

# Otto Huertas MD PA

## FORMA DE REGISTRO

(Favor de llenar con letra de molde)

Fecha:					PCP:					
INFORMACION DEL PACIENTE										
Apellido:			Nombre:		Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Señora	<input type="checkbox"/> Señorita	Estado civil (encierre uno)		
								Soltera / Casada / Div / Sep / Viuda		
Es este su nombre legal?		Si no, cual es su nombre legal?			(Nombre anterior):		Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No						/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección (Número y nombre de la calle):					No. de Seguro Social (Opcional):			No. de teléfono:		
								( )		
Ciudad:			Estado:			Código postal:		No. de celular:		
								( )		
Ocupación:			Empleador:				No. de teléfono del trabajo:			
							( )			
Correo electrónico (E-mail):										
Referido a nuestra oficina por (por favor marque todos los que aplican):					<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Seguro medico		<input type="checkbox"/> Hospital	
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Esta cerca de ni casa/trabajo			<input type="checkbox"/> Paginas amarillas	<input type="checkbox"/> Otro				
Otro miembro de la familia paciente aquí?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nombre y relación:			
PERSONA RESPONSABLE DE LAS FACTURAS E INFORMACION DE SU SEGURO MEDICO (ASEGURANZA)										
<i>Favor de darle su tarjeta de seguro (aseguranza) y su ID/DL a la recepcionista.</i>										
Persona responsable del pago:					Fecha de nacimiento:		No. de teléfono:		No del teléfono del trabajo:	
					/ /		( )		( )	
Direccion (si es diferente):										
<b>Nombre de su seguro medico (aseguranza):</b>					Número de identificación (ID):					
Nombre del suscriptor:			No. de S.S. (opcional):		Fecha de nacimiento	No. del grupo:		Co-pago:	Co-Ins.:	
					/ /					
Relación del paciente con el suscriptor:					<input type="checkbox"/> Uno mismo	<input type="checkbox"/> Esposo	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Otro		
<b>Nombre del seguro secundaria (aseguranza) (si aplica):</b>					Nombre del suscriptor:			No. De póliza:		No. de grupo:
Relación del paciente con el suscriptor:					<input type="checkbox"/> Uno mismo	<input type="checkbox"/> Esposo	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Otro		
EN CASO DE EMERGENCIA										
Nombre (amiga (o) o pariente):					Relación con el paciente:		No. de teléfono:		No del teléfono del trabajo:	
							( )		( )	
<p>La información anterior es verdad al mejor de mi conocimiento.</p> <p>Autorizo a mi seguro médico a que pague directamente al doctor. <b>Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance.</b></p> <p>Autorizo a Otoniel Huertas, M.D. o compañía de seguros enviar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.</p> <p><b>Es mi responsabilidad determinar si el Dr. Huertas está en red con mi seguro.</b></p> <p><b>Es mi responsabilidad averiguar si es necesario obtener una referencia de mi doctor primario.</b></p> <p><b>Es mi responsabilidad de informar a la oficina si hay algún cambio en mi dirección, números de teléfono, o cambio de seguro medico (aseguranza)</b></p>										
Firma del paciente					Fecha					

# Otto Huertas, MD PA

7557 Rambler Road Suite 100, Dallas Texas 75231

Phone: 972.279.9000 Fax: 972.279.9008

www.HuertasMD.com

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda para que nos permita darle un mejor cuidado.

Edad: \_\_\_\_ Número total de embarazos: \_\_\_\_ Completos: \_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_ Perdidas: \_\_\_\_

Ectópicos: \_\_\_\_ Partos Múltiples: \_\_\_\_ Hijos Vivos: \_\_\_\_

## HISTORIA MENSTRUAL:

Primer día de su último periodo: \_\_\_\_\_

Usualmente cuantos días son del comienzo de un periodo al comienzo de otro?: \_\_\_\_\_ días

Usualmente cuantos días le dura su periodo?: \_\_\_\_\_ días

Tiene cólicos con sus periodos?:  no  sí,  pocos  moderados  severos

Considera que la cantidad de sangrado es excesivo con frecuencia?:  no  sí

Tiene sangrado o gotas de sangre entre sus periodos?:  no  sí

Tiene sangrado después de tener relaciones sexuales?:  no  sí

Cuando fue su último Papanicolaou?: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido un Papanicolaou anormal?: no  sí

Cuando?: \_\_\_\_\_ Que tratamiento recibió?: \_\_\_\_\_

Actualmente, que método anticonceptivo usa?:  ninguno  abstinencia  condones  pastillas  IUD

ligación de los tubos  vasectomía  ritmo  otro: \_\_\_\_\_

Tiene dolor pélvico que le limita sus actividades?:  no  sí

Si la respuesta es sí, está relacionada a su periodo?:  no  sí

Tiene dolor cuando tiene relaciones sexuales?  no  sí

Mencione las cirugías/operaciones que haya tenido y cuando fueron: \_\_\_\_\_

Mencione cualquier problema médico que este actualmente siendo tratada o evaluada: \_\_\_\_\_

