecología (sólo hembras)

Períodos de edad iniciado: ____ edad períodos parados: ____

Última menstruación: ____ duración promedio del período: ____ longitud promedio entre períodos: ____

de embarazos: ____ # de abortos involuntarios: ____ # de nacidos vivos: ____

Método de control de la natalidad: ____

Último frotis de Papanicolaou (fecha / resultados): ____

Último mamograma (fecha / resultados): ____

Medicamentos actuales: (incluya cualquier medicamento de venta libre y suplementos herbales)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FUERZA	FRECUENCIA	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FUERZA	FRECUENCIA

FARMACIA PREFERIDA: ____

Alergias (medicamentos, alimentos, medioambientales, etc.)

Historia social

Uso de tabaco: Actual: { } Sí { } NO Si la respuesta es sí, ¿cuántos paquetes al día? ____ ¿Cuánto tiempo?

Pasado: Sí NO ¿Cuándo renunció? ____ Exposición de segunda mano: SI NO

Uso de alcohol: Sí NO Si la respuesta es sí, ¿cuánto / con frecuencia? ____

Uso de sustancias: ☐ Ninguna ☐ Marihuana ☐ Opiáceos ☐ Cocaína ☐ Heroína ☐ Anfetaminas ☐ Alucinógenos ☐ Otro (por favor especifique): ____

Idioma preferido:
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: ____

La información proporcionada en este historial médico es precisa a mi leal saber y entender

FIRMA: _____ FECHA: _____



1411 Denver Avenue
Dalhart, Texas 79022
www.dhchd.org

DALHART FAMILY MEDICINE CLINIC
206 E 16TH ST DALHART, TEXAS 79022
Phone: (806) 244-5668 Fax: (806) 244-5912

CONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo _____ (paciente/guardian responsable) e sido notificado por los empleados de la clinica que mi aseguranza _____ puede rechazar pago por ciertos tratamientos medicos. Si mi aseguranza rechaza pago yo entiendo que soy totalmente responsable por el pago de los servicios recibidos. Tambien comprendo que yo persanalmente puedo apelar y discutir el rechazo de mi covertura con mi aseguranza y que covertura de servicios puede cambiar en cualquier momento sin notificacion por causa mia.

Firma del Paciente/Guardian

Date

Firma de Rep de Clinica

Fecha

DRAFT CHOICE OF LAW AND FORUM CLAUSE

NONEMERGENCY

AGREEMENT AS TO GOVERNING LAW AND FORUM

The patient, including patient's representative and heirs or beneficiaries, and the health care provider, including employees and agents of the health care provider, rendering or providing medical care, health care, or safety or professional or administrative services directly related to health care to patient agree:

1. That all health care rendered shall be governed exclusively and only by Texas law, and in no event shall the law of any other state apply to any health care rendered to patient; and
2. In the event of a dispute, any lawsuit, action, or cause of which in any way relates to health care provided to the patient shall be brought only in a Texas court in the county/district where all or substantially all of the health care was provided or rendered, and in no event will any lawsuit, action, or cause of action ever be brought in any other state. The choice of law and forum selection provisions of this paragraph are mandatory and are not permissive.

Signature of Patient

Date

NO ES DE EMERGENCIA

ACUERDO CON RESPETO A LA LEY APLICABLE Y FORO:

El paciente, incluyendo el representante del paciente, y herederos o beneficiarios, y el proveedor de cuidado de la salud, incluyendo a los empleados y agentes del proveedor de atención médica, la prestación o la prestación de asistencia médica, cuidados de la salud, o servicios de seguridad o profesionales o administrativos directamente relacionados con la atención sanitaria a los pacientes de acuerdo de:

1. Que todo cuidado de la salud se regirán exclusivamente y sólo por la Ley de Texas y en ningún caso la ley de cualquier otro estado aplicará a cualquier cuidado de la salud prestada al paciente; y
2. En el caso de una disputa, cualquier demanda, acción o causa que de alguna manera se relaciona con el cuidado de la salud proporcionado al paciente sólo será llevada en un tribunal de Texas en el condado / distrito donde todo o sustancialmente todo cuidado de la salud fue prestada o proporcionada y en ningún caso cualquier demanda, acción o causa de acción nunca será llevada en cualquier otro estado. La elección de las disposiciones legales y selección de foro de este párrafo son obligatorios y no son permisivas.

