

Información Personal

Título: Sr. Sra. Srita Dr. LT: _____

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Segundo Nombre:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Sex:** M F Otro: _____

Correo Electronico: _____ **Ultimos 4 numeros de SS#:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____

Estado: _____ **Codigo Postal:** _____ **País:** _____

Tel. de Casa: _____ **Celular:** _____ **Tel. de Trabajo:** _____

Modo preferido de contacto: Tel. de Casa Celular Tel. de Trabajo

Si Es Visitante De Invierno Necesitamos Una Dirección De Verano:

Dirección: _____ **Ciudad:** _____

Estado: _____ **Codigo Postal:** _____ **País:** _____

Dese _____ **a** _____ **(mes a mes)**

PORFAVOR DE SELECCIONAR UNO

- Raza:**
- | | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano | <input type="checkbox"/> Extranjero No Residente |
| <input type="checkbox"/> Asia | <input type="checkbox"/> Raza y Origen Étnico Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Origen Español | <input type="checkbox"/> Dos o Más Razas |
| <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño Pacífico | Otro: _____ |

- Idioma:**
- | | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lenguaje de Signos Americanos | <input type="checkbox"/> Griego | <input type="checkbox"/> Portugués |
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Gujarati | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> Armenio | <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Italiano | Tagalo |
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Urdu |
| <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Criollo Francés | <input type="checkbox"/> Persa | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Polaco | |

- Ethnica:**
- Hispano/Latino/Origen Español
- NO Hispano/Latino/Origen Español

- Preferencia de Comunicación:** En Persona Correo Otro: _____
- Telefono Correo Electronico

Desea recibir nuestro boletín informativo y otra información promocional por correo electrónico: Sí No

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro: _____

Necesita información sobre la voluntad duradera? Sí No

Estado de Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Cuenta Propia Retirado

Otro: _____

Ocupación: _____

Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo Ninguno

Nombre de Escuela: _____

Contacto de Emergencia

Apellido: _____ Nombre: _____
Relación: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ País: _____
Tel. de Casa: _____ Celular: _____ Tel. de Trabajo: _____

Información de Seguro

Seguro Primario

Nombre del Seguro: _____ Identificación del Seguro: _____
Si AHCCCS (Seguro Estatal): United Healthcare Community Plan Otro: _____
 University Family Care
Fecha Efectiva: _____ Copago: _____

Relación con Asegurado

Yo Esposa(o) Hijo(a) Otro: _____
Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ País: _____
Tel. de Casa: _____ Celular: _____ Tel. de Trabajo: _____

Seguro Secundario

Nombre del Seguro: _____ Identificación del Seguro: _____
Fecha Efectiva: _____ Copago: _____

Relación con Asegurado

Yo Esposa(o) Hijo(a) Otro: _____
Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ País: _____
Tel. de Casa: _____ Celular: _____ Tel. de Trabajo: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Cuestionario de Historia Médica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ESTE ES UN FORMULARIO PARA OBTENER UNA PARTE DE SU HISTORIA MÉDICA. POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE.
HISTORIA MEDICA COMO DETERMINADA POR UN MÉDICO: (MARQUE TODAS LAS QUE LE CORRESPONDA)

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Cálculos Renales |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Alta Presion Sanguinea | <input type="checkbox"/> Enfermedad Fibroquística del Seno | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Ataque de Corazón | <input type="checkbox"/> Hernia Hiatal | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Audición Disminuida | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado | <input type="checkbox"/> GOTA |
| <input type="checkbox"/> Diabetes No-Insulínica | <input type="checkbox"/> Infecciones Renales | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pancreática |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Insulínica | <input type="checkbox"/> Disminución de la Visión | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñon |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | | |
| <input type="checkbox"/> Infarto | | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Ceno <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

ALERGIA A YODO: Sí No

Enumere todos los medicamentos a los que es alérgico: _____

Enumere todos los medicamentos que esta tomando actualmente:

Nombre de la Medicación	Dosificación	Cuándo se Toma la Medicación

Enumere todos los tipos de Cirugías que ha tenido:

Tipo de Cirugía	Año de Cirugía

Enumere las veces que ha estado hospitalizado que no sean cirugías y partos:

Ha tenido alguna transfusion de sangre? Sí No

Cuando: _____

Historia Familiar

(Coloque una "M" por el lado de la madre de la familia y una "P" por el lado de el padre de la familia)

- | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón _____ | <input type="checkbox"/> Problemas Tirodeos _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Cancer _____ |
| <input type="checkbox"/> Alta Presion Sanguinea _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñon _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmón _____ | <input type="checkbox"/> Infarto _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Estomacal _____ | <input type="checkbox"/> Trastornos Óseos _____ |

