



Millennium Physicians

Estimado Paciente,

¡Bienvenido a Millennium Physicians!

Nuestra meta aquí en Millennium Physicians es proveerle la calidad de cuidado más alto y regresar a vivir la vida plenamente.

Queremos hacer su primera cita una experiencia fácil y placentera. Aquí hay algunos recordatorios sobre su primera cita:

- Por favor traer con usted los siguientes artículos a su cita de paciente nuevo:
 - Tarjeta de Asegurancia Medica
 - Licencia de Conducir o identificación de estado
 - Archivos médicos, nosotros solicitaremos sus archivos médicos, pero necesitaremos autorización. Traiga todos los archivos que usted tenga en su posesión.
 - Lista de medicamentos actual
 - Lista de alergias
 - Completar formulario de paciente nuevo
- Por favor llegue 30 minutos antes de su cita programada, esto le dará suficiente tiempo para completar el papeleo de paciente nuevo si no la ha completado anteriormente. Los papeles de paciente nuevo están ubicados en nuestra página web www.millenniumphysicians.com.
- Por favor esté preparado para durar hasta 2 horas en su primera cita; su primera cita será una visita comprensiva que incluirá un examen físico y una revisión de historial médico. También queremos permitir suficiente tiempo para que usted haga las preguntas y preocupaciones que tenga.
- Este preparado con una lista de preguntas para su médico; esto le permitirá comunicar efectivamente todas sus preguntas durante su primera cita.
- Nosotros verificaremos su asegurancia y obtendremos cualquier referencia/ autorización necesaria antes de su cita. En el evento de que tengamos algún problema verificando u obteniendo una referencia/ autorización lo contactaremos antes de su cita.
- Su copago o responsabilidad de paciente será debida al momento del servicio.
- Si usted tiene alguna pregunta acerca de su cita de paciente nuevo por favor contacte a nuestro coordinador de paciente nuevo al 1-866-DOCS-MPA (1-866-362-7672)

Esperamos conocerlo durante su primera visita y ayudar con sus necesidades de cuidado de salud.

Sinceramente,
Equipo de Millennium Physicians

Copia para Paciente



Millennium Physicians

DERECHOS DE PACIENTE Y RESPONSABILIDADES

En Millennium Physicians nosotros respetamos sus derechos como paciente, y reconocer que usted es un individuo con necesidades de cuidado de salud únicas. Queremos que usted conozca sus derechos como paciente, También como que obligaciones son a sí mismo, a otros pacientes, y a su médico.

Alentamos una asociación entre usted y su equipo de salud. Su papel como un miembro de este equipo es ejercer sus derechos y tomar responsabilidad preguntando por clarificaciones de cosas que usted no entiende, siguiendo las recomendaciones de su médico y reportar cualquier efecto secundario que pueda ocurrir.

Como paciente usted tiene el derecho de...

- ❖ De estar informado sobre sus derechos y responsabilidades como paciente de Millennium Physicians Association, PLLC.
- ❖ De estar informado sobre las reglas, regulaciones, y servicios proveídos por esta clínica, incluyendo los días y horas de servicio y que hacer en caso de emergencia, y números de teléfono de la clínica.
- ❖ De recibir cuidado en un entorno seguro que esté libre de abuso, negligencia, y acoso por médicos y empleados de la clínica.
- ❖ De recibir cuidado considerado y respetuoso. Nosotros respetamos su derecho de:
 - Esperar un tratamiento de calidad dentro del alcance de nuestra misión.
 - Ser tratado con dignidad sin discriminación. Su cuidado no será afectado por su etnicidad, religión, creencias, valores de cultura, sexo o edad.
 - Elegir su propio médico.
 - Preguntar a todo el personal involucrado en su cuidado que se introduzcan, declaren su papel en su cuidado y explicar que van a ser ellos por usted.
- ❖ De ser informado sobre su tratamiento y cuidado de salud. Su equipo de cuidado de salud describirá el tratamiento propuesto para usted. Usted puede esperar que le explique el equipo:
 - Una descripción de nuestra condición y diagnóstico.
 - Plan de Tratamiento.
 - Las alternativas de tratamiento.
 - El pronóstico y cualquier problema relacionado al tratamiento.
 - Recuperación.
 - El beneficio y riesgo de cada opción y alternativa de tratamiento.
 - La explicación de riesgos enfrentados durante tratamiento no es perseguida.
- ❖ El derecho de hacer un consentimiento informado.
- ❖ El derecho de hacer decisiones de tratamiento y el derecho de rechazar tratamiento.