Signature of Patient

Fecha

CONOCIMIENTO AL PACIENTE QUE A LEIDO/RECIVIDO COPIA DE LAS REGULACIONES DE PRIVACIDAD (HIPPA)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

- ☐ Autorizo la publicación de información, incluyendo el diagnóstico, registros: examen rendido a mi y reclama información.

Esta información puede ser divulgada para:

☐ Pareja _____

☐ Niño (s) _____

☐ Otra _____

- ☐ Información no debe ser lanzado a cualquier persona

Esta versión de información permanecerán en vigor hasta su rescisión por mí en la escritur

Mensajes:

Por favor llame:

☐ Mi casa

☐ Mi trabajo

☐ Mi numero de celular: _____

Si no puede contactarme:

☐ Usted puede dejar un mensaje detallado

☐ Por favor deje un mensaje que me pide para regresar la llamada

☐ No deje un mensaje

Firma: _____

Fecha: _____

Política de no presentación

La atención de calidad para nuestros pacientes es nuestra prioridad. Tómese unos minutos para revisar nuestra Política de "No Presentación" y firme en la parte inferior del formulario. Si tiene alguna pregunta, háganoslo saber.

DEFINICIÓN DE UNA CITA "NO PRESENTADA"

Dalhart Family Medicine Clinic/High Country Community Rural Health Clinic define una cita "no-show" como cualquier cita programada en la que los pacientes:

1. No llega a la cita
2. Cancela con menos de 24 horas de antelación
3. Llega con más de 15 minutos de retraso y, en consecuencia, no puede ser visto

Las citas "No-Show" tienen un impacto negativo significativo en nuestra práctica y en la atención médica que brindamos a nuestros pacientes. Cuando un paciente "no se presenta" a una cita programada,:

1. Potencialmente pone en peligro la salud del paciente que "no se presenta"
2. Es injusto para los otros pacientes que podrían haber tomado el espacio de la cita
3. Falta de respeto al tiempo del proveedor, a otros pacientes y al tiempo del personal

Para evitar una cita de "no presentación", llegue 15 minutos antes o avise a la clínica con al menos 24 horas de anticipación para cancelar la cita. La razón por la que le pedimos que llegue 15 minutos antes de la hora de su cita es para permitir que nuestro personal aborde cualquier pregunta sobre seguros o facturación, actualice su registro en nuestros registros médicos electrónicos y permita que la enfermera tenga tiempo para alojarlo y prepararlo para ser visto por el proveedor.

Nuestro centro de llamadas intentará contactarlo el día antes de su cita programada para confirmar su visita. Debetener un número de teléfono correcto para comunicarse con usted. Es su responsabilidad mantenernos actualizados con cualquier número de cambios. Si nuestro centro de llamadas no puede confirmar su cita, comuníquese con nuestra oficina al 806-244-5668 antes de las 9 a.m. el día hábil antes de la cita para realizar cambios.

CONSECUENCIAS DE LOS NOMBRAMIENTOS "NO PRESENTADOS"

Se cobrará una tarifa de \$25 por cualquier cita de "no presentación". Esta póliza se aplica a pacientes nuevos y establecidos y se cobrará directamente al paciente / garante, NO al seguro del paciente. **Todas las tarifas de No Presentación DEBEN pagarse antes de la próxima cita para ser visto.** Si falta a tres citas dentro de un año, es posible que se le pida que busque otro proveedor dentro de los 30 días.

He leído y entiendo la Política de "No Presentación" de la Clínica de Medicina Familiar de Dalhart / Clínica de Salud Rural comunitaria de High Country como se describe anteriormente.

Firma del paciente

Fecha