

Release of Information
Request



Patient's Name _____		Maiden/Formal Name: _____	
Patient's Address: _____			
City, State, Zip: _____			
Birth Date: _____		Social Security #: _____	
Home Phone: _____		Other Phone: _____	
I, Authorize: _____ _____ _____		To Release to: _____ _____ _____	
The following information may be released: ☐ Entire Medical Record ☐ Specific Record From _____ to _____ ☐ Immunizations ☐ Billing Record ☐ Only _____		Purpose of Disclosure: ☐ Medical Care ☐ Insurance ☐ Attorney ☐ Other _____	
	I consent to the release of the indicated sensitive, legally protected records (patient to initial). Mental Health Records..... _____ HIV or AIDS _____ Chemical Dependency..... _____ Genetic Testing..... _____		
I understand that I may revoke this consent at any time by notifying the providing organization in writing, except to the extent that action has already been taken in reliance on it and that in any event this consent expires automatically in 180 days from the date of authorization.			
I understand that the information disclosed under this authorization may be disclosed again by the person or organization to which it is sent. The privacy of this information may not be protected under the federal privacy regulations.			
Signature of Patient or Representative: _____		Date: _____	
Printed Name: _____		Relationship to Patient: _____	
<i>I understand that Chemical Dependency client's/patient's records are protected by the Federal Law (42FR Part2) and cannot be disclosed without this written consent unless otherwise protected.</i>			
09/2012			

Pavani Muddasani, MD
Texas Health Care, P.L.L.C.
508 South Adams St, Suite 202
Fort Worth, Texas 76104

Phone #: (817) 877-3446

Fax : (817) 377-6553

Gastroenterology
Scheduling & Cancellation Policies
Gastroenterologia
Horarios y Poliza De Cancelacion

- **Citas en el Consultorio:**

Nuestros horarios de oficina son de Lunes a Jueves de 8:30 - 4:30 y los Viernes de 8:30 - 2:00.

Póliza de Retraso: Le solicitamos que llame a nuestra oficina para informarnos si es posible que llegara tarde a su cita.

Póliza de Inasistencia: Los pacientes que agendan una cita y no se presentan a ella, serán clasificados como **“Pacientes Informales”**. Entendemos que pueden surgir circunstancias que pueden impedirle asistir, sin embargo le solicitamos que se comuniqué con nosotros dentro de las 24 horas antes de su cita. Esto nos permitirá programar a otros pacientes que puedan necesitar atención médica urgente.

En el caso de no llamarnos **dentro de las 24 horas antes de su cita** se le cobrará una tarifa de **\$20.00** por no acudir a su cita.

- **Citas para Procedimiento Médico:**

Le pedimos que verifique y considere cuidadosamente la fecha del procedimiento médico antes de solicitar su cita. Nuestra oficina trabaja arduamente para proporcionar instrucciones y autorización de su seguro de salud en caso de ser necesario, esto requiere una cantidad significativa de tiempo y gastos para coordinar con el hospital y el horario de la doctora. Si usted necesita cancelar o cambiar su cita, debe de hacerlo al menos 48 horas antes de la fecha programada.

En el caso de no llamarnos al menos **dentro de las 48 horas antes de su cita** se le cobrará una tarifa de **\$100.00** por no acudir a su procedimiento médico.

Debido a las inasistencias nos hemos visto obligados a establecer estas políticas. Todo esto es para mejorar el cuidado y atención de nuestros pacientes.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

FINANCIAL DISCLOSURE

DIVULGACION DE INFORMACION FINANCIERA

Querido(a) paciente,

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darte la bienvenida y para dejarte saber que nosotros estamos comprometidos a brindarte la mejor atención posible. Por favor, tóme unos minutos para leer esta información importante sobre nuestras pólizas financieras. Nosotros con mucho gusto discutiremos su propuesta de tratamiento y responderemos cualquier duda en relación a sus cargos financieros.

Por propósitos financieros, hay componentes de servicio por los que se le facturará por separado.

- Cargo Profesional Medico: Nosotros facturamos los cargos financieros de la Dra. Muddasani a su compañía de seguro (aseguranza medica) en tu nombre. Esta facturación será por los servicios profesionales médicos que se proporcionan durante su procedimiento. Si eres nuevo(a) paciente en nuestra oficina, habrá una tarifa de consulta separada.

*Dependiendo en sus beneficios de seguro, nosotros podemos requerir un depósito el cual tendrá que pagar una semana antes de su procedimiento. También tenga en cuenta que la mayoría de los seguros requieren que también cumpla con un deducible. Se le recomienda que se comunique con la compañía de seguro por adelantado para más información y para tener una idea de la cantidad que requiere que pague.