Millennium Physicians

DERECHOS DE PACIENTE Y RESPONSABILIDADES

- ❖ Para estar informado de cualquier actividad experimental, estudio, o investigación que involucre su tratamiento.
Su equipo de cuidado le:
 - Le preguntara si desea participar en estas actividades. Usted tiene el derecho de negarse a participar en estas actividades, o retirar su consentimiento previo.
- ❖ De recibir una cuota razonable de cargos por cuidado médico y un programa de pago antes de recibir tratamiento.
- ❖ De tener privacidad y confidencialidad respetada. Su equipo de cuidado de salud y personal de clínica:
 - Respetar su privacidad relacionada con su cuidado médico.
 - Proveer tratamiento confidencial de su condición, cuidado médico, archivos médicos, e información financiera
- ❖ Tener acceso a sus archivos médicos personales y obtener copias a solicitud.
- ❖ De quejarse o presentar una queja con el Administrador Clínico sin temor a represalias o discriminación.

Como paciente usted tiene la responsabilidad de...

- ❖ Dar a su médico y equipo de cuidado de salud información correcta sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, y cualquier otra información sobre su cuidado de salud.
- ❖ Reportar cambios inesperados sobre su condición a su médico o enfermera.
- ❖ Informar a su médico o enfermera sobre cualquier incomodidad/dolor o cambios en dolor.
- ❖ Participar en el desarrollo de su plan de cuidado, directivas avanzadas y testamento en vida.
- ❖ Seguir su plan de tratamiento e instrucciones medicas recomendadas por su médico o equipo de cuidado de salud.
- ❖ Ir a todas sus citas cuando no pueda ir, contacte a la oficina 24 horas antes de su cita para reprogramar.
- ❖ Seguir las reglas de conducta de la instalación, demostrar buen comportamiento, y asistir manteniendo un ambiente seguro/tranquilo.
- ❖ Reportar información de aseguranza nueva o cambios, cambio de dirección, cambio de número de teléfono, cambio de correo electrónico, y cualquier cambio de demográfica el personal de recepción.
- ❖ Asegurarse de que responsabilidad financiera sea cumplida y pagar copago/responsabilidad de paciente al momento del servicio.

Usted tiene el derecho de presentar una queja formal en contra de su enfermera o medico en las siguientes agencias:

Enfermera: Junta de Enfermeras de Texas 333 Guadalupe Street, Suite 3-460, Austin, Texas 78701, (512) 305-6838

Medico: Junta Médica de Texas, PO Box 2018, Austin, Texas 78768-2018, (800) 201-9353



Su Información. Sus Derechos. Nuestra Responsabilidad.

Este aviso describe como información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y como puede tener acceso a esta información.

Por favor revise cuidadosamente.

Sus Derechos

Cuando se refiere a su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o de papel de su archivo médico

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de papel de su archivo médico y otra información médica que tenemos sobre usted. Pregúntenos como hacer esto.
- Le proveeremos una o resumen de su información de salud, normalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una cuota razonable, cuota basada en costo.

Pregúntenos como corregir su archivo médico

- Usted puede solicitar que corriamos su información de salud sobre usted que usted cree que esta incorrecta o incompleta. Pregúntenos como hacer esto.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero nosotros le diremos porque por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicación confidencial

- Nos puede pedir que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o enviar correo a una dirección diferente.
- Nosotros diremos que “sí” a todas las solicitudes razonables.

Continúe a la siguiente pagina

Pedirnos limitar que usamos y compartimos

- Usted puede pedirnos **no** usar o compartir cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
 - No estamos requeridos estar de acuerdo en su solicitud, y podemos decir “no” si puede afectar su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o artículo de cuidado de salud de su bolsillo por completo, usted puede solicitar que no compartamos esa información para el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguranza de salud.
 - Nosotros diremos que “sí” a menos que una ley nos requiera compartir la información.

Obtener una lista de con quien hemos compartido información

- Usted puede solicitar una lista de las veces que hemos compartido información por seis años antes a la fecha que usted solicite, con quien compartimos información, y por qué.
- Nosotros incluiremos todas las divulgaciones excepto esas sobre tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de salud y ciertas divulgaciones (tal como todas las que nos solicitó hacer). Nosotros proporcionaremos un resumen al año gratuito, pero cobraremos una cuota razonable, basada en costo si usted solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede solicitar una copia de papel de este aviso a cualquier momento, aunque usted haya estado de acuerdo en recibir un aviso electrónico. Nosotros le proveeremos una copia rápidamente.

Elegir a alguien que lo represente

- Si usted ha dado a alguna persona poder médico o si alguien es su guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer elecciones por usted sobre su información de salud.
- Nosotros nos aseguraremos de que esa persona tenga autoridad y pueda representarlo antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si usted siente que sus derechos han sido violados

- Usted puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos contactándonos usando la información en la página 1.
- Usted puede presentar una queja con el Departamento de Servicios de Salud y Humanos para Derechos Civiles de U.S. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- Nosotros no tomaremos represalias encontrar de usted por presentar una queja.

