



Arthritis Care of Texas

NUEVO PACIENTE REGISTRO FORMA

(Por favor Imprimir)

PACIENTE INFORMACIÓN

Del paciente último Nombre:		Primero:	Segundo nombre:	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	Estado conyugal: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Apartado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
<input type="checkbox"/> Señor <input type="checkbox"/> Señora <input type="checkbox"/> Señorita <input type="checkbox"/> Señorita						
Es este su legal ¿nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no, qué es su legal ¿nombre?	(Anterior nombre):		Nacimiento fecha: / /	Edad:	Sexo: M F
Calle DIRECCIÓN:		Nº de Seguridad Social:		Hogar Número de teléfono : ()		
correos Caja:	Ciudad:	Estado:		CREMALLERA Código:		
Ocupación:	Empleador:		Empleador teléfono No.: ()			
Referido a clínica por (por favor círculo):		Doctor	Familia Seguro para miembros	y amigos	Plan	

SEGURO INFORMACIÓN

(Por favor: Presenta tu tarjeta segura a cada visita)

Responsable de la factura:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):	Nº de teléfono de casa: ()		
Ocupación:	Empleador:	Dirección del empleador:	N.º de teléfono del empleador: , ,		
Es este paciente cubierto por ¿seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Por favor indique primario Seguro <input type="checkbox"/> BCBS <input type="checkbox"/> Atención sanitaria unificada Aetna <input type="checkbox"/> Humana <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> Cristo Salud <input type="checkbox"/> WellMed <input type="checkbox"/> Seguro médico del estado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Nombre del suscriptor:	Nº de S.S. del suscriptor:	Fecha de nacimiento: :	Nº de grupo:	N.º de póliza:	Copago: \$
Del paciente relación a Suscriptor: Yo mismo Esposa Hijo Otro					
Nombre de secundario seguro (si aplicable):		Suscriptores nombre:		Nº de Grupo:	Política No.:

EN CASO DE

Nombre de local amigo o relativo (no viviendo en mismo DIRECCIÓN):	Relación a paciente:	Hogar teléfono No.: ()	Trabajar teléfono No.: ()
--	----------------------	----------------------------	-------------------------------

Autorización para tratar: Doy mi consentimiento para el examen, el tratamiento y los procedimientos que se pueden realizar durante mis visitas al consultorio, incluido el tratamiento de emergencia

considerado necesario por el médico y/o su proveedor designado. **Cesión de seguro:** Por la presente, asigno el pago directamente a Arthritis Care of Texas por los servicios cubiertos por el seguro u otros planes de beneficios de salud. **Autorización para la divulgación de información:** Autorizo a Arthritis and Osteoporosis Center of Coastal Bend a divulgar a mi compañía de seguros y a sus agentes designados cualquier información médica, incluida la información relacionada con la atención psiquiátrica, el abuso de drogas y alcohol y el VIH/SIDA, necesaria para procesar cualquier revisión relacionada con la atención médica o las actividades de garantía de calidad. También autorizo la divulgación de información médica a otros proveedores de atención médica que brindan servicios de consulta con respecto a mi atención médica. Esta autorización permanece en vigor hasta que sea revocada por mí, por escrito. Estoy de acuerdo en que una fotocopia del mismo es tan válida como el original. **Reconocimiento de responsabilidad financiera:** Por la presente, reconozco que soy totalmente

Firma del paciente/tutor

Fecha



Arthritis Care of Texas

HIPAA AUTORIZACIONES DE COMUNICACIÓN

Paciente Contactos

Yo/Nosotros autorizar Artritis Cuidado de Texas a dejar mensajes o conversar mi FI con Los nombres que se enumeran a continuación: (Incluya el nombre y la relación)

_____ T e l é f o n o : _____

_____ T e l é f o n o : _____

Primario Cuidado Teléfono del doctor _____ :

Referente Teléfono del doctor _____ :

Otro _____ Teléfono: _____

I Autorizar la artritis Cuidado de Texas para usar la siguiente formulario(s) de comunicación Al contactar a mí acerca de Próximamente equipo, mi médico cuidado, mis prescripciones, y/o mi factura con el práctica. (*marque todas las que correspondan*)

- Buzón de voz hogar teléfono Buzón de voz personal celúla teléfono Texto personal celúla teléfono Correo electrónico

Privacidad Políticas y Políticas de la oficina

Acepto a el Privacidad Políticas (HIPPA) y Oficina Políticas de Artritis Cuidado de Texas. I Entender que una copia completa de ambos la Privacidad Las prácticas y políticas de la oficina están disponibles para mí en la oficina y en nuestro sitio web www.aoccb.com .

