



## Patient Portal Consent Form

The patient portal is a secure web portal that allows you as a patient to access medical records including medications, lab results, and medical history via the internet. It also allows you communicate with our office via secure messaging. You may request refills and request referrals online.

Please read the following policy carefully:

- We are offering the patient portal as a convenience to you at no cost. We do not sell or give away any private information, including e-mail addresses, without your written consent. We reserve the right to suspend or terminate the patient portal at any time and for any reason.
- We will make every attempt to return portal messages within 24 to 48 hours. You must call our office at 817-831-0321 if you have an urgent matter to discuss.

Please do NOT use the portal for emergencies.

- We do NOT refill controlled substances over the portal.
- If you are not receiving emails from us, please check your JUNK email folder before contacting us.
- By using this patient portal, you agree to protect your password from any unauthorized individuals.

It is your responsibility to notify us should your password be stolen or needs to be reset. You agree not to hold T & R Clinic, P.A. responsible for any network infractions beyond our control.

To OPT IN, please check the OPT IN box, sign below and provide a valid e-mail address.

To OPT OUT, Please check the OPT OUT box and sign below.

\_\_\_\_\_  
Patient's Name (Print)

\_\_\_\_\_  
E-mail Address

\_\_\_\_\_  
D.O.B.

\_\_\_\_\_  
Signature (Parent or Guardian if patient is a Minor)

\_\_\_\_\_  
Date

OPT IN

OPT OUT



## Consentimiento de Portal del Paciente Formulario

El portal paciente es un portal de red seguro que permite que un paciente obtenga acceso a los registros médicos, incluyendo medicamentos, resultados de laboratorio, y la clínica historial a través de redes sociales. También le permite comunicarse con nuestra oficina a través de mensajería segura. Usted puede solicitar recargos y solicitar referencias en línea.

Por favor lea la siguiente política con cuidado:

- Estamos ofreciendo el portal del paciente como una conveniencia para usted sin costo alguno. Nosotros no vendemos o regalamos cualquier información privada, incluyendo direcciones de correo electrónico, sin su consentimiento por escrito. Nos reservamos el derecho de suspender o terminar el portal de pacientes en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Vamos a hacer todo lo posible para devolver mensajes portal dentro de 24 a 48 horas. Debe llamar a nuestra oficina al 817-831-0321 si tiene un asunto urgente para discutir.

Por favor, no utilizar el portal para las emergencias.

- Nosotros no rellenos sustancias controladas a través del portal.
- Si usted no está recibiendo correos electrónicos de nosotros, por favor revise su carpeta de correo no deseado antes de contactarnos.
- Al utilizar este portal para pacientes, usted está de acuerdo para proteger su contraseña de cualquier persona no autorizada.

Es su responsabilidad de notificarnos en caso de robo o hay que resetear su contraseña. Usted acepta no mantener T & R Clínica, P.A. responsable de cualquier infracción de la red que es fuera de nuestro control.

Para optar, por favor marque la casilla OPT IN, firmar y proveer una dirección de correo electrónico válida.

Para optar, por favor marque la casilla OUT OPT y firme abajo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (Imprimir)

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma (padre o tutor si el paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Date

OPT IN

OPT OUT



11/02/2017

**TO: All Patients – Thank you for choosing T&R Clinic, P.A. to provide health care for you and your family.**

1. We respect and value your time as we expect you to respect ours. It is to our mutual benefit for you to keep your appointments and arrive on time. *If necessary, it is your responsibility to cancel within 24 hours before the appointed time. **If you do not call to cancel and do not arrive for the appointment** you may incur a non-cancellation fee of \$25. **If you arrive late for an appointment** you may be seen *if your provider's schedule allows*, but may have to wait until after the last appointment patient (A.M. or P.M.) has been seen. Communicate with the front office about these matters. Your cooperation will be appreciated.*

2. Any time you are to receive medical services you will be asked to provide photo identification *as a security measure*. Established patients are asked to arrive 15 minutes prior to appointment time, and new patients to arrive 30 minutes early to allow completion and handling of paperwork, updates, or other documentation. *You may be considered late if you arrive at the exact appointment time; it may be necessary to re-schedule your appointment.* **PLEASE NOTE: Established patients that arrive 10 min or more past their appointment time will be asked to reschedule. New patients that do not arrive at least 15 min prior their appointment time will be asked to reschedule.**

3. All co-pays, deductibles and co-insurances will be collected before you are placed in a treatment room. **T&R Clinic can provide a payment plan if necessary.** It is our policy to be as helpful as possible, but prior arrangements are required; you may be referred to one of our Billing Specialists. **An insufficient funds fee in the amount of \$30 will be charged for all checks returned to us, and you may be charged that fee, plus the amount of your check.**