Sus Opciones

Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus elecciones sobre que compartimos. Si usted tiene preferencias claras sobre como compartir su información en las situaciones descritas abajo, hable con nosotros. Díganos que quiere que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos:

- Compartir información con su familia, amigos, u otros involucrados en su cuidado
- Compartir información en una situación de ayuda en un desastre
- Incluir su información en un directorio de hospital
- Contactarlo a usted para recaudar fondos

Si usted no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo, si usted esta inconsciente, podemos adelantarnos y compartir información si creemos que es para su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para minimizar un riesgo serio o inminente para su salud o seguridad.

En estos casos que nunca compartamos su información a menos que usted nos de autorización por escrito:

- Propósitos de mercadotecnia
- Venta de su información
- Compartir la mayoría de sus notas de psicoterapia

En caso de recaudación de fondos:

- Podemos contactarle para esfuerzos de recaudar fondos, pero nos puede decir que no lo contactemos otra vez.

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Como usa o compartimos su información de salud típicamente? Nosotros usamos y compartimos su información de salud típicamente en las siguientes maneras.

Tratarlo/a

- Podemos usar y compartir su información de salud con otros profesionales que lo están tratando.

***Ejemplo:** Un médico tratándolo por una lesión le pregunta a otro médico sobre su condición de salud.*

Llevar nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para llevar acabo nuestra práctica, mejorar nuestro cuidado, y contactarlo cuando sea necesario.

***Ejemplo:** Usamos su información de salud para manejar su tratamiento y servicios.*

Facturar por servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pago de planes de salud u otras entidades.

***Ejemplo:** Nosotros damos información sobre usted a su aseguranza de salud para que pague por sus servicios.*

Continuado en la siguiente pagina

¿De qué otras maneras podemos usar y compartí su información de salud?

Estamos permitidos o requeridos compartir su información en otras maneras – normalmente en maneras que contribuyen al bien del público, tal como salud pública e investigación. Tenemos que cumplir condiciones por ley antes de que compartamos información por estos propósitos. Para más información vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con la salud pública y problemas de seguridad

- Podemos compartir información de salud sobre usted por ciertas situaciones como:
 - Prevenir enfermedades
 - Ayudar con llamados de productos
 - Reportar reacciones adversas a medicamentos
 - Reportar sospecho de abuso, negligencia, o abuso domestico
 - Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona

Hacer Investigación

- Podemos usar o compartir su información de salud para investigación.

Cumplir con la ley

- Nosotros compartiremos su información si leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con leyes federales de privacidad.

Responder a solicitud de donación de órganos y tejido

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de donación de órganos.

Trabajar con un examinador médico o director de funeraria

- Podemos compartir su información de salud con un forense, examinador médico, o director de funeraria cuando un individuo muere.

Problemas con Compensación al Trabajador, Ley, y otras solicitudes del gobierno

- Podemos usar y divulgar su información de salud sobre usted:
 - Reclamos de compensación al trabajador
 - Para propósitos de ley o con un oficial de ley
 - Con agencias de salud para actividades autorizadas por ley
 - Para funciones especiales de gobierno como militar, seguridad nacional, y servicios de protecciones presidenciales

Responder a una demanda o acción legal

- Podemos compartir su información de salud sobre usted si es en respuesta a una orden de corte o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos requeridos por ley mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le avisaremos si hay una violación que pueda comprometer la privacidad y seguridad de su información.
- Tenemos que seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia de ello.
- Nosotros no usaremos o compartiremos su información de otra manera que la que esta descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos por escrito. Si usted nos dice que podemos, usted puede cambiar de pensar a cualquier momento. Déjenos saber por escrito si usted cambio de pensar.

Para más información vaya a: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de Este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios aplicaran a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina, y nuestra página web.

09/01/2016

Este Aviso de Practicas de Privacidad aplica a las siguientes organizaciones.

Este aviso aplica a Millennium Physicians Associations, PLLC, Millennium Oncología, Millennium Radiación, Millennium PET/CT, Millennium Primary Care, Millennium Cuidado Pulmonar, y cualquier otra DBA.

*Oficial de Cumplimiento de HIPAA • Tel. 281-358-2850 • Fax 281-719-5905
hipaacomplianceofficer@mphcc.com • 22710 Professional Drive, Suite 102 Kingwood, Texas 77339*



Millennium Physicians

HOJA DE INFORMACIÓN DE DIRECTIVAS AVANZADAS

Una **directiva avanzada** es un documento legal que le dice a su familia, amigos y profesionales de salud la clase de cuidado que usted quisiera tener si usted no puede hacer decisiones médicas. Por medio de una directiva avanzada, usted puede hacer decisiones legalmente validas sobre su tratamiento médico futuro.