Otras enfermedades no listadas: _____

BIO CLINIC AUTORIZACIÓN PARA DE TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO / PROCEDIMIENTO

___ Autorizo a mi médico en la Clínica Familiar Bio para administrar tratamiento, anestésicos, y realizar procedimientos como él / ella considere necesario o conveniente en mi diagnóstico y tratamiento. Soy consciente de la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco ninguna garantía, garantía o seguridad ha sido hecha por el médico. Si se produce una exposición accidental de un trabajador de salud que mis sangre o fluidos corporales, autorizo y consiento a las pruebas de una muestra de mi sangre para ciertas enfermedades infecciosas, como la hepatitis y el virus asociado con el SIDA. Entiendo que no se le cobrará por estas pruebas si se realiza debido a la exposición de un trabajador de la salud. Me doy cuenta de la importancia de estas pruebas por amor de mí, así como para el personal sanitario.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

___ El médico está autorizado para proporcionar los registros de antecedentes pacientes pidió información o extractos a la atención primaria o médico de referencia, en su caso, y para cualquier compañía de seguros o tercero pagador con el fin de obtener el pago de la cuenta del médico por los servicios prestados a el paciente. El médico está autorizado a entregar la información de mi expediente médico para cualquier centro de salud o proveedor de atención continua.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

___ En caso de que el paciente tiene derecho a las prestaciones médicas que surjan de cualquier póliza de seguro que cubra el paciente o cualquier otra parte responsable por el paciente, dijo que los beneficios se queda cedido al médico para su aplicación en el proyecto de ley de los pacientes. Se acuerda que el médico puede aceptar dicho pago y dicho pago desempeñará dicho seguro de cualquiera y todas las obligaciones derivadas de la política en la medida de dicho pago. Yo soy responsable de los gastos no cubiertos por esta asignación.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

___ Estoy de acuerdo (como el paciente o la persona responsable) que, en consideración de los servicios a ser prestados al paciente, me obligo a pagar todos los cargos por el médico incurra en relación con el tratamiento del paciente o de costes que ello conlleve. Se acordó además que el abajo firmante se hace responsable de los cargos reales facturados. Gravámenes a la estimada en el momento del tratamiento están sujetos a cambios.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA QUE DEBEN TOMARSE

___ Yo consiento a mi imagen de ser llevado a convertirse en una parte de mi historia clínica como se juzga conveniente por mi doctor y él / Ella tiene permiso para incluir mi foto al soltar mis registros médicos a mi médico de referencia, el médico de atención primaria, y la compañía de seguros para procesar un reclamo o cualquier otra entidad que pueda dar el permiso en el futuro.

EL CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE DROGAS AL AZAR

___ Doy mi consentimiento a la presentación de la detección de drogas de orina al azar como un paciente de la Clínica Familiar Bio. Entiendo que se me puede probar en cualquier momento durante mi relación con la Clínica Familiar Bio y falta de cumplimiento de estas normas dará lugar a la terminación de mi relación con la Clínica Familiar Bio.

Este formulario ha sido plenamente explicado a mí y yo certifico que entiendo su contenido.

Firma del Paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA PROPÓSITOS DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por la Clínica Familiar Bio, con el fin de diagnosticar o proporcionar tratamiento a mí, obtener el pago de mis cuentas de atención médica o para realizar operaciones de atención médica de la Clínica Familiar Bio. Entiendo que el diagnóstico del tratamiento de mí por la Clínica Familiar Bio puede ser condicionada a mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo se usa o divulga mi información médica protegida para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atención médica de la práctica Clínica Familiar Bio No se requiere que cualquier restricción que solicito, sin embargo, si Bio Family Clinic está de acuerdo a una restricción que solicito, la restricción es vinculante para la Clínica Familiar Bio.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que la Clínica Familiar Bio ha tomado acción basada en este consentimiento.

Mi "información de salud protegida", la información de la salud, incluyendo información demográfica, recogido de los medios creados o recibidos por mi médico, otro proveedor de atención de la salud, un plan de salud, y mi empleador o proveedor de salud centro de intercambio. Esta información protegida de la salud se relaciona con mi pasado, la salud física o mental presente o futuro o condición y me identifica, o existe una base razonable para creer que la información pueda identificarme.

Entiendo que tengo derecho a opinar "Aviso de prácticas de privacidad" de Bio Clínica Familiar antes de firmar este documento. El Aviso de la Clínica Familiar Bio de prácticas de privacidad se ha proporcionado a mí. El "Aviso de Prácticas de Privacidad" describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, pago de mis cuentas o en la realización de operaciones de atención médica de la Clínica Familiar Bio.

Este "Aviso de prácticas de privacidad" también describe mis derechos y deberes MD con respecto a mi información protegida de la salud.

Clínica Familiar Bio se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el "Aviso de prácticas de privacidad". Puedo obtener una notificación revisada de "Privacidad Prácticas" llamando a la oficina y solicitando se envíe una copia revisada por correo o solicitando una copia en el momento de mi próxima cita.

