



Datos Demográficos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____ Género: Femenino Masculino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Correo Electronico: _____

Teléfono primario: _____ Teléfono secundario: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono #: _____

Médico Primario: _____ Teléfono #: _____

Referencia Médica: _____ Teléfono #: _____

Seguro médico: _____ # De identificación de seguro: _____

Hospital /Nombre de Centro de Urgencia medica preferido:

_____ Datos demográficos del paciente

_____ Historia clínica

_____ Póliza Financiera

_____ Aviso De privacidad HIPAA

_____ Autorización de consentimiento

_____ Permiso de acceso al portal del paciente

Dr. James Maher, M.D. 19255 Park Row STE 104, Houston TX 77084

PÓLIZA FINANCIERA

- **Condiciones de cancelación nombramiento:** Habrá un cargo de \$35.00 para citas perdidas o canceladas sin aviso de 24 horas de anticipación.
- **Cancelación de procedimiento:** Habrá un cargo de \$100.00 por cita de procedimiento perdida o canceladas sin 48 hora de aviso.
- **Llegadas tardías:** Es nuestra política de oficina que los pacientes que llegan más de **15 minutos** tarde a sus citas serán reprogramadas para la próxima vez disponible el mismo día o para otro día.
- **Todas las visitas al consultorio se pagan en el momento de los servicios.** Dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito son aceptados como pagos, deducibles, coseguro, y el procedimiento de pre-pago. Se le dará una copia de los recibos de servicios prestados a usted o pública en el portal. **Habrá una cuota de \$35.00 para todos los cheques devueltos (NSF).**
- **Asignación y absolución:** Asigno mi seguro directamente al Dr. Maher todos los beneficios médicos a pagar por los servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos pagados o no pagados por mi seguro. Autorizo mi firma en todas las presentaciones de seguros y entrega de cualquier información para garantizar el pago de las prestaciones.
- **Las declaraciones y colecciones:** Declaraciones se envían mensualmente y se publican en el portal de paciente. Si existe un balance no pagado antes de su próxima visita de consulta, esa cantidad se recogerá en el momento de servicio. Si no hay pago recogido dentro de los 90 días, la cuenta será enviada a una agencia de colección.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestra política financiera o gastos, o dificultad para hacer su pago, por favor hablar con el gerente de la oficina.

Al firmar usted reconoce que ha revisado, leer y entender las declaraciones anteriores.

Firma del paciente

Fecha



19255 Park Row STE 104, Houston, TX 77084 Phone #: 281-945-5190 Fax #: 855-324-3438

Autorización de consentimiento

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Cual es el mejor número a donde contactarle? _____
2. Le gustaría inscribirse para el acceso al portal? SÍ NO En caso afirmativo, escriba el correo electronico: _____

Portal de pacientes: el portal de pacientes en nuestra página web permite a nuestros pacientes a comunicarse con el Doctor Maher, con su ayudante médico, y con miembros personal de oficina, por un medio seguro a través de internet. Los pacientes se pueden inscribir con su correo electrónico, se le dará un nombre de usuario y una clave temporal para permitir acceso a resultados de laboratorios, pruebas, facturas, citas, recambios y mucho más. Todo desde la comodidad de su hogar a su conveniencia.

3. Nos da su consentimiento para discutir sus resultados por teléfono? SI NO
4. Crear su propio número PIN para obtener resultados: _____ (un mínimo de 5 dígitos, 10 dígitos máx)
5. A quien permite acceso a sus registros médicos?

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

**Crear clave para personal autorizado: _____

Para que nuestra oficina pueda discutir los resultados a través del teléfono, usted o la persona autorizada debe proporcionar este número de PIN.

Dr. James A. Maher, M.D., Gastroenterología

Historial Médico

Fecha: ___/___/___ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Nombre de Farmacia
preferida: _____

Número de la farmacia: _____ Dirección de farmacia: _____

Motivo de su visita: (por favor circule uno)

Consulta para una colonoscopia Consulta para Síntomas Referido por el siguiente doctor:

Otro: _____

Síntomas actuales que está experimentando: (circule las que apliquen)

Acidez	Flatulencia	Dificultad para tragar	Pérdida de apetito	Dolor al tragar
Fiebre	Náuseas	Vómito	Diarrea	Estreñimiento
Fatiga	Ictericia	Excremento sangriento	Eructos	Pérdida de peso
Hinchazón de las hemorroides	Sangramiento Rectal	Anemia	Excremento Negro en color	
Hepatitis/Tipo ___	Dolor Abdominal	Cambio en los hábitos de defecación		

Otro: _____ Por Favor marque si **¿Bebe alcohol** **¿fuma tabaco**

Ha tenido una colonoscopia: _____ Cuando? _____ Ha tenido una endoscopia: _____ Cuando? _____

Pólipos removidos? _____ Última vez que fue al hospital? _____

¿Es usted alérgico a la : Penicilina Sulfa Codeína Yodo Látex Otro: _____

Historial médico familiar: Por favor escriba historial familiar significativo (presión alta, cáncer, diabetes, etc.).

Historial médico: Por favor escriba enfermedades, cirugías, condiciones médicas, etc...

Medicamentos: Escriba todas las medicaciones actuales que ha tomado o está tomando.

Nombre de medicina:	Dosis:	Nombre de medicina:	Dosis:
1. _____	_____	6. _____	_____
2. _____	_____	7. _____	_____
3. _____	_____	8. _____	_____
4. _____	_____	9. _____	_____
5. _____	_____	10. _____	_____

James A. Maher, M.D.
GASTROENTEROLOGÍA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE ESTE DOCUMENTO.