Paciente Firma:

Fecha:

Privilegiado Minorista Farmacia

Farmacia Nombre	
Número de teléfono	
DIRECCIÓN	
Almacenar Número	



Arthritis Care of Texas

Artritis Cuidado de Texas

Medicamento Política de recarga

Medicamentos prescrito por artritis Cuidado de Texas médicos como indicado para cada del paciente Salud y condiciones médicas. **Por lo general, se le entregan suficientes medicamentos o reposiciones para que duren hasta su próxima cita con el médico. Asegúrese de asistir a sus citas de seguimiento** para asegurarse de que su médico pueda controlar adecuadamente sus problemas médicos y la eficacia de los medicamentos que está tomando.

Si su medicamento necesidades a ser rellenado entre oficina visitas, el siguiente protocolo necesidades a ser seguido:

Información general y política:

- Traer todo medicamentos tú llevar a cada visita para su médico asistente y/o médico Para revisar
- Todas las solicitudes de reposición de medicamentos se realizan **durante el horario de oficina** , SIN EXCEPCIÓN. Fuera del horario de oficina, el teléfono de guardia está disponible. Sólo debe usarse en caso de necesidad urgente.
- Por favor permitir arriba a 2 semanas para tratamiento si su seguro requiere a preautorización en cualquier medicamento.

FAMA- Metotrexato, Sulfasalazina, Aravá (leflunamida), Plaquenil (hidroxicloroquina), Imuran (azatioprina), etc.

- Se puede otorgar una recarga única de medicamento **por 1 mes si el paciente no ha sido visto durante 3 meses** después de la última visita y es necesario programar una cita de seguimiento posterior.
- No rellenar voluntad ser dado si paciente tiene no estado visto para encima 3 meses, NO EXCEPCIÓN.

Biológico - Humillante, Enbrel, Cimzia, Orencia, Actemra, simponi, Benlysta, etc.

- Se puede otorgar una recarga única de medicamento **por 1 mes si el paciente no ha sido visto durante 3 meses** después de la última visita y es necesario programar una cita de seguimiento posterior.
- No rellenar voluntad ser dado si paciente tiene no estado visto para encima 3 meses, NO EXCEPCIÓN.
- Considerar vocación **en el menos 2 semanas** antes de que tú corras afuera de su medicamento.

Todo otro general medicamentos

- A Una sola vez **1 mes** medicamento rellenar, poder ser dado si el paciente tiene no estado visto para **3-6 meses después de última visita** y a posterior seguir arriba cita necesidades a ser hecho.
- No rellenar voluntad ser dado si paciente tiene no estado visto para **encima 6 meses** , SIN EXCEPCIÓN.

Paciente Firma: _____ Fecha: _____

Artritis Cuidado de Texas

PACIENTE MÉDICO HISTORIA FORMA

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
 Matrimonial Estado: _____

Fecha síntomas Comenzó: _____

Primario razón para visita: _____

MÉDICO HISTORIA *(controlar todo eso aplicar)*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer <i>(lista tipo)</i> _____ | <input type="checkbox"/> Ataque |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| Enfermedad | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Iritis | <input type="checkbox"/> Uveítis |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Venoso Trombosis |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumático | |

LISTA TODO DIAGNOSTICADO MÉDICO CONDICIONES

LISTA TODOS LOS ANTERIORES CIRUGÍAS:

Farmacia Privilegiada: _____
(Nombre, Ciudad)

SOCIAL HISTORIA *(controlar todo eso aplicar)*

- Consumo de alcohol: _____ bebidas por Semana
 Sin alcohol usar
- En riesgo para infección VIH (desprotegido sexo, IV droga usar, historia de transfusiones de sangre)
- Historia de droga usar
- De fumar Estado: Actual Si actual: _____ paquetes por día
 Ex (cuando renunció: ____) Nunca fumé
- Exposición al humo de segunda mano :
 Ambiental Ocupacional Perinatal/antes nacimiento
- Tabaco usar (otro/masticar): _____