Usted no necesita un abogado para completar su directiva avanzada. Sin embargo, usted debe de tener conocimiento de que cada estado tiene sus propias leyes para crear una directiva avanzada.

Hay tres directivas avanzadas reconocidas en Texas:

- El **Poder Medico de Texas** usted asigna a una persona para que hable por usted a cualquier momento si usted no puede hacer decisiones medicas por sí mismo, no es solamente al punto la muerte. Su médico de cabecera debe de certificar por escrito que usted puede hacer decisiones médicas y someter un certificado en su archivo médico. Si usted quiere más información y una Copia de Poder Medico de Texas por favor hable con el personal en la recepción.
- Un **testamento en vida**, oficialmente conocido en Texas como la Directiva a Médicos y Familia o Sustituto, describe la clase de tratamiento médico o tratamientos de sostén de vida que le gustaría tener si usted estuviera seriamente enfermo o enfermo terminal. Un testamento en vida debe de ser firmado, fechado y testigo por dos personas, preferible individuos que lo conozcan bien pero que no sean parientes y no sean herederos potenciales o proveedores de salud. Si le gustaría tener más información o una copia de una Directiva a Médicos y Miembros de Familia por favor hable con el personal de recepción.
- La **orden de Fuera-del-Hospital No Resucitar (NR)** le provee con el derecho de retener o retirar resucitación cardiopulmonar (RCP) u otros tratamientos como desfibrilador o ventilación artificial. Si a usted le gustaría más información y una copia de la orden de Fuera-del-Hospital No Resucitar del Departamento de Servicios de Salud de Texas por favor hable con el personal de recepción.

Creando una directiva avanzada, usted está haciendo preferencias sobre su cuidado médico antes de que usted tenga una enfermedad o lesión seria. Esto les ayudara a sus seres queridos el estrés de hacer decisiones sobre su cuidado mientras usted este enfermo. Cualquier persona de 18 años o más grande puede preparar una directiva avanzada.

Para poder hacer su directiva legalmente, usted debe de firmar, o dar autorización a alguien de firmar, en la presencia de dos testigos que deben de firmar el documento también.

Es nuestra responsabilidad informar a todos los adultos competentes sobre Directiva de Salud Avanzada y preguntar si tienen una lista. El personal esta instruido saber los diferentes tipos de directivas avanzadas. Todo personal sabe a dónde dirigir a pacientes que tengan preguntas sobre su directiva avanzada. Si el paciente proporciona una directiva avanzada a Millennium Physicians, los médicos y personal deben de saber las decisiones relacionadas al tratamiento.



Millennium Physicians

DIRECTIVAS AVANZADAS

FORMA DE CONFIRMACIÓN

Bajo la ley de Texas usted tiene el derecho de hacer decisiones sobre su cuidado de salud. Los derechos incluyen el derecho de aceptar o rechazar tratamiento y el derecho de crear una directiva avanzada para hacer preferencias sobre su cuidado médico. En el estado de Texas cualquier persona mayor de 18 años que este legalmente competente tiene el derecho de hacer estas decisiones en avanzado.

Directivas Avanzadas reconocidas en Texas es el Poder Legal Medico Durable de Texas, un Testamento en Vida, u un Fuera de Hospital No Resucitar. Ningún paciente puede ser discriminado por ejercer sus derechos de elegir y crear una directiva avanzada.

Confirmación de Directiva de Cuidado de Salud Avanzada:

- SI**, Yo tengo una Directiva de Cuidados de Salud Avanzada (*seleccione cual directiva avanzada tiene abajo*).
- Poder Legal Medico Durable de Texas
 - Testamento en Vida, oficialmente conocido como la Directiva a Médicos y Familia o Sustitutos
 - Fuera del Hospital No Resucitar (NR)
- Si usted ha seleccionado SI, por favor proveer una copia de su directiva avanzada al personal de recepción.*
- NO**, Yo no tengo una Directiva de Cuidados de Salud Avanzada (*seleccione cual directiva avanzada tiene abajo*). Yo entiendo que puedo solicitar información sobre directivas avanzadas.
- Yo he recibido la hoja de información sobre directivas avanzadas.
 - Me gustaría recibir información adicional sobre las tres directivas avanzadas reconocidas en Texas.

Nombre de Paciente (Imprimir)

Firma de Paciente

Fecha

Para Uso de Millennium Physicians Solamente

Completar esta sección, si esta forma no esta firmado o fechada por el paciente

____ Paciente rechazo firmar

____ Paciente no puede firmar

Nombre de Empleado

Fecha



Millennium Physicians

PORTAL EN LÍNEA DE PACIENTE

Millennium Physicians tiene un Portal de Paciente que usted tiene acceso por línea, acceso al portal es gratuito a todos los paciente Millennium Physicians.

El Portal de Paciente es una herramienta en línea que puede ser usada fácilmente ver y corregir alguna información de salud/clínica.

