

Terren D. Klein M.D., P.A

1300 Murchison Dr. Ste 310-B El Paso, TX 79902

Ph (915) 706-2500 Fax (915) 444-5907

DATE: _____

MRN: _____

REGISTRACION DE PACIENTE

Nombre del Paciente - Apellido _____ Primer Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Sex Femenino Masculino Edad _____

SSN: (requerido para cobro) _____ Numero de Licencia _____

Raza: Africano Americano/ Negro Americano Indio/ Alaska Nativo Asiatico

Caucasico/ Blanco Nat. Hawaiian Otro

Ethnicity: Hispanic Latino Not Hispanic Latino Other _____

Primer Lenguaje: Ingles Espanol Otro _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo Otro _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

De Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo Electronico _____

Desempleado Empleado si Mismo Desabilitado Retirado Militar Activo Ama de Casa
 Estudiante Menor de Edad Otro

Empleador: _____ Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____ Numero de Tel _____

Ocupacion _____ Empleador _____

Informacion de Empleador:

Empleado Desempleado Empleado si Mismo Desabilitado Retirado Militar Activo
 Ama de Casa Estudiante Menor de Edad Otro

Empleador: _____ Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____ Numero de Tel _____

A quien le agradecemos su visita? _____

Doctor Primario _____ Direccion _____

Informacion de persona Responsable:

Relacion con el Paciente: Mismo Esposo/Esposa Padres Otro_____

Apellido_____ Primer Nombre_____

Fecha de Nacimiento_____ Seguro (requerido para cobro) _____

Esta oficina cumple con HIPPA y usted puede tener unas copias de la notificacion de la practica de privacides que se publica en la oficina

Quiero copia No Quiero copia

Informacion del seguro de compensacion laboral

Aseguranza_____ Fecha de Lesion_____ Parte del Cuerpo_____

Reclamo#_____ Ajustador_____

Direccion_____ Ciudad_____ Estado_____Codigo_____

Telefono#_____ Extencion_____ Fax_____

Informacion de Aseguranza Medica

Aseguranza Medica_____ Poliza #_____

Nombre de Asegurado_____ Apellido_____

Fecha de Nacimiento_____ Seguro#_____ (requerido para cobro)

Aseguranza Secundaria (si es aplicable)

Aseguranza Secundaria_____ Poliza #_____

Nombre del Asegurado_____ Apellido_____

Fecha de Nacimiento_____ Seguro del Asegurado_____

Informacion del Seguro de Abogado

Fecha de Accidente_____ Parte del Cuerpo_____

Nombre del Abogado_____ Manejado de el caso_____

Direccion_____ Ciudad_____ Estado_____Codigo_____

Telefono_____ Extencion_____ Fax_____

Terren D. Klein M.D., P.A.

MRN: _____

1300 Murchison Dr., Ste. 310 B | El Paso, TX 79902
PH (915) 706-2500 | FX (915) 444-5907

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Estamos comprometidos a brindar atención de calidad y servicio a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaración de nuestra póliza financiera, que requerimos que usted lea y acepte antes de cualquier tratamiento.

- Por favor entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. Los honorarios se pagan cuando se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de crédito, crédito de cuidado y seguro pre-aprobado para los cuales son proveedores contratados. Habrá un cargo de servicio de \$30 en todos los cheques devueltos.
- Es su responsabilidad conocer sus propios beneficios de seguro, incluyendo si somos proveedores contratados con su compañía de seguros, sus beneficios cubiertos y cualquier exclusión en su póliza de seguro y cualquier requerimiento de pre-autorización de su compañía de seguro.
- Intentaremos confirmar su cobertura de seguro antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar información de seguro actual y precisa, incluyendo cualquier actualización o cambios en la cobertura. En caso de que usted no proporcione esta información, usted será financieramente responsable.
- Si tenemos un contrato con su compañía de seguros facturamos primero a su compañía de seguros, menos cualquier copago o deducible(s) que la responsabilidad del paciente sea debida antes del tratamiento cualquier monto no cubierto por su seguro será su responsabilidad.
- Si no estamos contratados con su compañía de seguros, se espera que pague por todos los servicios prestados antes de su visita. Le proporcionaremos una declaración que usted puede enviar a su compañía de seguros para el reembolso.
- Por favor entienda que la cobertura de seguro tiene beneficios fuera de la red que tienen cargos de coaseguro, copagos más altos, deducibles más altos y beneficios anuales limitados. Si recibe servicios que forman parte de un beneficio fuera de la red, su parte de responsabilidad financiera puede ser superior a la tarifa de la red de seguros.
- Se requiere comprobante de pago e identificación con foto para todos los pacientes. Le pediremos hacer una copia de su identificación y tarjeta de seguros para nuestros registros. Proporcionar una copia de su tarjeta de seguro no confirma que su cobertura es efectiva o que los servicios prestados serán cubiertos por su compañía de seguros.
- Caso de compensación de trabajadores los pacientes intentaremos verificar la información para su reclamo de compensación de trabajadores antes del tratamiento. Es su responsabilidad para

actualizarnos de cualquier cambio de seguro, reclamaciones de lesiones de compensación de trabajadores múltiples y disputas a su caso o cualquier otro cambio financiero a su reclamo.