- Cargos de instalación hospitalaria: También habrá una factura por el uso de instalación hospitalaria en donde se está realizando su procedimiento. La instalación facturará cargos a su compañía de seguro por separado.
- Cargos de laboratorio y patología: Si te hacen una biopsia, tal vez recibas una factura del laboratorio que procesa su biopsia.
- Cargos de anestesia: Esta factura profesional se le será enviada por separado a usted por los servicios que se brindan durante sus procedimientos.

PAGOS HECHOS A LA INSTALACIÓN HOSPITALARIA EL DÍA DE SU SERVICIO SON ACREDITADOS PARA EL CARGO DE LA INSTALACIÓN HOSPITALARIA SOLAMENTE.

Si tiene seguro médico, presentaremos un reclamo en su nombre. Por favor entienda que su seguro médico está en contrato con usted y su compañía de seguros. Un pago completo para nosotros es su responsabilidad. Bajo ciertas circunstancias, algunas compañías de seguros pueden no siempre cubrir o niegan el pago de los servicios ya hechos. Nuestra oficina factura su seguro médico, después de que el seguro haya procesado el reclamo, le enviaremos una declaración, si hay alguna responsabilidad adicional del paciente. Por favor envíe el pago de manera oportuna o llame a la oficina para hacer los arreglos de pago.

Si no tiene seguro médico, el pago de los servicios tienen que ser pagados en el momento que se prestan los servicios, a menos que se hayan aprobado arreglos de pago por adelantado.

Reconocemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen tales problemas, le alentamos a que se comunique con nosotros de inmediato para obtener asistencia en la administración de su cuenta. Estamos dispuestos a trabajar con usted, pero necesitamos que se comunique con nosotros.

Por favor ten en cuenta que esto se aplica sólo a los cargos de nuestro consultorio/ médico.

Firma: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

Pavani Muddasani, MD
Texas Health Care, P.L.L.C.
508 South Adams Street, Suite 202
Fort Worth, Texas 76104

Phone #: (817) 877-3446

Fax #: (817) 377-6553

Consentimiento para Tratamiento (Consent to treat)

Al firmar este consentimiento, autorizo a mi médico y/u otra persona a realizar todos los exámenes, pruebas, procedimientos, inyecciones, flebotomías y cualquier otro cuidado que se considere necesario o aconsejable para el diagnóstico y tratamiento de mi condición médica. Este consentimiento es válido para cada visita que haga la Dra. Muddasani, con Privia Medical Group North Texas, a menos que yo lo revoque por escrito.

Nombre en Molde: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha : _____

HIPAA Autorización para la divulgación de información de salud del paciente

En general, HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud) da a los pacientes el derecho a solicitar los usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI). El paciente también se proporciona el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, o que una comunicación de PHI pueda hacerse por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina del individuo en lugar de la casa. Esta información se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por escrito, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

- ☐ Casa o teléfono celular: _____
☐ ¿Se puede dejar un mensaje con información detallada?
☐ Salir nombre y doctor con el número de devolución de llamada única
- ☐ Teléfono del trabajo: _____
☐ ¿Se puede dejar un mensaje con información detallada?
☐ Salir nombre y doctor con el número de devolución de llamada única
- ☐ Cuando es incapaz de ponerse en contacto conmigo por teléfono, una comunicación escrita puede ser enviada a mi domicilio.
- ☐ Otro: _____

Consiento y autorizo la divulgación de resultados de la prueba normal a lo siguiente:

- ☐ Solamente mi mismo
- ☐ Teléfono contestador automático / correo de voz
- ☐ Mi esposa: _____
- ☐ Mis hijos: _____
- ☐ Mis padres: _____
- ☐ Otro: _____

Consiento y autorizo la divulgación de resultados de las pruebas anormales a lo siguiente:

- ☐ Solamente mi mismo
- ☐ Teléfono contestador automático / correo de voz
- ☐ Mi esposa: _____
- ☐ Mis hijos: _____
- ☐ Mis padres: _____
- ☐ Otro: _____

Consiento y autorizo su oficina o una instalación en mi nombre, para llevar a cabo los servicios de verificación de beneficios.

- ☐ Si
☐ No

Por la presente doy mi permiso médico para discutir los detalles de diagnóstico y tratamiento con mi otro médico (s) y farmacéutico (s) con respecto a mi uso de medicamentos recetados por mi otro médico (s).

- ☐ Si
☐ No

Tiene la directiva avanzada (living will)?