Estamos ética y legalmente obligados a mantener la privacidad de la información de salud protegida que debemos proporcionar a las personas con un aviso de nuestras obligaciones legales y políticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Debemos cumplir con los términos de nuestro Aviso de Privacidad Práctica vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad que se describen en la notificación. Vamos a publicar ningún aviso revisado en el área de espera y usted podrá obtener un aviso revisado mediante el envío de una solicitud por escrito a nuestro Director de Privacidad, en:

James A. Maher, M.D. Gastroenterología
19255 Park Row ste, 104
Houston, TX 77084

Con su consentimiento, podemos utilizar y divulgar información médica protegida acerca de usted para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tratamiento: la prestación de la asistencia sanitaria y los servicios relacionados por uno o más profesionales de la salud. Por ejemplo, podemos revelar información médica protegida a las enfermeras que prestan asistencia sanitaria bajo nuestra dirección. Pago significa las actividades que tomamos para obtener el reembolso de la prestación de la asistencia sanitaria. Por ejemplo, su compañía de seguros de salud puede requerir nosotros para proporcionar información sobre los servicios que ofrecidos a usted antes de que el asegurador paga por los servicios. Operaciones de atención médica incluyen muchas funciones de supervisión como la evaluación de la calidad, acreditación, y la gestión empresarial. Por ejemplo, podemos revelar información médica protegida a la concesión de licencias oficiales para la obtención o renovación de nuestras licencias profesionales.

Estamos obligados por la ley federal y estatal a revelar información protegida sin su consentimiento por escrito o autorización para ciertos propósitos de prioridad nacional. La siguiente es una breve descripción de estos propósitos nacionales prioritarios:

- Requerido por la ley, es decir, la autoridad de salud pública
- La persona expuesta a una enfermedad contagiosa, es decir, la hepatitis B
- Relación empleador a una enfermedad relacionada con el lugar de trabajo (con aviso al paciente)
- Efectos de aplicación de la Ley
- Las agencias de supervisión de salud, es decir, F.D.A.
- Mandato judicial
- Citación, solicitud de descubrimiento, los propósitos de la ley u otro proceso legal (con previo aviso ni orden de protección)
- Los registros solicitados por médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias
- Donación de órganos con fines
- Fines de investigación, es decir, cuerpos donados a la ciencia
- Militares y veteranos de seguridad la actividad
- Actividades de seguridad nacional y de inteligencia
- Determinaciones de idoneidad médica del Departamento de Estado
- Instituciones Correccionales

La elegibilidad para los beneficios de salud pública, es decir, la remuneración del trabajador, de la Discapacidad

Podemos usar o revelar información médica confidencial sin su consentimiento por escrito o autorización para ciertos propósitos, a menos que usted se oponga. La siguiente es una breve descripción de estos fines para los cuales usted tiene la oportunidad de objetar:

- Directorio de individuos en las instalaciones, limitada: nombre, ubicación en las instalaciones, condición en términos generales, la afiliación religiosa (revelar solamente al clero)
- Miembros de la familia y de las personas responsables de cuidados
- notas de progreso enviados a los médicos de atención / médicos referentes primarios
- Efectos de alivio de desastres

Salvo que se indique lo contrario aquí, vamos a usar y divulgar su información médica protegida sólo con su autorización por escrito y usted podrá revocar dicha autorización en cualquier momento.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida:

- El derecho a solicitar restricciones en ciertos usos y divulgación de información de salud protegida, pero no estamos obligados a aceptar sus restricciones solicitadas.
- El derecho a recibir la comunicación confidencial de la información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho a inspeccionar y copiar información de salud protegida, con un coste adicional para los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud
- El derecho de enmendar la información médica protegida

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre: _____

Fecha: _____

Encuesta de satisfacción de los pacientes

Estimado paciente,

Con el fin de proporcionar el mejor servicio posible, por favor evalúe su experiencia con nuestra oficina.

Por favor calificar seleccionando y dando vueltas a un número de 1-3 para cada una de la siguientes preguntas.

- | | 1= pobre | 2= media | 3= superior |
|--|-----------------|-----------------|--------------------|
| 1. Estuvo fácil para programar una cita inicial? | 1 | 2 | 3 |
| 2. La recepcionista era: | | | |
| a. Atento | 1 | 2 | 3 |
| b. Informativo | 1 | 2 | 3 |
| c. Cuidar / cortes | 1 | 2 | 3 |
| d. Professional | 1 | 2 | 3 |
| 3. El asistente médico era: | | | |
| a. Receptivo/atento | 1 | 2 | 3 |
| b. Professional | 1 | 2 | 3 |
| c. Cuidar / cortes | 1 | 2 | 3 |
| d. Informativo | 1 | 2 | 3 |
| 4. El Médico era: | | | |
| a. Sensible | 1 | 2 | 3 |
| b. Professional | 1 | 2 | 3 |
| c. Informativo | 1 | 2 | 3 |
| d. Cortes | 1 | 2 | 3 |
| 5. Calificación global de nuestra oficina? | 1 | 2 | 3 |
| 6. Que probabilidades hay de que recomiende Dr. James Maher a amistades y familia? | 1 | 2 | 3 |

Si le gustaría compartir sus sugerencias, comentarios o inquietudes sobre o en la práctica o en un servicio, puedes hacerlo en el siguiente espacio. Su anonimato no se verá comprometida. Gracias por tomarse el tiempo para ayudarnos a mejorar.

El permiso para publicar en los sitios web de las instalaciones, portales, y anuncios? **SÍ **NO**

Si marcó si, le gustaría permanecer en el anonimato? **SÍ** **No**