Sobre los próximos meses ofreceremos acceso adicional en el portal que puede utilizar como:

- Solicitar Citas
- Recordatorios
- Solicitar Rellenos de Receta
- Comunicar Preguntas No-Urgentes

Este Portal de Paciente no debe de ser usado con preguntas urgentes, preocupaciones, o cualquier cosa que necesite respuesta el mismo día; para todas esas solicitudes por favor contacte la oficina que usted está siendo visto.

Para obtener acceso al Portal de Paciente su correo electrónico es necesario para inscribirlo; si usted desea acceso por favor complete la porción debajo de este formulario.

Por favor selecciones uno:

_____ Me gustaría inscribirme en el Portal de Paciente de Millennium Physicians.

Mi correo electrónico es _____ (por favor imprimir)

_____ No deseo inscribirme en el Portal de Paciente de Millennium Physicians porque:

No tengo acceso a un correo electrónico

o

Rechazo inscribirme y no quiere proporcionar mi correo electrónico.

Nombre de Paciente (Imprimir)

Firma de Paciente

Fecha



Millennium Physicians

CUESTIONARIO MEDICO DE PACIENTE NUEVO

Por favor complete este cuestionario contestando cada pregunta lo más preciso posible.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenina
 Seguro Social: _____ Portador de Aseguranza: _____ ID# de Aseguranza _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____ Cell/Trabajo: _____
 Medico Referente: _____ Médico de Cabecera: _____
 Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Otro _____

QUEJA PRINCIPAL/RAZÓN POR VISITA

¿Cuál es la razón de su visita hoy? _____
 ¿Tiene algún dolor? (circule uno) **SI NO** Si es si, donde tiene el dolor _____

Si está marcado si, por favor indique del 1 al 10 con 10 siendo lo más alto, que es su nivel de dolor **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

MEDICAMENTOS

Por favor liste todas las recetas y medicamentos sin receta que toma en una base regular. (Si usted tiene una lista disponible, por favor de una copia en recepción)

Nombre de Medicamento	Dosis (ej. 50mg)	Frecuencia (ej. Una vez al día)	Razón por Tomar

ALERGIAS

¿Tiene una alergia algún medicamento? **SI NO** Si es si liste los medicamentos _____
 ¿Tiene alguna alergia al contraste intravenoso? **SI NO** Si es si liste su reacción _____
 ¿Cualquier otra alergia? Incl. Látex **SI NO** Si es si liste _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Para nuestros pacientes tenemos Millennium Pharmacy en nuestras ubicaciones en Kingwood y Woodlands, también hacen entrega a la oficina que usted este viendo actualmente a su médico. Sin embargo, usted puede elegir la farmacia de su preferencia. Por favor seleccione su farmacia preferida:

- FARMACIA MILLENNIUM WOODLANDS (281) 298-1129
- FARMACIA MILLENNIUM KINGWOOD (281) 312-8585
- OTRA: _____ () _____ - _____

Ver Lado Reverso



Millennium Physicians

CUESTIONARIO MEDICO DE PACIENTE NUEVO

HISTORIAL SOCIAL

- 1) ¿Usted tiene o ha tenido ALGUNA vez uso de productos de tabaco? (circule uno) **SI NO**
Si es si por favor complete 1A -1B, si es no vaya al 2.

1A. Seleccione Todas las que aplican:

- Fumador actual, todos los días Fumador actual, algunos días Fumador, estado no conocido
 Fumador ligero Fumador de tabaco pesado Fumador anterior

1B. Seleccione Todos los que apliquen:

- Cigarrillos Cantidad: _____ por día Cigarros Cantidad: _____ por día
 Sin Humo Cantidad: _____ por día Pipas Cantidad: _____ por día

- 2) ¿Ha estado expuesto a cigarro de segunda mano? (circule uno) **SI NO**

- 3) ¿Usted toma bebidas alcohólicas? (circule uno) **SI NO** si es si con qué frecuencia _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Por favor liste cualquier miembro de su familia abajo que tiene o haya tenido cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones médicas: **Enfermedad de Sangrado/ Coágulos, Cáncer (lista de tipo si sabe), Diabetes, Enfermedad Cardíaca, Hipertensión, Leucemia, Linfoma, Ataque Cardíaco o derrame cerebral.**

Madre:	Vive	Fallecida	Edad: _____	Condición Médica: _____
Padre:	Vive	Fallecido	Edad: _____	Condición Médica: _____
Hermana(s):	Vive	Fallecida	Edad: _____	Condición Médica: _____
Hermano(s):	Vive	Fallecido	Edad: _____	Condición Médica: _____
Abuela:	Maternal	Paternal	Edad: _____	Condición Médica: _____
Abuelo:	Maternal	Paternal	Edad: _____	Condición Médica: _____
Tías:	Maternal	Paternal	Edad: _____	Condición Médica: _____
Tíos:	Maternal	Paternal	Edad: _____	Condición Médica: _____

HISTORIAL MÉDICO PASADO

- 1) ¿Ha tenido alguna de la siguiente prueba en los últimos 6 meses? (Seleccione todas las que apliquen, si es si ¿dónde y cuándo?)