- ☐ Si
☐ No

Consiento y autorizo su oficina o instalación para realizar llamadas y / o enviar mensajes de texto que contienen información importante acerca de mi cuenta, incluyendo la comercialización de la información y notificaciones vencidas a través de un sistema de marcado telefónico automatizado.

- ☐ Si
☐ No

Firma del paciente (debe ser un adulto de 18 años o mayor)

Fecha

Nombre en molde

Fecha de nacimiento

Pavani Muddasani, MD

Texas Health Care, P.L.L.C.

508 S. Adams St, Suite 202

Fort Worth, Texas 76104

Phone #: (817) 877-3446

Fax #: (817) 377-6553

POR FAVOR DE LLENAR ESTAS FORMAS COMPLETAMENTE

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero De Celular: _____ Numero Alternativo _____

Correo Electronico : _____ o Ninguno _____

Razon de su visita?: _____

Doctor De Cabecera : _____ Numero _____

Gastroenterologo Previo: _____ Numero _____

Medicinas: (Incluyendo prescripcion, de mostrador, hierbas y vitaminas)

	Nombre de Medicamento	Dosis	Horario o Frecuencia
1.	_____		
2.	_____		
3.	_____		
4.	_____		
5.	_____		
6.	_____		
7.	_____		
8.	_____		
9.	_____		
10.	_____		

Por favor de nombar todos los medicamentos al cual usted es alergico (a), incluya la reaccion que tiene (por ejemplo, nausea vomito, erupcion, dolor de cabeza, etc.)

O No Alergico (a) a Medicamentos Conocidos _____

Cual es su farmacia preferida? _____ Numero de Farmacia _____

Direccion de Farmacia: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Page: 1

Alguna vez ha sido diagnosticado (a) con alguno de los siguientes?

SI	NO		SI	NO	
		Alta Presion			Pancreatitis
		Ataque al Corazon			Amarillamiento de la piel
		Derrame Cerebral			Enfermedad Hepatica Cual Tipo? Hepatitis ____
		Fiebre Reumatica			Enfermedad Renal (Riñones)
		Asma			Gota (Inflamacion de Articulaciones)
		EPOC : Enfisema			Degeneracion de Articulaciones
		Tuberculosis o Exposicion			Artritis Que Tipo?:
		Ulcera Peptica			Epilepsia / Convulsiones
		GERD (Reflujo Gastroesofagico)			Tiroides
		Hernia Hiatal			Anemia
		Enfermedad de Crohn			Cancer En que parte?
		Colitis Ulcerosa			Depresion
		Sindrome Intestino Irritable			Escarlatina o Scarlet Fever
		Colesterol Alto			Diabetes
		Insuficiencia Cardiaca Congestiva			Otro:
		Latidos Irregulares de Corazon			Mammograma? Fecha: _____
_____	_____	Polipos en el Colon _____ VIH/ SIDA			Vacuna de Neumonia? Año: _____

Ha tenido alguna de las siguientes cirugias?

SI	NO	FECHA		SI	NO	FECHA	
			Apendicectomia				Vasectomia
			Amigdalectomia				Histrectomia
			Adenoidectomia				Ovarios Removidos
			Vesicula Removida				Cesarea
			Operacion del Corazon				Colonoscopia
			Reparacion de Hernia				Endoscopia
			Ligadura de Trompas				Otro:

Quien hizo su Endoscopia / Colonoscopia? _____

En que lugar ocurrio? _____

Otra ocasion que fue hospitalizado (a) _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Historial Familiar: Desconocido O (Adoptado (a))

Padres:	Edad	Vivo	Fallecido	Problemas de Salud
Madre				
Padre				
Hermanos:				
Hermanas:				
Hijos (a):				

En su familia inmediata, hay historial de:

Polipos en el Colon? SI / NO Relacion: _____

Cancer del Colon? SI / NO Relacion: _____

Enfermedad Hepatica? SI / NO Relacion: _____

Historia Social:

Usted bebe alcohol? SI / NO Cerveza____ Vino____ Licor____

Si su respuesta fue si, cuantas se toma en un día _____, semana _____ o mes _____?