4. Should any of your information change, we ask you to notify us as soon as possible. It's easier to do that when you're feeling well than when you are ill. **All information is important, and having the most current information available at all times is vital to your well-being.** *Please note that if you have not visited the clinic for three or more years, you will be considered a "new patient" for records purposes, and will be asked to complete a forms package so as to bring your provider current with any changes that may have accrued.*

5. For our mutual protection, we require annual updating of your information. **Having your insurance information and personal identification readily available helps expedite processing when you check in.** You may find it beneficial to prepare a small card that details information about your surgeries, major health problems (allergies, etc.) and medications that you are currently taking. **Keep it updated!** *The card can be a convenient ready-reference that will aid in completion of forms and make your Clinic visit go more smoothly.*

6. T&R Clinic, P.A. serves people of all ages, many with serious health issues that include physical disabilities. In the interest of safety it is important for parents with small children to keep them under control at all times. **T&R Clinic, P.A., is not responsible for any accidents or injuries sustained by any child who is not under immediate control of their parent(s) or guardian(s).** *Minor children must not be left alone in the waiting room. We ask that you keep your children seated and quiet, that you respect other patients as they are being asked to respect you. Your cooperation is expected and will be appreciated.*

7. **Except for bottled water, NO FOOD OR DRINKS ARE ALLOWED IN THE WAITING ROOMS, HALLWAYS, AND/OR TREATMENT ROOMS.**

8. **PLEASE TURN THE SOUND OFF ON ALL TOYS AND ELECTRONIC DEVICES WHEN ENTERING THE CLINIC BUILDING,** and **DO NOT use them in exam rooms.** THERE IS NO PUBLIC ACCESS TO POWER OR INTERNET; **do not move furniture in an attempt to find access.** *Security cameras are in operation, and failure to comply with this request could affect your standing as a patient.*

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient's Printed Name: \_\_\_\_\_ Patient's DOB: \_\_\_\_\_

Copy given to patient



Mayo 1 del 2016

PARA TODOS LOS PACIENTES- Gracias por haber elegido a T&R Clinic, P.A. como proveedor del cuidado de su salud.

1. Nosotros respetamos y valoramos el tiempo de nuestros pacientes. Es de beneficio mutuo que usted mantenga sus citas y llegue a tiempo. *En caso que tenga que cancelar su cita, es su responsabilidad hacerlo al menos con 24 horas de anterioridad. **Si usted no nos llama para cancelar la cita y no asiste a esta, la clínica le cobrara \$25.00. Si usted llega tarde a su cita, el proveedor lo verá siempre y cuando su horario se lo permita y usted podría tener que esperar hasta que el último paciente (A.M. o P.M.) sea atendido. Comuníquese con la recepción acerca de este requerimiento.*** Su cooperación será apreciada.
2. Cada vez que reciba tratamiento médico, le pediremos que nos provea una identificación con fotografía *como método de seguridad.* Si ya es paciente de la clínica se le pedirá que esté presente 15 minutos antes de su cita, pero si es paciente nuevo debe llegar 30 minutos antes de su cita para poder completar toda la papelería y documentación requeridas. *Será considerado tarde si usted llega exactamente a la hora de la cita y es posible que tengamos que programar esta nuevamente. **Tenga en cuenta: A los pacientes establecidos que lleguen 10 minutos o más después de la hora de su cita se les pedirá reprogramar su cita. A los nuevos pacientes que no lleguen al menos 15 minutos antes de la hora de su cita se les pedirá que reprogramen su cita.***
3. Todos los copagos, deducibles y co-seguro serán cobrados antes de recibir el tratamiento médico. **T&R Clinic le puede proveer un plan de pago en caso que lo necesite.** Esta es nuestra meta ayudarle en lo posible, pero es necesario hacer este proceso con anterioridad a su cita en la oficina de finanzas de la clínica. **Se le cobrarian \$30.00 por cada cheque sin fondos, y se le cobrara esa cantidad más la cantidad por la cual hizo el cheque.**
4. Si su información ha cambiado le pedimos que nos notifique lo más pronto posible, es más fácil hacer el cambio cuando usted se siente bien que cuando está enfermo. *Toda información es importante para su tratamiento y tener la información actualizada es vital para su pronta recuperación. Por favor, tenga en cuenta que si usted no ha visitado la Clínica en tres o más años, será considerado paciente nuevo en nuestros archivos y debe proveernos todos los cambios que haya tenido durante ese periodo de tiempo.*
5. Para su protección y la nuestra también, la clínica requiere que su información sea renovada o verificada cada año. **Si nosotros tenemos la información de su seguro medico y su identificación disponible, esto facilita y acelera el proceso en la recepción.** También podría ayudar si usted tiene una tarjeta con información acerca de cirugías, problemas de salud como alergias, etc. y medicinas que usted toma regularmente; esto podría ayudarle para que su visita sea más rápida.
6. T&R Clínic sirve a personas de todas las edades y algunas con muchos problemas de salud como discapacidades físicas. Por seguridad, es importante que los padres de niños pequeños los mantengan bajo control todo el tiempo. **T&R Clínic no es responsable por ningún accidente causado por algún niño que no esté bajo control de sus padres o tutor. Menores de edad no deben dejarse solos en la sala de espera. Le pedimos que mantenga sus niños sentados y silenciosos,** respete a otros pacientes así como a ellos se les pide que lo respeten a usted. Su cooperación será altamente apreciada.
7. **Excepto por agua en botella, SE PROHIBEN COMIDAS Y BEBIDAS EN LAS SALAS DE ESPERA, CORREDORES Y EN LOS CUARTOS DE EXAMEN.**
8. **POR FAVOR, APAGUE EL SONIDO DE CUALQUIER APARATO ELECTRONICO CUANDO ENTRE A LA CLINICA, y por ninguna razón USE estos en los cuartos de examen.** NO ESTA PERMITIDO UTILIZAR LAS TOMAS DE CORRIENTE ELECTRICA O EL INTERNET y **no mueva los muebles intentando acceder a estas.** Las cámaras de seguridad están funcionando y si usted no sigue esta norma podría ser afectada su estadía como paciente en la clínica.