- Pet Scan Donde _____ Cuando _____
 CT Scan Donde _____ Cuando _____
 Ultrasonido Donde _____ Cuando _____
 Otro (Especifíquelo) Donde _____ Cuando _____

- 2) ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 6 meses? **SI NO**

Si es si, Cuando _____ y razón por hospitalización _____

- 3) Por favor liste cualquier información adicional sobre su historial médico que el médico debe de saber:



Millennium Physicians

CUESTIONARIO MEDICO DE PACIENTE NUEVO

REVISIÓN DE SISTEMA

Seleccione el síntoma que usted tiene actualmente o ha tenido en el año pasado. Seleccione todos los que aplican.

<p><u>GENERAL</u></p> <p><input type="checkbox"/> Escalofrío</p> <p><input type="checkbox"/> Depresión/Nervios</p> <p><input type="checkbox"/> Mareos/Desmayos</p> <p><input type="checkbox"/> Aumento o Pérdida de Peso Excesiva</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> Adormecimiento</p>	<p><u>CARDIOVASCULAR</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de Pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta/ Baja</p> <p><input type="checkbox"/> Palpitación Cardiaca Irregular/ Rápida</p> <p><input type="checkbox"/> Mal Circulación</p> <p><input type="checkbox"/> Perdida de Aliento</p> <p><input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos</p> <p><input type="checkbox"/> Venas varicosas</p>	<p><u>PIEL</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cualquier sarpullido o erupción crónico</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de lunares</p> <p><input type="checkbox"/> Urticaria</p> <p><input type="checkbox"/> Comezón</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices irregulares</p> <p><input type="checkbox"/> Mal sanación de lesión o heridas</p> <p><input type="checkbox"/> Mal sanación de heridas en pie</p>
<p><u>OIDO, NARIZ & GARGANTA</u></p> <p><input type="checkbox"/> Encías Sangradas</p> <p><input type="checkbox"/> Visión borrosa</p> <p><input type="checkbox"/> Ojos cruzados</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para tragar</p> <p><input type="checkbox"/> Visión doble</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de oído o descarga</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre de heno</p> <p><input type="checkbox"/> Ronquera</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de Audición</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado de Nariz</p> <p><input type="checkbox"/> Tos Persistente</p> <p><input type="checkbox"/> Zumbido en oídos</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis</p> <p><input type="checkbox"/> Visión - Brillo o Aureola</p>	<p><u>GASTROINTESTINAL</u></p> <p><input type="checkbox"/> Inflar</p> <p><input type="checkbox"/> Heces Negra</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio intestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de apetito</p> <p><input type="checkbox"/> Estreñimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Sed excesiva</p> <p><input type="checkbox"/> Gas</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorroides</p> <p><input type="checkbox"/> Indigestión/Acidez</p> <p><input type="checkbox"/> Nausea</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado Rectal</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de Estomago</p> <p><input type="checkbox"/> Vomito</p>	<p><u>HEMATOLOGÍA</u></p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Hematomas Fácil</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo</p> <p><u>RESPIRATORIO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Toz Crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Toz con Sangre</p> <p><input type="checkbox"/> Sibilancias o asma</p> <p><u>ORINARIO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sangre en la orina</p> <p><input type="checkbox"/> Orinar con Frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de control de vejiga</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor al orinar</p>
<p><u>NEUROLOGICO</u></p> <p><input type="checkbox"/> Visión doble/ pérdida de visión</p> <p><input type="checkbox"/> Derrame anterior</p> <p><input type="checkbox"/> Debilidad Muscular/ Hormigueo</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para hablar</p> <p><input type="checkbox"/> Parálisis transitoria</p> <p><input type="checkbox"/> Falta Neurológica Transitoria</p> <p><u>MUSCULO/HUESO/ARTICULACIÓN</u></p> <p>Dolor, Debilidad, Adormecimiento en:</p> <p><input type="checkbox"/> Brazos</p> <p><input type="checkbox"/> Espalda</p> <p><input type="checkbox"/> Pies</p> <p><input type="checkbox"/> Manos</p> <p><input type="checkbox"/> Caderas</p> <p><input type="checkbox"/> Piernas</p> <p><input type="checkbox"/> Cuello/Hombros</p>	<p><u>HOMBRE SOLAMENTE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad para erección</p> <p><input type="checkbox"/> Bola en Testículos</p> <p><input type="checkbox"/> Secreción de Pene</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en el Pene</p> <p><input type="checkbox"/> Otros Problemas _____</p>	<p><u>MUJER SOLAMENTE</u></p> <p><input type="checkbox"/> Papanicolaou Anormal</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado entre Menstruación</p> <p><input type="checkbox"/> Bola en Ceno</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor Extremo durante Menstruación</p> <p><input type="checkbox"/> Sofocos</p> <p><input type="checkbox"/> Secreción de Pezón</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor durante intimidad</p> <p><input type="checkbox"/> Secreción Vaginal</p> <p>Fecha de ultima menstruación: _____</p> <p>Fecha de ultimo papanicolaou: _____</p> <p>Fecha de ultimo Mammograma: _____</p> <p>¿Está Embarazada? Si ir No</p> <p>Cantidad de Hijos: _____</p>