Firma del Paciente

Fecha

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN VÍA ORAL PARA FAMILIA O
AMIGOS PARA FINES DE TRATAMIENTO, PAGO, Y CUIDADO DE LA SALUD
OPERACIONES**

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Clínica Familiar Bio tiene mi permiso para divulgar mi información médica confidencial a los siguientes individuos que están involucrados en mi cuidado:

Nombre	Relación

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento y que las revelaciones hechas de buena fe pueden ya han ocurrido y que la retirada de la autorización no se puede aplicar retroactivamente.

Firma del Paciente

Fecha

RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS DE NO APARACER A SU CITA CON BIO FAMILY CLINIC

Para todos los pacientes:

Debido al creciente número de pacientes que no se presentan a sus citas programadas o no cancela dentro de un período de 24 horas antes de su cita, la práctica ha establecido la política de no presentarse con una cuota de \$ 25.00. Las excepciones para emergencias serán considerados en forma individual.

Por favor, recuerde que la confirmación de la llama que hacemos antes de que usted cita son una cortesía. Ofrecemos tarjetas de citas con sus citas en ellos. Es su responsabilidad para saber cuándo está previsto que cita. Falta su nombramiento porque no te he llamado no es una excusa para la cita perdida. Si pierde su tarjeta de cita, por favor llame a la oficina para comprobar la fecha y la hora.

Por favor sea considerado y asistir a sus citas o llamar con 24 horas de antelación para reprogramar. Esta nueva política es efectiva a 03/01/2014.

Por favor firme aquí para confirmar que ha leído y comprendido esta política

Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente/Guardián

Fecha

RECONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE RECARGA DE RECETAS

Comuníquese con su farmacia con respect a las solicitudes de recargas de medicamentos. Su farmacia notificará a nuestra oficina sobre su solicitud. Tenga en cuenta que requerimos un aviso de 72 horas para procesar las solitudes de recarga de medicamentos.

Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente/Guardián

Fecha

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Clínica Familiar Bio se compromete a proteger la confidencialidad de su información médica. Este aviso describe cómo podemos utilizar su información médica dentro de nuestras instalaciones y cómo podemos divulgar su información médica a otros. Por favor, revíselo y háganos saber si usted tiene alguna pregunta.

La firma de este formulario es un reconocimiento de que ha recibido una copia de las **Prácticas de HIPPA**.

Nombre de Paciente

Firma del Paciente

Fecha

HIPAA POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Introducción

BIO FAMILY CLINIC (BFC) ha adoptado estas políticas de políticas y procedimientos de HIPAA para reconocer el requisito de cumplir con Health Insurance Portability and Accountability Act (“HIPAA”), enmendado por el Health Information Technology for Economic and Clinical Health (“HITECH”) Act de 2009 (Título XIII de la división A y Título IV de la división B de la American Recovery and Reinvestment Act “ARRA”) y la HIPAA Omnibus Final Rule (Fecha efectiva: Marzo 26, 2013). Reconocemos que el cumplimiento total de HIPAA Final Rule es requerida po o antes de Septiembre 23, 2013.

Por la presente reconocemos nuestro deber y responsabilidad de proteger la privacidad y seguridad de el Individually Identifiable Health Information (“IIHI”) en general, y Protected Health Information (“PHI”) como se define en el HIPAA Regulations, bajos los reglamentos que implementan HIPAA, otras leyes federales y estatales que protegen la confidencialidad de la información personal, y bajo los principios de ética general y profesional. También reconocemos nuestro deber y responsabilidad de apoyar y facilitar el flujo oportuno y sin obstáculos de la información de la salud parafines legales y apropiados.

Alcance de las Políticas

Estas políticas rigen el establecimiento y mantenimiento de políticas y procedimientos para **BIO FAMILY CLINIC (BFC)**. Todo el personal de **BIO FAMILY CLINIC (BFC)** debe cumplir con esta política. La competencia demostrada en los requisitos de esta política es una parte importante de las responsabilidades de cada miembro de la fuerza laboral.

Los oficiales, agentes, empleados, socios comerciales, contratistas, proveedores afectados, trabajadores temporales y voluntarios deben leer, comprender y cumplir con esta política en todo momento y en todo momento.

