

Alma Lemez, M.D.
6955 N Mesa St Suite .302C
El Paso, Texas 79912
Phone 915-500-4307 Fax 915-500-4668

Informacion Sobre El Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Domicilio: _____ SS #: _____
Ciudad/Estado/Codigo Postal _____ Telefono de casa:() _____
Correo Electronico: _____ Telefono del celular:() _____
Nombre de Empleo: _____ Telefono del trabajo:() _____
Dereccion del empleo: _____

Persona Responsable

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
SS# _____ Telefono del Trabajo () _____ Telefono del Celular () _____

Contacto En Caso De Emergencia _____ Telefono() _____

Informacion de Farmacia

Cual farmacia es de su preferencia?

Nombre: _____
Domicilio: _____ Ciudad/Estado/CodigoPostal _____
Telefono: _____

Poliza Principal

Nombre de Seguro: _____
Polica #: _____ GRP#: _____
Domicilio: _____
Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____
Nombre Del Asegurado: _____ Relacion del Asegurado _____
Fecha De Nacimiento De la Persona Asegurada _____ SS# _____

Poliza Secundaria

Nombre de Seguro: _____
Polica #: _____ GRP#: _____
Domicilio: _____
Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____
Nombre Del Asegurado: _____ Relacion del Asegurado _____
Fecha De Nacimiento De la Persona Asegurada _____ SS# _____

Autorizaciones Y Asignaciones

Yo autorizo a Alma Lemez, M.D. el derecho de proveer a mi compania para determinar los beneficios que se pagaran por mi visita a la oficina del medico. Yo autorizo el pago de estos beneficios de seguro a Alma Lemez, M.D. Yo comprendo que ultimadamente soy responsable por el pago de todos los servicios medicos, esten o no esten cuviertos bajo mi poliza de seguros medicos. Tambien auorizo que mi doctor, a su discrecion, tenga acceso a mi informacion y doy permiso que la informacion se pueda usar en cualquier revision administrativa.

Firma: _____ Fecha _____

FORMA DEL HISTORIA DEL PACIENTE

FECHA: _____

NOMBRE: _____

Apeido Nombre Inicial Fecha de Nacimiento

HISTORIAL FAMILIAR: Marque en la casilla (X) junto a la condición de su familiar; a continuación, especifique su relación con usted después de la enfermedad, utilizando las abreviaturas de la siguiente manera:

Madre (M), Padre (P), Hermano(Hno.), Hermana (Hna.), Abuelo (A), Tia (Tia), Tio (Tio)

Por ejemplo, si su tía y madre tenido cáncer de mama () CÁNCER DE MAMA A, M

- | | | | |
|--------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| () Alcoholismo | () Pólipos en el Colon | () Hipertensión | () Cáncer en la Próstata |
| () Anemia | () Cancer en el Colon | () Enfermedad de Hierro | () Incautaciones |
| () Asma | () Diabetes | () Enfermedad Renal | () Tiroides |
| () Artritis | () Glaucoma | () Enfermedad Mental | () Tuberculosis |
| () Sangra Fluida | () Gota | () Migraña | |
| () Cáncer de Mama | () Enfermedad del Corazón | () Osteoporosis | |

VIVO EDAD CUANDO MURIO PRESENTE LA SALUD O LA CAUSA DE MUERTE

PADRE () Si, () No _____

MADRE () Si, () No _____

SOLTERO

Inmunizaciones: (Por favor, compruebe la enfermedad contra la que usted ha sido vacunado y la fecha de la última dosis.) "El tétanos o Td se da refuerzo cada 10 años." Por favor, permita que la enfermera sepa si necesita un refuerzo.

- () Hepatitis B _____ ; () Tétanos _____ ; () El sarampión / paperas / rubéola _____
 () DT (Difteria / Tétanos) _____ ;
 () Neumonía _____ ; () Hepatitis A _____ ; () la Vacuna Contra la Gripe _____ ;
 () Varicela _____ ; () La Vacuna Contra la Meningitis _____ ;

*** Si tiene hepatitis C crónica o enfermedad en el hígado, hable con su médico acerca de como mantenerse al día con sus vacunas. Usted puede beneficiarse de la vacuna de hepatitis A ó B, o incluso la vacuna contra la neumonía.

*** Si usted se encuentra enfermo de pulmonia, mantengase al día con la Influenza y Neumonía.

Uso ilícito de drogas? Por favor, hable con su médico.