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

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_ DOB del Paciente \_\_\_\_\_

**PATIENT INFORMATION SHEET**

**Please PRINT clearly and complete ALL blanks in black ink. This document is part of your permanent record.**

<b>Patient Information</b>	Full LEGAL Name			D.O.B.		Social Security #:		
	Address			Apt #	City:		State:	Zip:
	Home Phone ( ) <input type="checkbox"/> Preferred		Cell Phone ( ) <input type="checkbox"/> Preferred		Work Phone ( ) <input type="checkbox"/> Preferred			
	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		Marital Status: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W			Race/Ethnicity:		Preferred Language:
	(If under the age of 18) Mother: Phone: ( )			Father: Phone: ( )		Guardian: Phone: ( )		
	Employed: <input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Part time		Student: <input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Part time	<input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Disabled	<input type="checkbox"/> Not Employed	Email Address:		
	Employer/School Name:		Address:			City/ State		Zip
		Phone: ( )						
<b>Financial Responsible Party</b>	Is patient responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If you are over the age of 18 and not in the care of an institution you are the guarantor as you are the person financially responsible for any charges you may incur during your visit.)							
	Name		Address		City/State/Zip		Relationship to patient	
	Occupation		Employer			D.O.B. SS#		
	Home Phone ( ) <input type="checkbox"/> Preferred		Cell Phone ( ) <input type="checkbox"/> Preferred		Work Phone ( ) <input type="checkbox"/> Preferred			
<b>Emergency Contact</b>	Preferably someone not living in the same residential Name: RELATIONSHIP TO PATIENT:		Home Phone ( ) <input type="checkbox"/> Preferred		Cell Phone ( ) <input type="checkbox"/> Preferred			
	Preferably someone not living in the same residential Name: RELATIONSHIP TO PATIENT:		Home Phone ( ) <input type="checkbox"/> Preferred		Cell Phone ( ) <input type="checkbox"/> Preferred			
<b>Insurance</b> <small>Please PRINT, and have all cards available for copying and/or scanning.</small>	<b>Primary Insurance Company</b>		Subscriber's SS#		D.O.B.	Policy #		
	Subscriber's Name		<b>Patient's Relationship to Insured</b> <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other			Group #		
	<b>Secondary Insurance Company</b>		Subscriber's SS#		D.O.B.	Policy #		
	Subscriber's Name		<b>Patient's Relationship to Insured</b> <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other			Group #		

**I understand that if any of the insurance information I have provided is incorrect or if I fail to notify the office of any insurance changes, that I am responsible for all physician charges and non-covered medical services.**

**Do you have a Living Will?**  Yes  No **Do you have a Power of Attorney for Healthcare?**  Yes  No

I understand that T & R Clinic, PA is on an Electronic Medical records system which will allow T & R Clinic, PA providers to access or retrieve any necessary health information regarding my health care from pharmacy and medical facility internally and externally.

This facility has on staff Nurse Practitioner(s) and Physician Assistant(s) to assist with the delivery of medical care. A Nurse Practitioner /Physician Assistant is NOT a doctor. A Nurse Practitioner is a Registered Nurse who has received advanced education and training in the provision of health care. A Physician Assistant is (PA) is a healthcare professional trained and licensed to practice medicine with limited supervision of a physician. A Nurse Practitioner/ Physician Assistant can diagnose, treat, and monitor common, acute, and chronic diseases, as well as provide health maintenance care. In addition, the Nurse Practitioner/ Physician Assistant may treat minor lacerations and other injuries. I understand that any time I can refuse to see the Nurse Practitioner or Physician Assistant and ask to see a provider.