Suposiciones

- **BIO FAMILY CLINIC (BFC)** por la presente reconoce su estado como una Entidad Cubierta bajo las definiciones contenidas en las Regulaciones HIPAA.
- **BIO FAMILY CLINIC (BFC)** debe cumplir con HIPAA y las regulaciones de implementación de HIPAA, de acuerdo con los requisitos en 45 CFR Partes 160 y 164, como enmendado.
- El cumplimiento total con HIPAA es obligatorio y el incumplimiento puede traer sanciones y sanciones severas. Las posibles sanciones y sanciones incluyen, entre otras: sanciones monetarias civiles, penas criminales que incluyen sentencias de prisión y pérdida de ingresos y reputación por publicidad negative.
- El cumplimiento total de HIPAA fortalece nuestra capacidad de cumplir con otras obligaciones de cumplimiento y respaldará y fortalecerá nuestros requisitos y esfuerzos de cumplimiento no HIPAA.
- El cumplimiento total de HIPAA reduce el riesgo general de usos inadecuados y divulgaciones de el Protected Health Information (PHI), y reduce el riesgo de violaciones de datos de salud confidenciales.
- Los requisitos de la HIPAA Administrative Simplification Regulations (incluyendo el HIPAA Privacy, Security, Enforcement, and Breach Notification Rules) implementando secciones 1171-1180 del Social Security Act (the Act), secciones 262 y 264 de Ley Pública 104-191, sección 105 de 492

Ley Pública 110-233, secciones 13400-13424 de Ley Pública 111-5, y sección 1104 de Ley Pública 111-148.

- Entidades sujetas a Reglas HIPAA también están sujetos a otros estatutos y regulaciones federales. Por ejemplo, los programas federales deben cumplir con los estatutos y reglamentos que los rigen. De conformidad con sus contratos, los proveedores de Medicare deben cumplir con los requisitos de la Ley de Privacidad de 1974. Las instalaciones de tratamiento de abuso de sustancias están a las disposiciones de Confidencialidad de Abuso de Sustancias de la Ley de Servicios de Salud Pública, sección 543 y sus reglamentos. Y, los proveedores de atención médica en las escuelas, institutos y universidades pueden estar dentro del ámbito de la Ley de Privacidad y Derechos Edcativos de Familia.

Declaración de Políticas

- Son las políticas de BIO FAMILY CLINIC (BFC) en crear e implementar políticas y procedimientos apropiados según lo exija la ley y como lo sugieren las buenas prácticas comerciales y la ética comercial general.
- Todas las políticas y procedimientos deberán actualizarse y enmendarse según sea necesario o según lo exija la ley.
- Todas las políticas y procedimientos se distribuirán a toda la fuerza de trabajo o se pondrán a su disposición de otra forma.
- Todas las políticas y procedimientos se mantendrán y asegurarán periódicamente, y las copias se almacenarán fuera del sitio junto con otros registros comerciales importantes para su custodia.
- Todos los miembros de la fuerza de trabajo deben leer, comprender y cumplir con esta y todas las demás políticas y procedimientos creados e implementados por BIO FAMILY CLINIC (BFC).

Procedimientos

- **BIO FAMILY CLINIC (BFC)** deberá crear o revisar sus propias políticas y procedimientos de HIPAA, consistentes con todas las Reglas y Reglamentos HIPAA aplicables, así como con las Leyes y Estatutos Estatales aplicables.
- **BIO FAMILY CLINIC (BFC)** designará a un individuo calificado para asumir el control del proceso de políticas y procedimientos. Este individuo deberá informar a IRFAN FAZIL, M.D. y ejecutará el proceso de creación o revisión de manera oportuna, a fin de cumplir con la fecha límite de Cumplimiento HIPAA actual de Septiembre 23, 2013.
- **BIO FAMILY CLINIC (BFC)** deberá contratar a su asesor legal calificado para orientar o revisar el proceso de creación/revisión de políticas y procedimientos, e interceder cuando sea necesario, para asegurar las políticas y procedimientos cumplan con todas las normas HIPAA (y otras) aplicables a **BIO FAMILY CLINIC (BFC)**.
- **BIO FAMILY CLINIC (BFC)** deberá publicar internamente sus políticas y procedimientos de HIPAA, cuando estén completos, a los miembros de su fuerza laboral, y deberá proporcionar la capacitación adecuada a los miembros de su fuerza laboral sobre la interpretación y la implementación de sus políticas y procedimientos.
- **BIO FAMILY CLINIC (BFC)** tendrá protecciones administrativas, técnicas y físicas apropiadas para proteger la privacidad de la información de salud protegida.
- **BIO FAMILY CLINIC (BFC)** debe salvaguardar razonablemente la información de salud protegida de cualquier uso o divulgación intencional o no intencional que viole los estándares, las especificaciones de implementación o otros requisitos de esta subparte.
- **BIO FAMILY CLINIC (BFC)** debe salvaguardar razonablemente la información de salud protegida para limitar usos o divulgaciones incidentales realizadas de conformidad con un uso o divulgación de otra manera permitido o requerido.

Cumplimiento y Aplicación

Todos los gerentes y supervisores son responsables de hacer cumplir estas políticas. Los empleados que violen estas políticas estarán sujetos a medidas disciplinarias que pueden incluir el despido de acuerdo con las Políticas de Sanción de **BIO FAMILY CLINIC (BFC)**.