Los factores de riesgo para el SIDA y la Hepatitis B y C son las siguientes. Si usted padese de estos problemas, no dude en decircelo a su médico durante su visita. Nos mantendremos anonimos sobre el caso. Transfusión de sangre; las relaciones homosexuales; IV de drogas; Relaciones con los usuarios de drogas IV; Aguja; el trabajo con fluidos corporales, tales como odontología, enfermería, ER, etc, o relaciones sexuales con múltiples parejas.

****Cheques** _____ Si la respuesta es SI o NO Escriba, para los artículos que siguen

_____ **Dieta:** ¿Está interesado en información sobre dietas para el peso, el colesterol o la diabetes?

_____ **La ingesta de calcio:** ¿Las mujeres necesitan saber acerca de 1000mg. de la ingestacion de calcio por día?

_____ **Pruebas de densidad ósea:** Compruebe lo interesante en la información; considerese después de los 50 años una mujer.

_____ **Exámenes del Colón:** ¿Sabías que la mayoría de los expertos recomieندان un examen de colon cada 5 años, después de la edad 50? Por favor, háganos saber si tiene antecedentes familiares de cáncer en el colon.

_____ **Mamografía:** se recomienda anualmente en mujeres después de 40 años; hacerce este examen.

Medidas de seguridad: Ejemplos de medidas que puede tomar como las siguientes: Cinturones de seguridad (cada vez que se sube a el carro), cascos de bicicleta (incluso los adultos), en la muñeca protección y tambien en las rodillos, protección para los ojos (de malezas-comer, poder aserrar, etc), uso adecuado de armas (bloqueo,descarga, mantenimiento fuera a los niños de esas areas)

Directivas Avanzadas: ** Por favor, hable con su cónyuge o familiares y su médico .**

Vivo? No () ;Si () . Donación de Órganos? No () Si () ;

Poder Notarial para la Atención de la Salud? No () Si () . Quien?

FORMA DEL HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE

APEIDO

NOMBRE

DI/MES/AÑO

FECHA

POR FAVOR PONGA EL LUGAR DE LA ACTUAL DENUNCIA O ALIMENTOS QUE SE APLICA A USTED. SI NO ESTÁ SEGURO, COLOQUE UN SIGNO DE INTERROGACIÓN (?) SI NO SE APLICA, A USTED COLOQUE UNA N.