I authorize the release of any medical information necessary to process claims. I permit a copy of this authorization to use in place of the original. This authorization may be revoked by either me or my insurance company, in writing, at any time.

I hereby authorize T & R Clinic, PA to apply for benefits in my behalf for covered services ordered or rendered by the provider. I request that payment from my insurance company be made directly to T & R Clinic, PA (or to the party who accepts assignment.)

I am granting T & R Clinic, PA to notify me of medication, Disease or clinical research problems or advances.

I have read and fully understand the information above and consent to it by signing below:

Signature \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**

**Por favor ESCRIBA claramente y llene COMPLETAMENTE todos los espacios en tinta color negro.**

**Este documento es parte de su registro electronico y sera permanente.**

<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>	Nombre Completo			Fecha de Nacimiento		Seguro Social #:		
	Direccion			Apto #		Ciudad:		
	Estado:		Codigo Postal:					
	Tel- Casa ( ) <input type="checkbox"/> Preferido		Tel-Celular ( ) <input type="checkbox"/> Preferido		Tel-Trabajo ( ) <input type="checkbox"/> Preferido			
	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado Marital: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V		Raza/Etnicidad:		Lenguaje Preferido:	
	(Si es menor de 18) Madre: Tel: ( )			Padre: Tel: ( )		Guardian: Tel: ( )		
	Empleado: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo		Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo		<input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado		<input type="checkbox"/> Desempleado	
Correo Electronico:								
Empleador /Nombre de la Escuela:		Direccion:			Codigo Postal			
		Ciudad/Estado:			Tel: ( )			
<b>PERSONA RESPONSABLE FINANCIERAMENTE</b>	Es el paciente la persona responsable/Garante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si usted es mayor de 18 anos y no esta bajo el amparo de una institucion, usted es el garante o persona responsable por cualquier pago derivado de la consulta medica.)							
	Nombre		Direccion		Ciudad/Estado/Codigo Postal		Relacion con el Paciente	
	Ocupacion		Empleador			Fecha de Nacimiento:		Seguro Social #:
	Tel- Casa ( ) <input type="checkbox"/> Preferido		Tel-Celular ( ) <input type="checkbox"/> Preferido		Tel-Trabajo ( ) <input type="checkbox"/> Preferido			
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>	Preferiblemente alguien que no viva en su misma residencia		Nombre:		Tel- Casa ( ) <input type="checkbox"/> Preferido		Tel-Celular ( ) <input type="checkbox"/> Preferido	
	Relacion:							
<b>SEGURO MEDICO</b> <small>Por favor escriba aqui la informacion y tenga todas las tarjetas de seguro con usted para ser copiadas al momento de su visita.</small>	<b>Nombre del Seguro Primario</b>		Numero del Seguro Social del Asegurado:		Fecha de Nacimiento:		Numero de Miembro:	
	Nombre del Asegurado		<b>Relacion del Paciente con el Asegurado</b> <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro			Grupo #		
	<b>Nombre del Seguro Secundario</b>		Numero del Seguro Social del Asegurado:		Fecha de Nacimiento:		Numero de Miembro:	
	Nombre del Asegurado		<b>Relacion del Paciente con el Asegurado</b> <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro			Grupo #		
<b>Entiendo que si alguna de la informacion que yo he dado es incorrecta, o si yo no informe de cualquier cambio en el seguro medico, sere responsable por todos los cargos y servicios medicos no cubiertos por la poliza.</b>								
Tiene un testamento para el cuidado de su salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Tiene un abogado para el cuidado de su salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
<p>Yo entiendo que T &amp; R Clinic, P.A. tiene las historias medicas de sus pacientes en un sistema electronico el cual le permite a los proveedores de la clinica accede a cualquier informacion medica de las farmacias y otras facilidades medicas acerca de mi cuidado medico. La clinica cuenta con enfermera(s) practicantes y asistente(s) medicos para asistirle a usted en el cuidado medico.</p> <p>Enfermeras practicantes y asistentes medicos no son doctores. Una enfermera practicante es una enfermera registrada que ha recibido educacion avanzada y entrenamiento para proveer el cuidado de la salud. Un asistente medico es un profesional entrenado en el cuidado de la salud y con licencia para practicar medicina con limitada supervisione un medico. Una enfermera practicante/asistente medico pueden diagnosticar, tratar, y monitorear enfermedades comunes, complicadas y cronicas, tambien como proveer cuidado medico de prevencion. Ademas , la enfermera practicante y asistente medica pueden tratar laceraciones minimas y otras lesiones.</p> <p>Yo entiendo que en cualquier momento puedo negarme a que me atienda la enfermera practicante/asistente del doctor y pedir que me atienda un doctor. Yo autorizo la liberacion de cualquier infomacion medica necesaria para procesar cobros. Yo permit que se use una copia de esta autorizacion en lugar de la original. Esta autorizacion puede ser anulada por mi o por mi compania de seguro medico por escrito en cualquier momento.</p> <p>Yo autorizo a T &amp; R Clinic, P.A. para que apliquen por mi para beneficios de servicios prestados u autorizasos por el doctor. Yo solicito que los pagos de mi seguro medico sean realizados directamente a T &amp; R Clinic, P.A. (o a la parte que acepte la asignacion).</p> <p>Yo le concede a el personal autorizado de T &amp; R Clinic, P.A. permiso par ver mi record medico y/o record de recetas medicas de Fuentes externas a la Clinica.</p> <p>Yo tambien autorizo a T &amp; R Clinic, P.A. a notificarme acerca de problemas o avances en la investigacion de medicinas y enfermedades.</p> <p>Yo he leído y entendido completamente la informacion presentada arriba y doy mi consentimiento al firmar este documento.</p>								
Firma: _____				Fecha: _____				



# PRIVACY QUESTIONNAIRE

Patient's Name: \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_

I. Please list the family members or other persons, if any, whom we may inform about your general medical condition and your diagnosis:

PRINTED Name/relationship: \_\_\_\_\_ Phone # ( ) \_\_\_\_\_

PRINTED Address \_\_\_\_\_ City/State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

II. PLEASE PRINT the family members or significant others, if any, who we may inform about your medical condition IN AN EMERGENCY:

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone # ( ) \_\_\_\_\_

PRINTED Address \_\_\_\_\_ City/State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone # ( ) \_\_\_\_\_

PRINTED Address \_\_\_\_\_ City/State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

III. PLEASE PRINT the address where you would like your billing statements and/or correspondence from our office to be sent IF OTHER THAN YOUR HOME.

Address \_\_\_\_\_ City/ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

IV. PLEASE PRINT the name of the place and telephone number, if any, where you want to receive calls about your appointments, lab and x-ray results; or other health care information IF OTHER THAN YOUR HOME.

Name: \_\_\_\_\_ Phone # ( ) \_\_\_\_\_

V. Can confidential messages (i.e. appointment reminders) be left on your voicemail? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

VI. If you do not have voicemail, can confidential messages be left at your place of employment?  
\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

VII. I hereby acknowledge receipt of a copy of T & R Clinic's Privacy Practices and my rights regarding my protected health information. \_\_\_\_\_ **Initial**

VIII. I authorize T & R Clinic, PA to confirm appointment time(s) and date(s) to my employer or school official for the purpose of verifying my/my child's excused absence(s). This authorization is valid until revoked. \_\_\_ Yes \_\_\_ No  Retired  Not employed  Not attending school \_\_\_\_\_ **Initial**

Please **PRINT** Patient/Guardian Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



### QUESTIONARIO DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

I. Por favor, escriba el nombre de familiares u otras personas, si hay algunas, a quienes nosotros pudieramos informar acerca de su condicion medica general o diagnosis:

Nombre y relacion con el paciente (IMPRESA): \_\_\_\_\_  
Telefono ( ) \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

II. Por favor, escriba el nombre de familiares u otras personas, si hay algunas, a quienes nosotros pudieramos informar acerca de su condicion medica en una emergencia:

Nombre y relacion con el paciente (IMPRESA): \_\_\_\_\_  
Telefono ( ) \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Nombre y relacion con el paciente (IMPRESA): \_\_\_\_\_  
Telefono ( ) \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

III. Por favor, escriba la direccion donde usted quisiera recibir su estado de cuenta y/o correspondencia de nuestra oficina si es diferente de la de su casa.

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

IV. Por favor, escriba el nombre de el sitio y numero de telefono, si hay alguno, donde usted quiera recibir llamadas acerca de sus citas medicas, laboratorio, resultado de Rayos X u otra informacion acerca de su salud

**SI ES OTRO DIFERENTE A EL TELEFONO DE SU CASA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

V. Pueden mensajes confidenciales (acerca de citas medicas) ser dejados en el contestador automatico del telefono? \_\_\_ Si \_\_\_ No

VI. Si usted no tiene contestador automatico en su casa, **podria un mensaje confidencial ser dejado en su sitio de trabajo?** \_\_\_ Si \_\_\_ No

VII. Dejo constancia que he recibido de T & R Clinic una copia de mis derechos sobre la privacidad de la informacion acerca de mi salud. \_\_\_\_\_ Iniciales

VIII. Yo autorizo a T & R Clinic, PA para confirmar la hora y el dia de mi cita a mi empleador o escuela con el proposito de verificar la excusa de ausencia de mi/mi hijo (s). Esta autorizacion es valida hasta que sea revocada. \_\_\_ Si \_\_\_ No  Retirado  No Empleado  No atiendo escuela \_\_\_\_\_ Iniciales