Mencione los medicamentos (nombre y dosis) que esté tomando (incluyendo pastillas anticonceptivas, hormonas, o cualquier otro medicamento no recetado): \_\_\_\_\_

Tiene alergias a algún medicamento?:  no  sí, cual(es)?: \_\_\_\_\_

Tiene alergias al latex?  no  sí

Se practica la exanimación del seno?:  no  sí

Tiene algún problema con sus senos?:  no  sí,  dolor  desecho/descarga

otro \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna biopsia en los senos?:  no  sí, cuando?: \_\_\_\_\_

Si es mayor de 35 años, cuando fue su último mamograma?: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido un mamograma anormal?  no  sí, cuando?: \_\_\_\_\_

Tiene historia familiar de cáncer del seno o/y cáncer de ovario?:  no  sí

Fuma?:  no  sí, cuantos?: \_\_\_\_ cigarros al día \_\_\_\_ cajetillas al día \_\_\_\_ cigarros a la semana

Cuando fue la última vez que se evaluó su nivel de colesterol?: \_\_\_\_\_

Le han dicho que su nivel de colesterol esta alto (más de 200)?:  no  sí

Tiene historia de algún problema médico mencionado a-continuación? Marque el que aplique a usted:

cáncer  enfermedades transmitidas sexual mente, cuál?: \_\_\_\_\_

diabetes  problemas del Corazón  problemas en el hígado

epilepsia  alta presión  dolores de cabeza

infertilidad  problema en los riñones  infecciones pélvicas

paro cardiaco  varices  problemas del tiroides

Nombre, localidad y número de teléfono de su farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_

# Otto Huertas MD PA

7557 Rambler Road Suite 100, Dallas Texas 75231

Phone: 972.279.9000 Fax: 972.279.9008

www.HuertasMD.com

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Autorización del paciente para divulgar (revelar) información medica

Yo, \_\_\_\_\_ he leído las prácticas de privacidad de CosmeticGyn Center/Otto Huertas MD PA y entiendo que si tengo alguna pregunta yo puedo contactar al administrador de la oficina al (972) 279-9000.

Yo autorizo al personal de la oficina que divulgue o proporcione información médica personal a los números telefónicos que yo he indicado. Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar a la oficina de cualquier cambio en estos números y que cualquier información divulgada en correos de voz o en contestadoras automáticas, como consecuencia de esta autorización, ya no estará protegida por las normas federales sobre privacidad.

CosmeticGyn Center/Otto Huertas MD PA usa la compañía Proximity para confirmar citas por medio de textos, mensajes de voz y correos electrónicos. Sin embargo, en caso de que tengamos que contactarle por algún cambio de cita o informarle acerca de los resultados de sus laboratorios y se nos sea imposible contactarla por teléfono, nosotros le mandaremos una carta. Yo autorizo la divulgación de mi información médica a los números especificados y/o dirección postal como medio de comunicación con mi doctor. Esta autorización expirara 12 meses después de que allá sido firmada al menos que se informe de una terminación temprana. Se tiene que firmar una nueva autorización después de la expiración de esta para que pueda tener validez. Como está especificado en la notificación de las prácticas de privacidad yo tengo el derecho a revocar o terminar esta autorización solicitándolo por escrito. Yo entiendo que el personal de la oficina médica no tiene control acerca de las personas que podrían tener acceso a los números telefónicos que yo he enlistado para recibir información acerca de mi salud. Por lo tanto, yo entiendo que mi información médica revelada bajo esta autorización ya no estará protegida bajo los requerimientos de las reglas de privacidad y ya no será responsabilidad de la oficina médica.

Por favor indique cualquier nombre adicional y la relación con usted con quien podemos hablar acerca de su salud y cuidado:

Nombre:

Relación con el paciente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si usted trae un acompañante con usted a su cita (esposo, esposa, hermano, hermana, hija, hijo, etc.) nosotros asumimos que ellos están informados acerca de su condición médica y que no hay ningún problema en que ellos escuchen información privada acerca de usted (médica y financiera. En caso de que usted no quiera que ellos se enteren de tal información usted deberá dejárnoslo saber por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

*For office use only*

Rev. 9/2016

## Otoniel Huertas, M.D.

7557 Rambler Road Suite 100, Dallas Texas 75231

Phone: 972.279.9000 Fax: 972.279.9008

www.HuertasMD.com

### RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LAS POLITICAS DE LA OFICINA

*Por favor ponga sus iniciales en cada línea.*

\_\_\_\_\_ He leído las políticas de la oficina y las he entendido.