Si su respuesta fue no, tomaba alcohol antes? SI / NO

Si fue asi, cuando dejo de tomar? _____

Usted toma cafeina? SI / NO Si su respuesta fue si, que toma? **Cafe, Te, Soda, Chocolate** Y cuanto? _____

Alguna vez ha usado o fumado el tabaco? SI / NO

Si su respuesta fue si, que tipo Cigarrillo / Cigaros / Al Vapor? Cuanto? _____

Si fumaba antes, a que edad empezó? _____ detuvo? _____

Alguna vez ha intentado dejar de fumar? SI / NO Cuando? _____ Por cuanto tiempo? _____ Dias / Semanas /Meses

Por que volvió a fumar de nuevo? _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Preguntas sobre el Riesgo de Hepatitis:

Si usted ha experimentado algunos de los siguientes eventos o condiciones por favor marque “si” en la caja.

- Consumo I.V. de Drogas (inyeccion con agujas, aunque fuera solamente una vez)
- Consumo Nasal de Drogas, como la cocaína
- Perforacion en el cuerpo (aretes)
- Tatuaje
- Recibio sangre o plasma mediante una transfusion antes de 1992
- Trabaja en cuarto de emergencias, cuarto de operacion, oficina de doctor o banco de sangre
- Enfermedad de transmision sexual

☐ Si ☐ No ☐ No Estoy Seguro (a)

Usted a tenido algunos de los siguientes sintomas RECIENTEMENTE?

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
		Escalofrios			Diarrea			Dolor de Cabeza
		Fiebre			Dificultad en ingerir			Entumecimiento
		Fatiga			Ardor De Estomago			Temblor
		Bajo de peso			Vomitado Sangre			Ansiedad
		Vision Doble			Sangre en excremento			Depresion
		Infeccion del Oido			Perdida de Apetito			Estres Incrementado
		Dolor en el Ojo			Excremento Negro			Colmenas
		Congestion Nasal			Nauseas			Llagas en la Piel
		Sinusitis			Reflujo de Acido			Erupcion en la Piel
		Dolor de Garganta			Vomito			Dolor de Espalda
		Falta de Aliento			Dolor al orinar			Dolor de Musculos
		Tos Frecuente			Sangre en la Orina			Dolor en las Atriculaciones
		Dolor al Respirar			Orina Frecuentemente			Sangra Facilmente
		Dificultad al Respirar			Incontinencia Orinaria			Aparicion Facil de Moretones
		Dolor de Pecho			Retencion Orinaria			Enfermedad de Linfaticos
		Hinchazon en Piernas			Intolerancia al Frio			Asma
		Palpitaciones			Sed Excesiva			Alergias a Comida
		Dolor Abdominal			Intolerancia al Calor			Inmunosupresion
		Estreñimiento			Mareos			Alergias Estacionales

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

TEXAS HEALTH CARE, P.L.L.C.

P.O. Box 961205
Fort Worth, Texas 76161-1205

DOCTOR: _____

EL NOMBRE DEL DOCTOR QUE USTED VERA HOY

OFICINA: _____ FECHA: _____

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

Si el pago de la cuenta no es la responsabilidad del paciente (por ejemplo, el paciente es menor de edad), favor de completar la sección titulada. **INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE POR EL PAGO DE LA CUENTA**, al igual que esta sección, **INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE**.

Núm. Seguro Social: _____ Estado: _____ Núm. Licencia de Guiar: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial Sexo Fecha De Nacimiento Edad Estado CivilDirección: _____
Calle o Apartado Postal # de Apartamento Ciudad Estado Código postal Teléfono

Alt / teléfono celular: (_____) _____ Teléfono de día: (_____) _____ Email: _____

Raza _____ Lenguaje _____ Identidad étnica ☐ Hispánico / latín ☐ Non hispanico / latín

Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado(a) Desempleado(a) Estudiante Lugar de Empleo: _____

Estado de Empleo (Favor de hacer un círculo alrededor de uno).

Dirección de Empleo: _____
Calle o Apartado Postal Ciudad Estado Código postalProfesión: _____
(_____) Teléfono (Trabajo) (_____) ExtensiónContacto de Emergencia: (Favor de indicar un pariente o amistad, que no vive en su hogar, con quien podemos ponemos en contacto en caso de emergencia)
(_____) Teléfono Alterno (Celular, Móvil, etc.) _____

Nombre _____ Teléfono _____ Parentesco _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE FOR EL PAGO DE LA CUENTA

Si el pago de la cuenta no es la responsabilidad del paciente (por ejemplo, el paciente es menor de edad), esta sección debe ser completada.

Parentesco entre el paciente y la persona responsable por el pago de la cuenta: Hijo(a) _____ Otro _____
Mes Día Año (Especifique)Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial Sexo Fecha De Nacimiento Edad Estado CivilDirección: _____
Calle o Apartado Postal # de Apartamento Ciudad Estado Código postal Teléfono

Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado(a) Desempleado(a) Estudiante Lugar de Empleo: _____

Estado de Empleo (Favor de hacer un círculo alrededor de uno).