Nombre del paciente/guardian (IMPRESA) \_\_\_\_\_

Firma del paciente/guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**PATIENT NAME:**  
(Nombre de paciente)

**DATE:**  
(Fecha)

**REASON FOR VISIT:**  
(Razon de la Visita)

<b>FAMILY HISTORY</b> Please mark all that apply. <b>HISTORIA FAMILIAR</b> Por favor, marque todas las que aplican.	<b>Father</b> (Padre)	<b>Mother</b> (Madre)	<b>Father's Parents</b> (Abuelo Paternos)	<b>Mother's Parents</b> (Abuelo Maternos)	<b>Siblings</b> (Hermanos)	<b>Children</b> (Hijos)	<b>VACCINE</b> (Vacunas)	<b>YEAR OF LAST</b> (Año de la ultima)
HIGH BLOOD PRESSURE (PRESION ARTERIAL ALTA)							TETANUS/Td (TETANOS)	
EPILEPSY (EPILEPSIA)							INFLUENZA (FLU) (GRIPA)	
CANCER (CANCER)							PNUEMONIA (NEUMONIA)	
ECZEMA/PSORIASIS (ECZEMA/PSORIASIS)							HEPATITIS (HEPATITIS)	
HEART ATTACK/STROKE (ATAQUE CARDIACO/DERRAME)								
DIABETES (DIABETES)							<b>TEST/EXAM</b> (TEST/EXAMENES)	
ASTHMA (ASMA)							RECTAL/STOOL (RECTAL/MATERIA FECAL)	
HAY FEVER (ALERGIA AL POLEN)							CHOLESTEROL (COLESTEROL)	
OTHER _____ (OTRO)							EYE EXAM (EXAMEN DE LOS OJOS)	
OTHER _____ (OTRO)							T.B. TEST (TEST DE TUBERCULOSIS)	

<b>HOSPITAL ADMISSIONS</b> (HOSPITALIZACIONES)	<b>YEAR</b> (ANO)	<b>ILLNESS OR OPERATION</b> (ENFERMEDAD O OPERACION)	<b>YEAR</b> (ANO)	<b>ILLNESS OR OPERATION</b> (ENFERMEDAD O OPERACION)
<b>not including pregnancies</b> (No incluya embarazos)				

<b>LIST ALL MEDICATIONS YOU ARE NOW TAKING. INCLUDING THOSE YOU BUY WITHOUT A PRESCRIPTION.</b> (ENUMERE TODAS LAS MEDICINAS QUE ESTE TOMANDO AHORA. INCLUYENDO ESAS SIN RECETA MEDICA.)	<b>ALLERGIES</b> (ALERGIAS)

**MEDICAL HISTORY MARK (C) FOR CURRENT PROBLEMS. CHECK (✓) AND INDICATE AGE WHEN YOU HAD ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS OR DISEASES.**  
(HISTORIA MEDICA Marque (C) por actuales problemas. Marque (✓) y escriba la edad cuando tuvo alguno de los siguientes sintomas o enfermedades.)

<input type="checkbox"/> Increased hearing (Disminucion de la audicion) <input type="checkbox"/> Ringing in ear (Ruido en los oidos) <input type="checkbox"/> Ear infections- frequent (Infeccion de oidos-frecuentes) <input type="checkbox"/> Dizzy spells (Mareos) <input type="checkbox"/> Fainting Spells (Desmayos) <input type="checkbox"/> Failing Vision <input type="checkbox"/> Eye pain (Vision deficient)    (Dolor de ojo) <input type="checkbox"/> Double or blurred vision	<input type="checkbox"/> Loss of appetite- recent (Perdida de Apetito- Reciente) <input type="checkbox"/> Difficulty/swallowing (Dificultad al Tragar) <input type="checkbox"/> Heartburn <input type="checkbox"/> Peptic ulcer (Agrieras)    (Ulcera Peptica) <input type="checkbox"/> Persistent nausea/vomiting (Nausea Persistente/Vomito) <input type="checkbox"/> Abdominal pain-chronic (Dolor de Estomago- Cronico) <input type="checkbox"/> Gall bladder trouble (Problemas de la Vesicula Biliar) <input type="checkbox"/> Jaundice/Hepatitis	<input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) <input type="checkbox"/> Thyroid disease (Enfermedad de la Tiroides) <input type="checkbox"/> Seizures <input type="checkbox"/> Stroke (Convulsiones)    (Derrame Cerebral) <input type="checkbox"/> Tremor/hands shaking (Temblor/Temblor incontrolable de las manos) <input type="checkbox"/> Numbness/tingling sensations (Adormecimiento/Sensaciones de Hormigueo) <input type="checkbox"/> Headaches- frequent (Dolores de Cabeza-frecuentes)	<input type="checkbox"/> Alcohol _____ oz. per wk (Consume Alcohol ___ Oz. por semana) <input type="checkbox"/> Smoking ___ cig/day (Fuma ___ Cig/Dia) ___ # years (anos) <b>Year quit</b> _____ (Año que paro de fumar) <input type="checkbox"/> Coffee/Tea (Café/Te) ___ cups per day (Tazas al Dia) <input type="checkbox"/> Recent hair loss (Reciente perdida de cabello)  <b>FEMALES- Complete</b> <b>PARA MUJERES- Completar</b>
--	---	---	--

<p>(Vision doble o borrosa)</p> <input type="checkbox"/> <b>Nose bleeds- recurrent</b> (Sangrado Nasal- recurrente) <input type="checkbox"/> <b>Sinus trouble</b> (Sinusitis) <input type="checkbox"/> <b>Sore throat- frequent</b> (Dolor de Garganta- frecuente) <input type="checkbox"/> <b>Hoarseness- prolonged</b> (Ronquera- Prolongada) <input type="checkbox"/> <b>Hayfever/Allergies</b> (Alergia al polen/Alergias) <input type="checkbox"/> <b>Pneumonia/ Pleurisy</b> (Neumonia/Pleuresia) <input type="checkbox"/> <b>Bronchitis/ Chronic cough</b> (Bronquitis/Tos cronica) <input type="checkbox"/> <b>Asthma/ Wheezing</b> (Asma/Silbido al Respirar) <input type="checkbox"/> <b>Shortness of breath</b> (Dificultad al respirar) <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <b>on exertion</b> (Haciendo ejercicio)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <b>lying flat</b> (Estando acostado)</p> <input type="checkbox"/> <b>Chest pain</b> (Dolor de Pecho) <input type="checkbox"/> <b>High Blood Pressure</b> (Presion Arterial Alta) <input type="checkbox"/> <b>Heart murmur</b> (Soplo en el Corazon) <input type="checkbox"/> <b>Swollen ankles</b> (Tobillos Hinchados) <input type="checkbox"/> <b>Irregular pulse</b> (Pulso Irregular) <input type="checkbox"/> <b>Palpitations</b> (Palpitaciones) <input type="checkbox"/> <b>Leg Pain- when walking</b> (Dolor de piernas-Cuando Camina) <input type="checkbox"/> <b>Varicose veins/ Phlebitis</b> (Venas Varicosas/Flebitis)	<p>(Ictericia/ Hepatitis)</p> <input type="checkbox"/> <b>Diarrhea</b> <input type="checkbox"/> <b>Constipation</b> (Diarrea)              (Constipacion) <input type="checkbox"/> <b>Diverticulosis</b> (Diverticulosis) <input type="checkbox"/> <b>Chrohn's/ Colitis</b> (Colon Irritable/Colitis) <input type="checkbox"/> <b>Bloody or tarry stools</b> (Heces Fecales con Sangre o Negras) <input type="checkbox"/> <b>Hemorrhoids</b> <input type="checkbox"/> <b>Hernia</b> (Hemorroides)      (Hernia) <input type="checkbox"/> <b>Urine infections- frequent</b> (Infeccion Urinaria- frecuente) <input type="checkbox"/> <b>Blood in urine</b> (Sangre en la Orina) <input type="checkbox"/> <b>Kidney Stones</b> (Calculos Renales) <input type="checkbox"/> <b>Urination</b> <input type="checkbox"/> <b>Painful</b> (Orinar Frecuentemente)      (Con Dolor) <input type="checkbox"/> <b>Overnight &gt; than twice</b> (Por la Noche > Mas de dos veces) <input type="checkbox"/> <b>Loss of Control</b> (Perdida de Control) <input type="checkbox"/> <b>Decrease in force/flow</b> (Disminucion en la fuerza/Chorro Urinario) <input type="checkbox"/> <b>Venereal disease</b> (Enfermedad Venerea) <input type="checkbox"/> <b>Urethral discharge</b> (Secrecion Uretral) <input type="checkbox"/> <b>Chronic fatigue</b> (Fatiga Cronica) <input type="checkbox"/> <b>Weight-loss</b> <input type="checkbox"/> <b>Gain-recent</b> (Perdida de Peso)      (Aumento Reciente) <input type="checkbox"/> <b>Anemia</b> <input type="checkbox"/> <b>Bruise easily</b> (Anemia)      (Moretones con Facilidad) <input type="checkbox"/> <b>Cancer</b> (Cancer)	<input type="checkbox"/> <b>Arthritis/Rheumatism</b> (Artritis/Reumatoismo) <input type="checkbox"/> <b>Back pain- recurrent</b> (Dolores de Espalda- Recurrente) <input type="checkbox"/> <b>Bone Fracture/joint injury</b> (Hueso Roto/Lesion Articular) <input type="checkbox"/> <b>Gout</b> <input type="checkbox"/> <b>Osteoporosis</b> (Gota)              (Osteoporosis) <input type="checkbox"/> <b>Foot Pain</b> (Dolor de Pie) <input type="checkbox"/> <b>Cold numb