Millennium Physicians

CUESTIONARIO MEDICO DE PACIENTE NUEVO

REVISIÓN DE SISTEMA

Seleccione el síntoma que usted tiene actualmente o ha tenido en el año pasado. Seleccione todos los que aplican.

<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón	<input type="checkbox"/> Problemas de Próstata
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Escarlatina
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangrado	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Bola en ceno	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> Problema de Tiroides
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Marca Pasos	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Dependencia Química	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea

FIRMAS

A mi mejor conocimiento, la información arriba está completa y correcta. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar al médico sobre cualquier cambio a mi salud.

Firma de Paciente o Representante Personal

Date

Imprimir Firma de Paciente o Representante Personal

Relación al Paciente



Millennium Physicians

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

CONSENTIMIENTO MEDICO: Yo doy consentimiento a todo cuidado médico, tratamiento, laboratorio, imágenes y otro procedimiento medico realizado o recetado por mi médico en Millennium Physicians y sus designados como dirigido por su juicio.

DERECHO DE RECHAZAR TRATAMIENTO: Yo entiendo que tengo el derecho de hacer decisiones informadas acerca de todo mi cuidado y tratamientos, y que debo preguntarle a mi proveedor de salud que clarifique o explique cualquier cosa que no entienda. Este derecho incluye el derecho de rechazar tratamiento que no quiero.

RECONOCIMIENTO DE RECIBIR DERECHOS DE PACIENTE & AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD: Yo reconozco que he recibido los dos avisos, Aviso de Derechos/ Responsabilidades de Paciente y Aviso de Practicas de Privacidad.

DIRECTIVAS AVANZADAS: Yo entiendo que la oportunidad de hacer mis deseos conocer, por escrito acerca de mi cuidado de salud y/o mi decisión de terminar mi vida. Estas directrices son en forma de testamento en vida y/o poder legal durable de cuidado de salud.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA: Yo autorizo a Millennium Physicians Asociación, PLLC de liberar cualquier información necesaria para facilitar proceso de reclamos de cuidado médico, y auditoria de pago relacionado a mi cuidado/ tratamiento con Millennium Physicians. Yo también doy consentimiento a cualquier liberación de información necesaria para mi cuidado en otras instalaciones, agencias, o proveedores de salud como yo dirija o requerido por ley. Esta orden permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.

ACUERDO FINANCIERO: Yo certifico que la información de aseguranza que he proporcionado es correcta, completa y actual y que no hay alguna otra cobertura o aseguranza. Yo entiendo que soy financieramente responsable con Millennium Physicians por todos los cargos no cubiertos bajo este acuerdo. Yo soy responsable por todos los cargos por servicios proporcionados a mi cual no estén cubiertos bajo mi Plan de Aseguranza de Salud o por cuales yo soy responsable por pago bajo mi Plan de Aseguranza de Salud. Millennium Physicians hará todo esfuerzo para notificarme en avanzado por servicios no cubiertos. Yo estoy de acuerdo en pagar todos los co-pagos, deducibles y co-aseguranzas aplicables. Yo soy responsable de pagar todos los copagos, deducibles, y responsabilidad de paciente al momento de servicio a menos que otros arreglos sean hechos en avance.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE ASEGURANZA: Yo por lo presente asigno todos mis beneficios médicos, que incluyan beneficios médicos mayores a los cuales yo estoy intitulado. Yo por lo presente autorizo y dirijo a mi portador de aseguranza, incluyendo Medicare, Medigap, Reemplazo Medicare, aseguranza privada y cualquier otro plan de salud/ medico, de hacer los cheques de pago directamente a **Millennium Physicians Association, PLLC** por servicios médicos brindado a mí. Yo entiendo que soy responsable por la cantidad no cubierta por mi aseguranza.

CERTIFICACIÓN DE MEDICARE: Yo certifico que la información proporcionada por mí en aplicar bajo el Titulo XVIII del Ley de Seguro Social es correcta. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica u otra de mi de liberar a la Administración de Seguro Social, o sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para esto o relacionada o un reclamo de Medicare. Yo solicito que el pago de beneficios sea hecho en mi nombre. (Consentimiento solamente cuando es aplicable.)

Al firmar abajo, Yo reconozco que he leído, comprendido y estoy de acuerdo con los términos y condiciones de este formulario y que yo estoy autorizado como el paciente o el Representate Legal del Paciente para firmar este documento.

Nombre de Paciente/ Representante Legal (Imprimir)

Firmar de Paciente/ Representante Legal

Fecha

Para Uso de Millennium Physicians Solamente

Complete esta sección, si esta forma no está firmada y fechada por el paciente o representante legal.

Yo hice un esfuerzo para obtener un reconocimiento por escrito de recibir el Aviso de Practicas de Privacidad de Millennium Physicians pero no pude por la siguiente razón:

Paciente se negó a firmar Paciente no puede firmar Otra Razón (Describe): _____

Firma de Empleado

Fecha



Millennium Physicians

AUTORIZACIÓN DE PACIENTE DE COMUNICAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

En general, la regla de privacidad de LRPSM da a individuos el derecho de solicitar restricciones al uso y divulgación de su información de salud protegida (ISP). El individuo también es proporcionado el derecho de solicitar comunicación confidencial o que la comunicación de ISP sea hecha por métodos alternativos o comunicada a designarlos autorizados incluyendo miembros de familia.

Yo deseo ser contactado en la siguiente manera (*Marque Todos los que Aplican*):

Teléfono de Casa

- Dejar mensaje con información detallada.
- Solamente dejar un mensaje con detalles de regresar llamada.

Cell Telephone

- Dejar mensaje con información detallada.
- Solamente dejar un mensaje con detalles de regresar llamada.

Teléfono de Trabajo

- Dejar mensaje con información detallada.
- Solamente dejar un mensaje con detalles de regresar llamada.

Correspondencia por Escrito

- Mail to my home address on file.
- Enviar a mi dirección de trabajo/oficina:

Yo por lo presente autorizo a uno o todos los designados debajo de solicitar, hablar, y recibir información de salud protegida acerca de mi cuidado de salud y tratamiento. Esto incluye ISP de mi tratamiento, facturación, pagos o cualquier información en mi archivo médico. Yo entiendo que la identidad de mis designados debe de ser verificada antes de liberar ISP.

Designados Autorizado:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Esta autorización permanecerá en efecto de la fecha firmada abajo hasta que sea revocada.

- ***Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información de salud protegida que sea divulgada.***
- ***Yo entiendo que la información divulgada a cualquier designado arriba ya no está protegida por ley federal o estatal y puede ser sujeto a divulgación por el designado arriba.***

Nombre de Paciente/ Representante Legal (Imprimir) Firmar de Paciente/ Representante Legal Fecha

REVOCAR/CANCELAR ESTA AUTORIZACIÓN

Firmar de Paciente/ Representante Legal Fecha



Millennium Physicians

AUTORIZACIÓN DE PACIENTE PARA LIBERAR INFORMACIÓN MEDICA

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Yo por lo presente autorizo:

Nombre de Proveedor/ Hospital/ Medico _____

Dirección de Proveedor/ Hospital/ Medico _____

Número de Teléfono _____

Para liberar la siguiente información de mi archivo medico cubriendo los periodos de _____
a _____, si no especifico un periodo yo autorizo la liberación de mi archivo completo de
la duración entera de cuidado con el proveedor. *(seleccione lo que aplica abajo)*

- Archivo Medico Completo (incluye información acerca de aseguranza, demográfica, documentos de referencia, y archivos medico). **Si esta caja está marcada, no marque cajas adicionales.**
- Notas de Progreso/ Vistas de Oficina Reportes de Radiología/ Imágenes Archivos Quimioterapia/Radiación
- Archivos de Reportes de Laboratorio Reportes de Patología Archivos de Facturación/ Pago

Información debe de ser liberada a:

Millennium Physicians _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Dirección de Oficina

La información está siendo liberada por las siguientes razones:

- Continuación de Cuidado/ Tratamiento Discapacidad Abogado/Litigación Otro _____

Esta autorización permanecerá en efecto de la fecha firmada abajo hasta que sea revocada.

Yo entiendo que según a leyes federales/ estatales (Ley de Practica Medica de Texas o Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico), una divulgación puede ser hecha de archivos recibidos de otro médico u otro proveedor involucrado en mi cuidado o tratamiento.

Nombre de Paciente/ Representante Legal (Imprimir) _____

Firmar de Paciente/ Representante Legal _____

Fecha _____

REVOCAR/CANCELAR ESTA AUTORIZACIÓN

Firmar de Paciente/ Representante Legal _____

Fecha _____