CABEZA	<input type="checkbox"/> VISIÓN BORROSA	<input type="checkbox"/> ENTUMECIMIENTO DE MANOS O PIES
	<input type="checkbox"/> LA ÚLTIMA FECHA DEL EXAMEN DE LA VISTA	<input type="checkbox"/> NERVIOSISMO QUE AFECTAN EN SU VIDA
	<input type="checkbox"/> GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> FAMILIAR O DE TRABAJO
	<input type="checkbox"/> FRECUENTES DOLORS DE CABEZA	<input type="checkbox"/> DISCURSO DE PROBLEMAS
	<input type="checkbox"/> MIGRAÑAS	<input type="checkbox"/> RECORRIDO
	<input type="checkbox"/> GRUMOS O HINCHAZÓN EN EL CUELLO	RIÑÓN <input type="checkbox"/> RIÑÓN RECURRENTE INFECCIÓN
	<input type="checkbox"/> CONSTANTE SONIDO EN LOS OÍDOS	<input type="checkbox"/> TRACTO URINARIO
	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICIÓN	<input type="checkbox"/> ORINAR DURANTE LA NOCHE MÁS DE UNA VEZ
	<input type="checkbox"/> FRECUENTES DOLORS DE OÍDO	<input type="checkbox"/> MARRÓN, NEGRO O CON SANGRE EN LA ORINA
	<input type="checkbox"/> FRECUENTES SANGRADOS POR LA NARIZ	<input type="checkbox"/> QUEMAS EN LA MICCIÓN
	<input type="checkbox"/> ALERGIAS O FIEBRE DEL HENO	<input type="checkbox"/> CÁLCULOS RENALES
	<input type="checkbox"/> VOZ RONCA, PERSISTENTE	<input type="checkbox"/> DIFICULTAD DE ORINA
	<input type="checkbox"/> LA BOCA, LLAGAS EN LA LENGUA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON LA FUNCIÓN SEXUAL
PULMONES	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA
	<input type="checkbox"/> TOS CON SANGRE	ARTICULACIONES <input type="checkbox"/> ARTICULACIONES CON LA PARTE DE ATRÁS
	<input type="checkbox"/> EL AUMENTO DE FALTA DE AIRE	<input type="checkbox"/> ARTICULACIONES TUMEFACTAS
	<input type="checkbox"/> ACTIVIDAD	<input type="checkbox"/> FRECUENTES DOLOROSO EN LOS PIES
	<input type="checkbox"/> ENFISEMA	<input type="checkbox"/> FRECUENTES DOLOR EN EL HOMBRO
	<input type="checkbox"/> HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> FRECUENTE O PERSISTENTE ARDOR EN LOS
	<input type="checkbox"/> TOS CRÓNICA	<input type="checkbox"/> MÚSCULOS O ARTICULACIONES
CORAZÓN	<input type="checkbox"/> FRECUENTES LATIDO DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> GOTA
	<input type="checkbox"/> IRREGULAR	<input type="checkbox"/> ARTRITIS
	<input type="checkbox"/> DOLOR EN EL PECHO U OPRESIÓN EN EL PECHO	GENERAL <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS-¿Cómo diagnostico?
	<input type="checkbox"/> SOPLO CARDIACO <input type="checkbox"/> VÁLVULA MITRAL	<input type="checkbox"/> GENERAL DIABETES: Fecha diagnosticados: _____
	<input type="checkbox"/> HISTORIA DE AMPLIADA AL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE PESO SUPERIOR A 10 LIBRAS
	<input type="checkbox"/> FALTA DE ALIENTO POR LA NOCHE	<input type="checkbox"/> EN EL ÚLTIMO AÑO
	<input type="checkbox"/> HINCHAZÓN DE PIES, TOBILLOS PRESENTE	<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE INTERÉS EN COMER
	<input type="checkbox"/> DESPUÉS DEL SUEÑO	<input type="checkbox"/> CRISIS PARA DORMIR
	<input type="checkbox"/> LA HISTORIA LA FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/> HERPES EN EL PASADO-genitales o la cara
	<input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE TIROIDES
	<input type="checkbox"/> ANTERIOR ATAQUE AL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON LA PRESIÓN SANGUÍNEA
ABDOMEN	<input type="checkbox"/> FRECUENTES ACIDEZ	<input type="checkbox"/> LUNAR O LLAGA NO CURABLE
	<input type="checkbox"/> DIFICULTAD O DOLOR AL TRAGAR	<input type="checkbox"/> CALIENTE O UN FRÍO DESAGRADABLE
	<input type="checkbox"/> HA VOMITADO SANGRE	<input type="checkbox"/> SOSPECHOSA ENFERMEDAD GRAVE DE CÁNCER
	<input type="checkbox"/> DOLOR RECTAL O SANGRADO (NEGRO	<input type="checkbox"/> CALAMBRES EN LAS PIERNAS AL CAMINAR
	<input type="checkbox"/> O SANGUINOLENTO)	<input type="checkbox"/> ÚLTIMAMENTE, MÁS SED
	<input type="checkbox"/> RECIENTE CAMBIO EN LOS HÁBITOS	<input type="checkbox"/> FATIGA
	<input type="checkbox"/> INTESTINALES	<input type="checkbox"/> LLANTO FRECUENTE, DEPRESIÓN
	<input type="checkbox"/> DIVERTICULITIS O DIVERTICULOSIS	<input type="checkbox"/> TRABAJO O PROBLEMAS FAMILIARES
	<input type="checkbox"/> COLON PÓLIPOS	<input type="checkbox"/> ANSIEDAD
	<input type="checkbox"/> Última fecha de examen de colon:	<input type="checkbox"/> ANEMIA
	<input type="checkbox"/> HEPATITIS / AMARILLO ICTERICIA /	<input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO & último resultado _____
	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD HEPÁTICA	
	<input type="checkbox"/> NÁUSEAS	SÓLO
	<input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO	HOMBRES <input type="checkbox"/> HOMBRES FLUJO DE ORINA DÉBIL SÓLO
	<input type="checkbox"/> DIARREA; cuántas por día _____	<input type="checkbox"/> DOLOROSAS O DOLOR EN LOS GENITALES (PRIVADOS)
	<input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL CON ALIMENTOS GRASOS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE PRÓSTATA
	<input type="checkbox"/> ULCERAS POR SOSPECHA	<input type="checkbox"/> DURO PARA VACIAR LA VEJIGA COMPLETAMENTE
	<input type="checkbox"/> HEMORROIDES	<input type="checkbox"/> REALIZAR AUTO EXAMEN MENSUAL DE TESTÍCULO
	<input type="checkbox"/> HISTORIA DE ÚLCERAS	<input type="checkbox"/> ÚLTIMA PRUEBA DE PSA (más de 50 años). FECHA _____
	<input type="checkbox"/> SANGRADO	SÓLO
NEURO	<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE APETITO	MUJERES <input type="checkbox"/> ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL _____
	<input type="checkbox"/> CONFISCACIÓN	<input type="checkbox"/> MUJERES FLUJO VAGINAL O PROBLEMAS
	<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE CONCIENCIA	<input type="checkbox"/> SÓLO DOLOROSAS O DOLOR EN
	<input type="checkbox"/> DOBLE VISIÓN	<input type="checkbox"/> LOS GENITALES (PRIVADOS)
	<input type="checkbox"/> LA PÉRDIDA DE LA MEMORIA	<input type="checkbox"/> GRUMOS O DOLOR EN LOS SENOS
		<input type="checkbox"/> SI USTED VISITA A UN GINECÓLOGO,
		<input type="checkbox"/> NOMBRE DE LA LISTA _____
		<input type="checkbox"/> Última Prueba de Densidad: _____
		<input type="checkbox"/> Última Mamografía. Fecha _____
		<input type="checkbox"/> LA ÚLTIMA PRUEBA PAP. Fecha _____
		<input type="checkbox"/> AUTO EXAMEN MENSUAL DE MAMA REALIZADA