Dirección de Empleo: _____
Calle o Apartado Postal Ciudad Estado Código PostalProfesión: _____
(_____) Teléfono (Trabajo) (_____) Extensión**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PACIENTE**

Nombre de su esposo(a): _____ Lugar de empleo de su esposo(a): _____

Teléfono del empleo de su esposo(a): (_____) _____ (_____) Extensión Profesión: _____

SEGURO MEDICO PRIMARIO

Favor de proveer la tarjeta de su seguro médico a la recepcionista.

Compañía de Seguro: _____ Dirección: _____
Calle o Apartado Postal TeléfonoCo- Pago (Cantidad por la cual el paciente es responsable, si aplica): \$ _____
Ciudad Estado Código PostalDoctor Primario: _____
Mes Día AñoPoseedor de póliza: _____
Apellido Nombre Inicial Sexo Fecha De Nacimiento Edad Núm. Seguro SocialParentesco entre el paciente y el asegurado: Paciente _____ Esposo(a) _____ Hijo(a) _____ Otro _____
(Especifica)Lugar de Empleo: _____
Núm. de Identificación del Asegurado(a) Nombre y/o Número de Grupo del SeguroDirección de Empleo: _____
Ciudad Estado Código Postal

SEGURO MEDICO SECUNDARIO

Favor de proveer la tarjeta de su seguro médico a la recepcionista.

Compañía de Seguro: _____ Dirección: _____ () _____
Calle o Apartado Postal Teléfono

Co- Pago (Cantidad por la cual el paciente es responsable, si aplica): \$ _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Doctor Primario: _____ Mes _____ Día _____ Año _____

Poseedor de póliza: _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Sexo _____ Fecha De Nacimiento _____ Edad _____ Núm. Seguro Social _____

Parentesco entre el paciente y el asegurado: Paciente _____ Esposo(a) _____ Hijo(a) _____ Otro _____
(Especifica)

Lugar de Empleo: _____
Núm. de Identificación del Asegurado(a) _____ Nombre y/o Número de Grupo del Seguro _____

Dirección de Empleo: _____
Calle o Apartado Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

Nombre del seguro de Compensación al Trabajador: _____ Ajustador de reclamos _____

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

Número de reclamo _____ Fecha en que ocurrió el incidente/la herida _____

Nombre del lugar de trabajo _____

INFORMACIÓN SOBRE SU ACCIDENTE

¿ Fue esto el resultado de un accidente? ☐ Sí ☐ No Dónde ocurrió? ☐ En el trabajo ☐ Accidente automovilístico ☐ Otro

Fecha del accidente _____ ¿ Usted ha reportado esta herida a su patrón? ☐ Sí ☐ No ¿ Cuándo _____

Brevemente, describe el accidente: _____

¿ Tiene usted a un abogado que le(a) esté representando? ☐ Sí ☐ No Nombre del abogado? _____

INFORMACIÓN SOBRE SU REFERIDO

¿ Quién lo(a) refirió a nuestra oficina? _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Médico de familia _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / REVELACION Y USO DE INFORMACION / AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD / AUTORIZACION DE REPRESENTACION

POR FAVOR LEA

Texas Health Care, P.L.L.C. (THC) y sus doctores estan comprometidos a asengurar la privacidad de su información medica. Por lo tanto, hemos puesto nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" en el área de recepción. No es necesario que usted lea este aviso. Sin embargo, queremos que usted confirme que le hemos notificado que THC tiene este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Por este medio, yo asigno y transfiero a THC, todos mis derechos, título e interés de mis beneficios de reembolso médico bajo mi póliza de seguro. Yo autoizo la revelación y el uso de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios, incluyendo información médica, quirúrgica, siquiátrica, y/o abuso de sustancias (drogas y/o alcohol). Esta autorización permanecerá válida hasta que yo denotifique por escrito revocando dicha autorización.

Yo entiendo que esta orden no me libera de mi obligación de pagar dichos cargos si éstos no son pagados por mi compania de seguro, o cualquier balance pendiente luego del pago de mi compañía de seguro.

Yo autorizo a THC para servir como mi representante para solicitar una apelacion a mi compañía de seguros en caso de su denegación de servicios o denegación de pago.

Todos los cargos deberan ser pagados cuando el paciente reciba los servicios medicos. Si el doctor le indica que cirugia es necesaria, el paciente es responsable de proveer el formulario para reclamos a la oficina antes de la cirugia.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA