



## **ONCOLOGY & HEMATOLOGY OF SOUTH TEXAS, PA**

**EDUARDO MIRANDA, M.D., FACP**

2344 Laguna Del Mar Ct., Suite 104 78041 Laredo, Texas 78045

Phone: (956) 724-8543

Fax: (956) 724-8352

### **INFORMACION DEL PACIENTE**

***POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA CLARA***

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_ SEXO: M / F

NUM. DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ ESTADO MARITAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

NUM. TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

TRABAJO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

PODEMOS CONTACTARLO EN SU TRABAJO? YES / NO

PARA EMERGENCIA CONTACTAR A: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ OTRO NUM: \_\_\_\_\_

QUIEN ES SU DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOCTOR QUE LO REFIRIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL DE PREFERENCIA: \_\_\_\_\_

FARMACIA DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION DE LA PARTE RESPONSABLE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_ SEXO: M / F

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

NUM. SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ EMPLEO: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION DEL SEGURO MEDICO**

TIENE SEGURO MEDICO? \_\_\_\_\_ SI SU RESPUESTA ES NO, POR FAVOR HAGA ARREGLOS CON LA ADMINISTRACION DE LA OFICINA.

SEGURO PRIMARIO \_\_\_\_\_ NUM DE POLIZA: \_\_\_\_\_ NUM DE GRUPO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC. : \_\_\_\_\_ S. SOCIAL: \_\_\_\_\_

SEGURO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ NUM DE POLIZA: \_\_\_\_\_ NUM DE GRUPO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC. : \_\_\_\_\_ S. SOCIAL: \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO DE PAGO Y USO DE INFORMACION.**

POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO YO AUTORIZO A ONCOLOGY & HEMATOLOGY OF SOUTH TEXAS, P.A. (OHST, PA) QUE MANDE COBRAR A MI ASEGURANSA POR MIS BENEFICIOS MEDICOS. HE ENLISTADO TODOS LOS SEGUROS MEDICOS DE LOS CUALES RECIBO BENEFICIOS. YO ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DE PAGO POR LOS SERVICIOS OFRECIDOS QUE NO CUBRA EL SEGURO MEDICO. ESTOY DE ACUERDO PAGAR TODOS LOS COPAGOS Y DEDUCIBLES QUE MI SEGURO MEDICO DEJE BAJO MI RESPONSABILIDAD Y DEBERAN SER PAGADOS, AL MOMENTO DEL SERVICIO. TAMBIEN ACEPTO RESPONSABILIDAD POR LOS CARGOS QUE MI SEGURO NO CUBRA, SI OHST, PA NO ES PARTICIPANTE DE LA RED DEL SEGURO MEDICO. YO AUTORIZO A OHST, PA PARA USAR Y MANEJAR MI INFORMACION MEDICA RAZONABLEMENTE, PARA USO DE MIS TRATAMIENTOS, PAGOS Y CUIDADOS DE MI SALUD. YO ENTIENDO QUE ESTE CONSENTIMIENTO ES VOLUNTARIO, PERO SI YO ME NIEGO A FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO OHST, PA PUEDE NEGARSE A DARME TRATAMIENTO. YO ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACION PUEDE SER REVOCADA SOLAMENTE POR ESCRITO, Y SI YO REVOCO ESTE CONSENTIMIENTO, NO AFECTARA NUNQUUNA ACCION QUE OHST, PA HAYA TOMADO ANTES DE RECIBIR ESTA REVOCACION. ES MI DEBER DE NOTIFICAR A LA RECEPCIONISTA DE CUALQUIER CAMBIO EN MI ASEGURANZA, DIRECCION, TELEFONO, ETC

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL : \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_



**ONCOLOGY & HEMATOLOGY OF SOUTH TEXAS, PA**

**EDUARDO MIRANDA, M.D., FACP**

2344 Laguna Del Mar Ct., Suite 104 78041 Laredo, Texas 78045

Phone: (956) 724-8543

Fax: (956) 724-8352

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR**

**INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Yo autorizo la divulgación de mi expediente médico del siguiente médico y / o institución:

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

**Informes Específicos que deben ser liberados (marque cada uno deseado):**

\_\_\_ A. NOTAS DE PROGRESO

\_\_\_ E. TRATAMIENTOS DE QUIMOTERAPIA

\_\_\_ B. REPORTES DE LABORATORIO

\_\_\_ F. CONSULTAS

\_\_\_ C. REPORTES PATOLOGICOS

\_\_\_ G. OTROS: \_\_\_\_\_

\_\_\_ D. REPORTES DE RADIOLOGIA

**Favor de especificar la autorizacion de los siguientes resultados, con sus iniciales:**

\_\_\_ A. RESULTADOS DE VIH

\_\_\_ B. DOCUMENTACION DE DIAGNOSTICOS DE SIDA

\_\_\_ C. TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS/SALUD MENTAL

ESTA AUTORIZACION PUEDE SER UTILIZADA PARA PERMITIR UNA ENTIDAD CUBIERTA (SEGUN DICHO TERMINO DEFINIDO POR HIPAA Y VIGENTE LEY DE TEXAS) PARA USAR O DIVULGAR UN INDIVIDUO DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD. INDIVIDUO QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO DEBEN LEER LA FORMA EN SU TOTALIDAD ANTES DE FIRMAR Y COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES QUE APLICAN A SU DECISIÓN EN RELACIÓN CON EL USO O DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



## **ONCOLOGY & HEMATOLOGY OF SOUTH TEXAS, PA**

**EDUARDO MIRANDA, M.D., FACP**

2344 Laguna Del Mar Ct., Suite 104 78041 Laredo, Texas 78045

Phone: (956) 724-8543

Fax: (956) 724-8352

### **RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED (COMO PACIENTE DE ESTA PRÁCTICA) PUEDE SER USADO Y DIVULGADO, CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A SU INDIVIDUALMENTE IDENTIFICABLE INFORMACIÓN DE SALUD.

LISTA DE MIEMBROS DE LA FAMILIA A QUIENES PODEMOS DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE CUIDADO DE SALUD PARA

NOMBRE:

TELÉFONO:

RELACIÓN CON PT:

---

---

---

**He leído el AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD y he tenido cualquier pregunta contestada por esta oficina. Al firmar este formulario, consiento lo siguiente**

#### **La Importancia de la Información de Salud Protegida (PHI)**

Bajo esta ley, la información de salud de una persona está protegida contra la discriminación (injusta para la persona) o uso indebido o divulgación. Divulgación significa liberar, transferir o proporcionar acceso a información médica protegida, o dar PHI en cualquier forma, a cualquier persona fuera de la Oncology & Hematology of South Texas, PA.

#### **Ejemplos de uso o revelación discriminatorios o ilícitos son:**

- Las compañías de seguros que usan información protegida de salud para negar cobertura de vida o discapacidad
- Empleadores que usan información de salud protegida para tomar decisiones sobre contratación o despido
- Vecinos entrometidos, miembros de la familia o reporteros que usan información protegida de salud para sus propios fines (curiosidad oa veces para ganar dinero).

#### **Tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud (TPO)**

Información de salud protegida (PHI) es información de salud que podría revelar la identidad de una persona. La ley permite que el PHI sea usado o divulgado para el tratamiento médico de una persona, manejando actividades de pago para los servicios o productos médicos que la persona recibió, y las operaciones de atención médica (el trabajo diario de un negocio de cuidado de salud). Estos son llamados usos y revelaciones de TPO. En la mayoría de los casos, la PHI no puede ser utilizada o divulgada para propósitos que no sean TPOs sin obtener el permiso por escrito de la persona (autorización)

#### **Seguridad de la información electrónica protegida sobre la salud (E PHI)**

Estas directrices de seguridad establecen normas mínimas para garantizar la confidencialidad e integridad de la información electrónica protegida sobre la salud (E PHI) recibida, mantenida o transmitida por la Oncología y Hematología de South Texas, PA, así como otras oficinas que apoyan a nuestra organización. Todas las Oncología y Hematología del Sur de Texas, Departamento de AP / Entidades cumplirán o excederán estas normas implementando las necesarias salvaguardas administrativas, físicas y técnicas, según sea apropiado, en base a sus evaluaciones de riesgo.

**Nombre del paciente (PRINT):** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## **ONCOLOGY & HEMATOLOGY OF SOUTH TEXAS, PA**

**EDUARDO MIRANDA, M.D., FACP**

2344 Laguna Del Mar Ct., Suite 104 78041 Laredo, Texas 78045

Phone: (956) 724-8543

Fax: (956) 724-8352

### **AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA QUE ME IMAGEN**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo y doy mi permiso para que mi foto se tome para los expedientes médicos solamente. Entiendo que mi foto será vista por todo el personal médico y médico asistente. Mi foto / registros médicos también pueden ser utilizados si necesito ayuda de cualquier tipo, incluyendo la obtención de medicamentos a través de una farmacia especializada.

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

### **AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA OBSERVACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Eduardo Miranda, MD, FACP participa en programas de educación clínica con colegios y universidades para dar a los estudiantes involucrados en un curso de estudio relacionado con una carrera médica; Incluyendo estudiantes de medicina, pasantes y residentes ("estudiantes") experiencia en la práctica clínica. Su médico ha aceptado permitir que dicho (s) estudiante (s) observen sus actividades de cuidado del paciente con fines educativos solamente. Los estudiantes han firmado los acuerdos de confidencialidad apropiados de HIPAA y no estarán diagnosticando o tratando pero solo observarán a su médico durante su visita.

Al firmar abajo, usted acepta permitir que los estudiantes en el momento en que están presentes en la oficina de su médico para observar su atención médica durante sus visitas en esta oficina. Usted acepta que se le ha dado la oportunidad de negarse a dar tal consentimiento y que puede retirar su consentimiento en cualquier momento durante su cita.

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (PRINT): \_\_\_\_\_

SI EL PACIENTE NO PUEDE CONSENTIMIENTO O ES UN MENOR COMPLETO LO SIGUIENTE:

Este paciente, cuyo nombre está abajo, no puede consentir y ejecutar este documento por la siguiente razón:

\_\_\_\_\_

Por la presente, ejecuto este documento en nombre del paciente. He leído y entiendo completamente cada parte de este documento. Yo represento y verifico que estoy autorizado para ejecutar este documento en nombre del paciente mencionado arriba. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de este documento.

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

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo decliné permitir que los estudiantes observaran su atención médica durante sus visitas a esta oficina.

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



## ONCOLOGY & HEMATOLOGY OF SOUTH TEXAS, PA

**EDUARDO MIRANDA, M.D., FACP**

2344 Laguna Del Mar Ct., Suite 104 78041 Laredo, Texas 78045

Phone: (956) 724-8543

Fax: (956) 724-8352

### HISTORIAL MEDICO

**NOMBRE DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nivel mas alto de educacion? \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

**Habitos:**

Fumar(cantidadpordia): \_\_\_\_\_

Si el ex fumador, fecha de dejar de fumar: \_\_\_\_\_

Alcohol (cantidad): \_\_\_\_\_

Drogas(cantidad y tipo): \_\_\_\_\_

Peso Usual: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere todas las alergias (alimentos o medio ambiente): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **MR:** \_\_\_\_\_

Ultimo examen fisico? \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor? \_\_\_\_\_

Por favor, en numere todas las enfermedades graves, operaciones y otras hospitalizaciones que ha experimentado e indicarañoéstas se produjeron: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anote todos los medicamentos que está tomando actualmente (incluya medicamentos de venta libre)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### MOTIVOS DE CONSULTA

Por favor escriba (en orden de importancia) la presentan problemas de salud, síntomas o problemas que está experimentando: \_\_\_\_\_

### Historial Médico

¿Alguna vez ha tenido la siguiente: "No" o "SI", dejar en blanco si no está seguro)

neumonía		dolores de migraña		urticaria o eczema	
fiebre reumática		tuberculosis		SIDA o VIH +	
enfermedad del corazón		diabetes		alta o baja presión	
artritis		cáncer		problemas de espalda	
enfermedad venérea		polio		úlceras	
anemia		glaucoma		mono infecciosa	
infección de la vejiga		hemorroides		hepatitis	
epilepsia		asma		prolapso de válvula mitral	
transfusión sangre plasma		paro cardiaco		tendencia a hemorragias	
enfermedad de la tiroide		bronquitis		otra _____	

### Historial Familiar

		PARIENTE			PARIENTE
Diabetes			Ataque fulminante		
Problemas de corazon			Tendencia a hemorragias		
Presion alta			Anemia		
Leucemia			Obesidad		
Colesterol alto			Cancer		
Gota			Problema Renal		



## ONCOLOGY & HEMATOLOGY OF SOUTH TEXAS, PA

**EDUARDO MIRANDA, M.D., FACP**

2344 Laguna Del Mar Ct., Suite 104 78041 Laredo, Texas 78045

Phone: (956) 724-8543

Fax: (956) 724-8352

**Edad, o edad al fallecer**

**Si viven salud(buena,pobre)  
Si fallecido, causa de muerte**

Madre \_\_\_\_\_  
Padre \_\_\_\_\_  
Hermanos \_\_\_\_\_  
Cónyuge \_\_\_\_\_  
Hijos \_\_\_\_\_

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

¿Tiene usted ahora o ha tenido en el último año:

Debilidad O parálisis	Perdida de olfato	Heces alquitranadas negro	<b>HOMBRES</b>
Cansarse fácilmente	Ronquera persistente	Orina oscura	Secrecion del pene
Cambios de peso	Dolor de garganta	Jaudice amarillento	Dolor/bulto testiculos
Cambio en apetito	Dolor de lengua/ancias	Orinacion Frecuente (dia)	Impotencia
Sensible frio/caliente	Descarga de pecho	Orinacion Frecuente (noche)	<b>MUJERES</b>
Fiebre persistente	Frecuente/chronic tos	Aumento de sed	Primera menstruación
Sudor/bochorno	Falta de respiración	Orina dolorosa	Días de menstruación
Alergias	Espujo sangrado	Fuga de orina	Dias entre menstruación
Cambios en uñas/cabello	Sibilancias	Dificultad en orinar	Flujo pesada?
Cambios de piel	Dolor de pecho	Sangrado en la orina	Ultimo periodo _____
Dolor de cabeza	Dedos/labios morados	Falta de deseo sexual	Ultimo examen pélvico _____
Sangrado/moretones fácil	Inchacion de dedos/manos	Hemorroides	Ultimo mammograma _____
Doble Vision	Dificultad de respiración	Dolor de espalda	Numero de embarazos _____
Vision borrosa	Palpitaciones	Dolor o rigidez articulativos	Numero de Partos _____
Dolor de ojos	Calembres de piernas	Inchazon en articulaciones	Numero de partos prematuros _____
Ojos Infectados	Dificultad deglución	Calambres muscular	
Uso de lentes	Gastritis	Falta de sueno	
Ultimo examen visión	Belchin frecuente	Depresion	
Zumbido en los oídos	Calambres abdominal	Convulsiones	
Descarga en oídos	Nausea / Vomito	Perdida de memoria	
Dolor de oído	Vomito de sangre	Perdida de coordinación	
Disminuyo en sonido	Mareos /debilidad	Sangrado nasal	
Diarrea crónica	Testamento vital	Gripas frecuentes	
Constipacion crónica	Instrucciones anticipada	Problema sinusitis	

Firma De Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**ONCOLOGY & HEMATOLOGY OF SOUTH TEXAS, PA**

**EDUARDO MIRANDA, M.D., FACP**

2344 Laguna Del Mar Ct., Suite 104 78041 Laredo, Texas 78045

Phone: (956) 724-8543

Fax: (956) 724-8352

**ADVANCED DIRECTIVES.....DIRECTIVAS AVANZADAS**

Name of Patient: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

1. Do you have a living will? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene usted un testamento en vida? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. Do you have a Durable Power of Attorney? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. ¿Tienes un poder notarial? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3. Do you have a Do Not Resuscitate Form DNR? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3. Tiene usted una orden "De No Resucitar"? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4. Do you have a surrogate decision maker: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Name of this person: \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

4. Tiene usted un sustituto que sea o es responsable para usted: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Patient's Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_