HIPAA Authorization form

Alma Lemez, M.D.

La Autorización paciente para el Uso y la Revelación de Información Protegida de Salud

Firmando, autorizo a Dr. Lemez a utilizar y/o revelar cierta información protegida de la salud (PI) acerca de mí a _____. Esta autorización permite que Dr. Lemez utilice y/o revele el siguiente información individualmente identificable de salud sobre mí (describa específicamente la información para ser utilizada o para ser revelada, como fechas de servicios, el tipo de servicios, el nivel de detalle para ser soltado, el origen de información, etc.) : La información será utilizada o será revelada para el propósito siguiente: (Si revelación es solicitada por el paciente, el propósito puede ser listado como "a petición del individuo".) El yo/are de propósitos proporcionó para que pueda hacer una decisión informado si permitir la liberación de la información.

Yo no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de Dr. Lemez. De hecho, yo tengo el derecho de negarse a firmar esta autorización. Cuando mi información es utilizada o es revelada según esta autorización, puede ser susceptible al redisclosure por el recipiente y ya no puede ser protegido por la Regla federal de Intimidación de HIPAA. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito pero hasta el punto que la práctica ha actuado en la dependencia sobre esta autorización. Mi revocación escrito debe ser sometida al oficial de la intimidación en:

El Dr. Alma Lemez

Firmado por: La Firma _____
_____ de Paciente o Relación Legal de
Guardián al Paciente

_____ Imprime la Fecha
del Nombre de Paciente

El Nombre de la Impresión _____ de Paciente o
Guardián Legal, si aplicable

El paciente/guardián debe ser proporcionado con una copia firmada de esta forma de autorización.

Alma Lemez, M.D.

Politica de Paciente

El pago se espera en el momento de prestarse los servicios.

- Por favor, recuerde que el pago es su responsabilidad, independientemente de los seguros.
- Si usted es beneficiario de Medicare, Medicare la facturara por usted. Usted sera responsable de los deducibles, y los co-pagos y por los servicios cubiertos, etc., acuerdo con las directrices de Medicare.
- Tenga en cuenta de las companias de seguro, envezes los exámenes de rutina y visitas de atencion preventiva no estan cubiertos los servicios.
- Todos los co-pagos son debidos en el momento de la visita al consultorio.
- En el caso de que tengamos contrato con su compania de seguros, se le factura por usted. Si recibimos notificacion de que usted no es elegible para la cobertura, usted sera responsable de todos los gas incurridos.
- **Si no se presenta a su cita:**
 - Habra un cobro de \$25 aplica a su saldo en caso de que no se llame y revocar la designacion 24 horas de antelacion o no se presente para su cita.
 - Procedimientos requieren 24 horas de anticipado para cancelar. Habra un cobro de \$25 si no se presenta a su cita.
- Habrá una tarifa de \$ 30 por cheque devuelto debido a fondos insuficientes.

Autorización para divulgar la información a efectos de seguro: Por la presente autorizo a Dr. Alma Lemez M.D. a dar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento. He leído y comprendo la declaración anterior. Estoy de acuerdo en ajustarse a las políticas de esta oficina y soy responsable de mi cuenta.

Firma: _____ Fecha: _____

Por la presente autorizo el pago de las prestaciones que hacen directamente a Dr. Alma Lemez, M.D. por los servicios prestados a mi. Entiendo que soy financieramente responsable de Alma Lemez, M.D. por los gastos y / o servicios no cubiertos por este acuerdo. Esta autorizacion permanecera en efecto hasta que sea revocado por escrito por el suscrito.

Firma: _____ Fecha: _____