feet</b> (Pies frios y adormecidos) <input type="checkbox"/> <b>Rashes</b> <input type="checkbox"/> <b>Hives</b> (Erupciones Cutaneas)      (Urticaria) <input type="checkbox"/> <b>Psoriasis</b> <input type="checkbox"/> <b>Eczema</b> (Psoriasis)      (Eczema) <input type="checkbox"/> <b>Sleeping/concentration difficulty</b> (Dificultad para dormir/ Concentrarse) <input type="checkbox"/> <b>Depression</b> (Depresion) <input type="checkbox"/> <b>Nervousness</b> <input type="checkbox"/> <b>Agitation</b> (Nerviosismo)      (Agitacion) <input type="checkbox"/> <b>Memory loss</b> <input type="checkbox"/> <b>Moodiness</b> (Perdida de la Memoria)      (Malhumor) <input type="checkbox"/> <b>Suicidal thoughts</b> (Pensamientos Suicidas) <input type="checkbox"/> <b>Phobias</b> <input type="checkbox"/> <b>Mental illness</b> (Fobias)      (Enfermedad Mental) <input type="checkbox"/> <b>Feelings of worthlessness</b> (Sentimientos de Inutilidad) <input type="checkbox"/> <b>Rheumatic Fever</b> (Fiebres Reumaticas) <input type="checkbox"/> <b>Chicken Pox</b> <input type="checkbox"/> <b>Polio</b> (Varicela)      (Polio) <input type="checkbox"/> <b>Mumps</b> <input type="checkbox"/> <b>Scarlet Fever</b> (Paperas)      (Escarlatina) <input type="checkbox"/> <b>Measles</b> <input type="checkbox"/> <b>German Measles</b> (Sarampion)      (Rubeola) <input type="checkbox"/> <b>Tuberculosis</b> <input type="checkbox"/> <b>Herpes</b> (Tuberculosis)      (Herpes)	<p><b>Menstrual flow (Menstruacion):</b></p> <input type="checkbox"/> <b>Reg .</b> <input type="checkbox"/> <b>Irreg.</b> <input type="checkbox"/> <b>Pain/cramps</b> (Reg.)      (Irreg.)      (Dolor/Colicos) <p>___ <b>Days of flow (Dias del periodo)</b></p> <p>___ <b>Length of cycle</b> (Duracion del Ciclo menstrual)</p> <input type="checkbox"/> <b>Pain/Bleeding during or after sex</b> (Dolor/Sangrado durante o despues del sexo) <p><b>Number of (Numero de):</b></p> <p>___ <b>Pregnancies</b>      ___ <b>Abortions</b> (Embarazos)      (Abortos)</p> <p>___ <b>Miscarriages</b> (Aborto Involuntario)</p> <p>___ <b>Live births (Nacidos vivos)</b></p> <p><b>Birth Control Method</b> _____ (Metodo Anticonceptivo)</p> <p><b>B.C. pill (name)</b> _____ (Nombre del Anticonceptivo)</p> <input type="checkbox"/> <b>Flushing/ Menopause</b> (Sofocos/Menopausia) <p><b>Date of last Pap test</b> _____ (Fecha de la ultima citologia)</p> <input type="checkbox"/> <b>Normal</b> <input type="checkbox"/> <b>Abnormal</b> (Normal)      (Anormal) <p><b>Date of last Mammogram</b> _____ (Fecha de la Mamograma)</p> <input type="checkbox"/> <b>Normal</b> <input type="checkbox"/> <b>Abnormal</b> (Normal)      (Anormal)
<b>OTHER (OTRO)</b>			
<p><b>ADVANCED DIRECTIVES ( DOCUMENTO LEGAL PARA SALUD)</b></p> <input type="checkbox"/> <b>YES (SI)</b> <input type="checkbox"/> <b>NO (NO)</b> <b>Date (Fecha)</b> _____ <p>If yes, copy in patient record (Si es asi, as copia en el expediente del paciente)</p>		<p>Hepatitis C risk factor      <input type="checkbox"/> <b>Tattoos</b>      <input type="checkbox"/> <b>Body Piercing</b> (Factores de riesgo para Hepatitis C)      (Tatuajes)      (Aretes)</p> <input type="checkbox"/> <b>Blood Transfusion prior to 1992</b> <input type="checkbox"/> <b>Contact with bloody/bodily fluid</b> (Transfusion de sangre antes de 1992)      (Contacto con Sangre/Fluidos corporals) <input type="checkbox"/> <b>Shared razor/toothbrush</b> (Compartio una afeitadora/Cepillo de Dientes) <input type="checkbox"/> <b>IVdrug use (1+ times)</b> ( Uso de drogas intravenosas) (1 o mas veces)	