FEMENINO SOLO PACIENTES :

Número de abortos espontáneos: _____

LISTA ACTUAL MEDICAMENTOS & SUPLEMENTOS: *(usar atrás de este forma para más espacio)*

Nombre	Dosis	Frecuencia	Vía

LISTA ALERGIAS A MEDICAMENTOS: Alergias No Conocidas

FAMILIA HISTORIA *(controlar si sangre parientes tener el siguiente)*

RELACIÓN ENFERMEDAD	A TÚ
<input type="checkbox"/> Anquilosante Espondilitis	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____
<input type="checkbox"/> Sangre Coágulos	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer	_____
<input type="checkbox"/> Colitis	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Corazón Enfermedad	_____
<input type="checkbox"/> Hipertensión	_____
<input type="checkbox"/> Iritis	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	_____
<input type="checkbox"/> Lupus	_____
<input type="checkbox"/> Osteoartritis	_____
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	_____
<input type="checkbox"/> Soriasis	_____
<input type="checkbox"/> Artritis	_____
<input type="checkbox"/> Reactivo Artritis	_____
<input type="checkbox"/> Reumatoide Artritis	_____
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____
<input type="checkbox"/> Uveítis	_____

REVISAR DE SISTEMAS
POR FAVOR CÍRCULO 'SÍ' o 'NO' PARA TODO ELEMENTOS ABAJO
(Problemas tú tener tenía dentro el pasado 3 meses)

ALERGIA/INMUNIDAD

Sí No Fiebre del heno
Sí No Hinchado glándulas o nodos
Sí No Débil sistema inmune

CARDIOVASCULAR

Sí No Pecho dolor
Sí No Alto sangre presión
Sí No Palpitación o corazón carreras
Sí No Hinchazón en piernas o pies

**ORE
JAS**

Sí No Oreja dolores
Sí No Oreja infecciones
Sí No Problemas de audición
Sí No Acúfeno
Sí No Vértigo

ENDOCRINO

Sí No Mama descargar
Sí No Diabetes
Sí No Excesivo sed
Sí No Intolerancia al calor o al frío
Sí No Tiroides problemas

**OJO
S**

Sí No Borroso visión
Sí No Doble visión
Sí No Anteojos o contactos
Sí No Glaucoma

MUSCULOESQUELÉTICO GENERAL

Sí No Fatiga
Sí No Fiebre
Sí No Pérdida de apetito
Sí No Noche suda
Sí No Reciente peso cambiar

GASTROINTESTINAL

Sí No Dolor abdominal
Sí No Sangre en heces
Sí No Constipación
Sí No Diarrea
Sí No Dificultad tragar
Sí No Acidez
Sí No Náuseas o vómitos

GENITOURINARIO

Sí No Sangre en orina
Sí No Frecuente micción
Sí No Riñón piedras
Sí No Pérdida de vejiga control

HEMATOLOGÍA/LINFÁTICA

Sí No Anemia
Transfusiones de Sí No Sangre
Sí No Fácil hematomas o sangrado

INTEGUMENTARIO (Piel)

Sí No Cambios en cabello o clavos
Sí No Sequedad
Sí No Nuevo estirar marcas
Sí No Erupciones

BOCA y GARGANTA

Sí No Seco boca
Sí No Frecuente doloroso gargantas
Sí No Doloroso lengua

NEUROLÓGICA

Sí No Frecuente dolores de cabeza
Sí No Cabeza lesión
Sí No Pérdida de conciencia
Sí No Entumecimiento alrededor boca
Sí No Entumecimiento o estremecimiento
Sí No Convulsiones
Sí No Temblores

NARIZ y SENOS PARANASALES

Sí No Frecuente resfriados
Sí No Mala ventilación nasal
Sí No Seno nubes

PSIQUIÁTRICO

Sí No Ansiedad
Sí No Depresión

RESPIRATORIO

Sí No Asma
Sí No Frecuentes tos
Sí No Falta de aliento
Sí No Escupir arriba sangre
Sí No Sibilancia

I tener Revisado el arriba y en un círculo todo síntomas cual aplicar. _____

Firma

Paciente Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

De hoy Fecha: _____