\_\_\_\_\_ Se me ha proporcionado una copia de estas políticas de la oficina para yo poder leerlas y mantenerlas para referencias futuras.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si tengo cualquier pregunta deberé contactar la oficina.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debido al espacio limitado en la sala de espera y en los cuartos, debo limitarme a solo un acompañante a mis citas

\_\_\_\_\_ Entiendo los reglamentos y penalidades acerca de mis citas. Entiendo que si falto a una cita se me cobraran \$50.00 y si llego 10 o más minutos tarde a mi cita, puede que mi cita será cancelada y movida a otro día.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debido a las enfermedades contagiosas y peligro de instrumentos que usamos en los cuartos de exanimación, **ESTA PROHIBIDO TRAER NINOS CON USTED A SUS CITAS.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que soy financieramente responsable de pagar cualquier porción de mi facture que mi aseguranza no cubra. También se que es posible que reciba una factura de los servicios recibidos en la visita de hoy.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la cantidad que pago en cada cita es solo un estimado de lo que me corresponde pagar, es posible que reciba una factura en caso de un balance.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el doctor Huertas **no factura a ninguna aseguranza para consulta de pérdida de peso, terapia de hormonas naturales, liposucción, abdominoplastia, rejuvenecimiento vaginal o cualquier otro procedimiento cosmético poniendo la responsabilidad financiera al paciente.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que como paciente del Dr. Huertas soy extraordinaria! 😊

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

Relación: \_\_\_\_\_

***Para uso del personal de la oficina medica***

IF THE PATIENT REFUSES TO SIGN, INDICATE YOUR ATTEMPT TO OBTAIN A SIGNATURE BELOW

Patient refused to sign this acknowledgement.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Employee Name: \_\_\_\_\_

# Otto Huertas MD PA

7557 Rambler Road Suite 100, Dallas Texas 75231

Phone: 972.279.9000 Fax: 972.279.9008

www.HuertasMD.com

## POLITICAS DE TARJETA DE CREDITO/DEBITO PARA SU EXPEDIENTE

Las citas en CosmeticGyn Center/Otto huertas MD PA son garantizadas y requieren el mantenimiento de una tarjeta de crédito/débito activa en el expediente de todos los pacientes antes de programar cualquier cita de seguimiento. Su tarjeta sólo se utilizara en caso de que falte una cita previamente programada. En ese caso, después de cargar su tarjeta le enviaremos un correo electrónico con su recibo. En caso de que su tarjeta sea rechazada, se le darán 48 horas para proporcionar un número de tarjeta alternativo. Si el pago no se hace, se le añadirá una cuota de procesamiento adicional de \$ 15.00 a su factura y se le enviará su factura por correo.

Si decide no poner una tarjeta de crédito/débito en su archivo, se le pedirá un depósito \$50.00 en su cuenta.

Le pedimos que de al menos un (1) día hábil de anticipación para cancelar o reprogramar una cita. De no hacerlo, dará lugar a una cuota de \$50.00 para cualquier cita o cancelaciones realizadas en el mismo día. Los mensajes de voz recibidos después de las horas hábiles, los fines de semana o días festivos para cancelar o reprogramar una cita el siguiente día hábil **será considerado como una falta (no show)**. Como cortesía a nuestros pacientes, les pedimos que una cita no sea reprogramada más de dos (2) veces consecutivas. Faltas (No shows) o cancelaciones serán documentadas en su historia clínica electrónica (EHR) y una historia de no presentarse, pueden dar lugar a la negación de programar citas futuras.

**Entiendo que CosmeticGyn Center/Otto Huertas MD PA me cobrará \$50.00 por cualquier cita que falte o que no sea cancelada al menos 24 horas de anticipación. Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_**

**Autorizo a CosmeticGyn Center/Otto Huertas MD PA para cargar mi tarjeta por la cantidad de \$ 50.00 el caso de que falte a una cita. Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_**

Tipo de tarjeta:  Visa  MC  AMEX  Discover

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Nombre en la tarjeta\* \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Número de tarjeta \_\_\_\_\_ Cantidad \$ 50.00 \_\_\_\_\_

Fecha de expiración \_\_\_\_\_ CVV # \_\_\_\_\_

Dirección de factura \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

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

\*Si el titular de la tarjeta no es el paciente, por favor proveer copia de su identificación.

*Para uso del personal de la oficina medica*

IF THE PATIENT REFUSES TO ADD A CARD ON FILE, OBTAIN A \$50.00 DEPOSIT.

\$50.00 DEPOSIT PAYED BY PATIENT Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Employee initials: \_\_\_\_\_