

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 _____

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE DE PEDIATRIA

HISTORIAL MENSTRUAL (*mujeres adolescentes*)

EDAD CUANDO COMENSO SU MENSTRUACION: ____

ULTIMO DIA DE MENSTRUACION: ____/____/____

REGULAR O INREGULAR? _____ CUANTOS DIAS DURO SU ULTIMO PERIODO: ____

ES EL FLUJO PESADO, MEDIO O POCO? _____

DOLOR O CALAMBRES? S / N

NOMBRE DE SU HIJO: _____ DIA: ____/____/____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

HISTORIA DE DESARROLLO (Si más de 3 meses de edad)

EDAD EN QUE EL NIÑO SE SENTO SOLO: _____

EDAD EN QUE EL NIÑO COMENSO A GATÍAR: _____

EDAD EN QUE EL NIÑO COMENSO A CAMINAR: _____

EDAD EN QUE EL NIÑO DIJO SU PRIMERA PALABRA: _____

EDAD EN QUE USTED COMENSO A ENTRENAR AL NIÑO A IR AL BAÑO: _____

HISTORIA SOCIAL

VIVE EN HOGARES PRIMARIOS? _____

NOMBRE(S) Y EDAD(S) DEL HERMANO: _____

ALGUNA MASCOTAS EN EL HOGAR? S / N SI ES SI QUE TIPO? _____

BAJO TU MISMO TECHO AY ALGUIEN QUE FUMA EN TU CASA? S / N

ARMA DE FUEGO EN TU HOGAR? S / N

SIEMPRE LLEVA EL CASCO CUANDO PRACTICA EL CICLISMO / PATINA / PATINA
CON PATINETA? S / N

PARA LOS NIÑOS, SIEMPRE UTILIZA ASIENTO DEL COCHE O ASIENTO BOOSTER?
S / N

PARA ADOLESCENTES, SIEMPRE LLEVA EL CINTURÓN DE SEGURIDAD? S / N

DETECTORES DE HUMO EN CADA PISO DEL HOGAR? S / N

ASISTIERON A LA GUARDERÍA Y ESCUELA SUS HIJOS: _____ GRADO: _____

ALGUN PROBLEMA CON LA ESCUELA? S / N
SI SU RESPUESTA FUE SI, POR FAVOR ESPECIFIQUE: _____

DEPORTES Y ACTIVIDADES: _____

CUALQUIER LESIONES RELACIONADAS CON LOS DEPORTES? S / N
SI SU RESPUESTA ES SI, ESPECIFIQUE: _____

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE DE PEDIATRIA

HISTORIA FAMILIAR: (Por favor, mencione las condiciones m3dicas que se ejecutan en su familia. Por ejemplo: asma, diabetes, c3elulas falciformes, trastorno hemorr3gico, c3ncer, enfermedades mentales, etc...)

	CONDICION(ES)	VIVOS?
PADRE:	_____	S / N
MADRE:	_____	S / N
HERMANO(S):	_____	S / N
HERMANA(S):	_____	S / N
ABUELOS:		
MATERNOS:	_____	S / N
PATERNOS:	_____	S / N

FAVOR DE PROPORCIONAR UNA COPIA DE LOS REGISTROS DE INMUNIZACI3N PARA EL M3DICO ASISTENTE.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO
DE UN MENOR**

Fecha: _____

Para los que podrían estar relacionadas con:

Yo doy mi permiso al doctor _____ para

examinar y proveer tratar a mi hijo (a) _____

Nombre del Paciente

_____ es _____ años de edad.

Paciente

Padres o Guardian

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 Intimidad 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 intimidad 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: _____