- Facturaremos a todos los trabajadores las facturas de compensación al seguro de compensación de trabajadores por pago. Si su reclamación fue cerrada o denegada en su totalidad, usted será financieramente responsable. Usted debe proporcionar su nueva información de seguro o se espera que pague por todos los servicios prestados al final de su visita.
- Los casos de abogado deben proporcionar \$300 y L. O. P. (carta de protección) de su abogado para la primera cita. Todos los seguimientos están cubiertos por el L. O. P. para la fecha de lesión y la parte del cuerpo especificada en el L. O. P. hasta que usted sea vertido por su médico.
- Facturaremos todos los casos de abogados a su abogado para el pago. Usted o su abogado se espera que pague en su totalidad por todos los servicios prestados una vez que su caso se haya liquidado o cerrado.
- Si usted está bajo un caso de abogado y su caso ya no está siendo manejado por ellos cualquier saldo pendiente será una responsabilidad del paciente cualquier saldo pendiente tendrá que ser pagado en su totalidad antes de programar cualquier visita o liberación de cualquier expediente médico.
- NO ATENDER POLIZA: Si no se muestra a su cita se le pedirá que pague un "NO-SHOW FEE" de \$25 que será debido antes o en su próxima cita/fecha. Esto no incluye ninguna otra tarifa adeudada por los servicios prestados, es decir, los deducibles de co-pagos y cualquier monto determinado como su responsabilidad. Tendremos "No-Show-Fee" si usted no nos llama para cancelar o re-programar su cita 24 horas antes de su visita.

He leído las políticas financieras contenidas arriba y mi firma abajo sirve como reconocimiento de una comprensión clara de mi financiero. Entiendo que si mi compañía de seguros niega la cobertura y/o el pago de los servicios prestados a mí, asumo la responsabilidad financiera y pagare todos esos cargos en su totalidad.

Firma del paciente/parte responsable _____ Date _____

Imprima el nombre del paciente/parte responsable _____

Relación con el Paciente _____

Terren D. Klein M.D., P.A.

MRN: _____

1300 Murchison Dr., Ste. 310 B | El Paso, TX 79902
PH (915) 706-2500 | FX (915) 444-5907

Codigo de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad ("HIPAA")

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted se cercior de que por su firma que usted ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos de la notificación pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Usted tiene el derecho de restringir la forma en que su información de salud protegida es usada y divulgada para tratamiento, pago o operaciones médicas. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago o operaciones sanitarias.

Al firmar este formulario, usted consiente el uso y divulgación de su información médica protegida y su uso potencialmente anónimo en una publicación. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- la información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago o operaciones de salud.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento al ejecutar este consentimiento

Podemos llamar por teléfono, correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas?

SI NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular?

SÍ NO

¿Podemos discutir su condición médica con algún miembro de su familia?

SI NO

En caso afirmativo, sírvase nombrar a los miembros permitidos:

Terren D. Klein M.D., P.A

Arrived: _____ **Scheduled:** _____ **MRN:** _____

CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____

Médico referendo: _____ Mano Derecha Mano Izquierda

Ocupacion: _____ **Estado Civil:** Soltero Divorciado Casado/a Viudo/a

Por favor complete este cuestionario medico para informar a su medico. Haga un circulo o marque las respuestas apropiadas cuando responda:

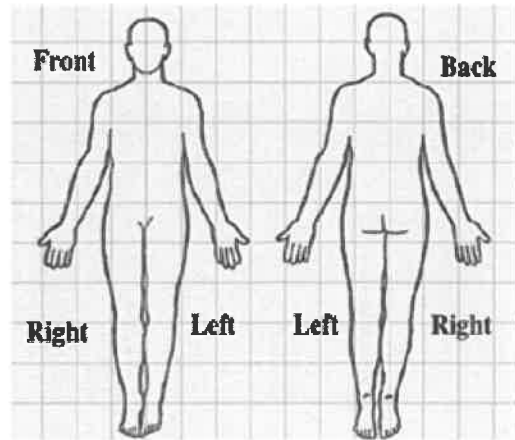
Queja principal (ejemplo: me cai y me lastime la rodilla)

Fecha de lecion /Inicio : _____

Parte del cuerpo: _____

Duracion:(Cuanto tiempo ha tenido este problema?)

- Leve
- Moderado
- Severo 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7 -- 8 -- 9 --10



Por favor maque "X" donde usted esta ahora teniendo problemas.

Factor de modificación:

Que lo hace mejor? _____ Que lo hace sentir peor? _____

Primera vez de este problema? _____ Nombre del Doctor? _____

Por favor indique cualquier prueba que se haya realizado para esta lesion:

- Rayos X'S MRI EMG CAT scan Ultrasonido Exploracion de huesos Otros

Por favor, indique cualquier tratamiento que se haya realizado para esta lesion:

- Chiropractico Endurecimiento de trabajo Clinica Clinica para Dolor

Terapia Fisica Por cuanto tiempo? _____

Por Favor, indique los medicamentos que le han dado para tratar esta afeccion:

Por cuanto tiempo? _____

Alguna vez se ha lastimado esta area del cuerpo anteriormente?

Si No En caso que Si fecha aproximada: _____

Historial Medico- Marque con X las respuestas apropiadas:

- Diabetes Enfermedad Cardiaca Alta Presión Artritis Reumatico
 Cancer Cholesterol Tiroides Artritis

Cirugias: _____

Historia Familiar- Marque con X las respuestas apropiadas:

- TB Cancer Asma Diabetis Artritis
 Historial de sangrado Artritis Reumatico Alta Presion Embolia
 Osteoporosis Coagulos Sanguineos Problemas de Corazon

Fumador: Actualmente Antes Nunca

Toma bebidas alcoholicas? Si No Tipo y Cantidad _____

Lista de medicamento

Alergia a algun medicamento:
