



## 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



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 cobraran \$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 \_\_\_\_\_

**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:<br>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  |  | Tel- Casa ( ) <input type="checkbox"/> Preferido  |                 | Tel-Celular ( ) <input type="checkbox"/> Preferido                       |  |                     |                     |
|  | Nombre:<br>Relacion:  |  | Tel- Casa ( ) <input type="checkbox"/> Preferido  |                 | Tel-Celular ( ) <input type="checkbox"/> Preferido                       |  |                     |                     |
| <b>SEGURO MEDICO</b><br><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:<br>Numero de Miembro:                               |  |                     |                     |
|  | Nombre del Asegurado  |  | <b>Relacion del Paciente con el Asegurado</b><br><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:<br>Numero de Miembro:                               |  |                     |                     |
|  | Nombre del Asegurado  |  | <b>Relacion del Paciente con el Asegurado</b><br><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 supervisiode 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 solicto 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 leido y entendido completamente la informacion presentada arriba y doy mi consentimiento al firmar este documento.</p> |   |  |   |                 |  |  |                     |                     |
| Firma: _____   |   |  | Fecha: _____  |                 |  |  |                     |                     |



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

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

| <b>LIST ALL MEDICATIONS YOU ARE NOW TAKING. INCLUDING THOSE YOU BUY WITHOUT A PRESCRIPTION.</b><br>(ENUMERE TODAS LAS MEDICINAS QUE ESTE TOMANDO AHORA. INCLUYENDO ESAS SIN RECETA MEDICA.) | <b>ALLERGIES</b><br>(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<br>(Disminucion de la audicion)<br><input type="checkbox"/> Ringing in ear<br>(Ruido en los oidos)<br><input type="checkbox"/> Ear infections- frequent<br>(Infeccion de oidos-frecuentes)<br><input type="checkbox"/> Dizzy spells<br>(Mareos)<br><input type="checkbox"/> Fainting Spells<br>(Desmayos)<br><input type="checkbox"/> Failing Vision <input type="checkbox"/> Eye pain<br>(Vision deficient)    (Dolor de ojo)<br><input type="checkbox"/> Double or blurred vision | <input type="checkbox"/> Loss of appetite- recent<br>(Perdida de Apetito- Reciente)<br><input type="checkbox"/> Difficulty/swallowing<br>(Dificultad al Tragar)<br><input type="checkbox"/> Heartburn <input type="checkbox"/> Peptic ulcer<br>(Agrieras)    (Ulcera Peptica)<br><input type="checkbox"/> Persistent nausea/vomiting<br>(Nausea Persistente/Vomito)<br><input type="checkbox"/> Abdominal pain-chronic<br>(Dolor de Estomago- Cronico)<br><input type="checkbox"/> Gall bladder trouble<br>(Problemas de la Vesicula Biliar)<br><input type="checkbox"/> Jaundice/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes)<br><input type="checkbox"/> Thyroid disease<br>(Enfermedad de la Tiroides)<br><input type="checkbox"/> Seizures <input type="checkbox"/> Stroke<br>(Convulsiones)    (Derrame Cerebral)<br><input type="checkbox"/> Tremor/hands shaking<br>(Temblor/Temblor incontrolable de las manos)<br><input type="checkbox"/> Numbness/tingling sensations<br>(Adormecimiento/Sensaciones de Hormigueo)<br><input type="checkbox"/> Headaches- frequent<br>(Dolores de Cabeza-frecuentes) | <input type="checkbox"/> Alcohol _____ oz. per wk<br>(Consume Alcohol ___ Oz. por semana)<br><input type="checkbox"/> Smoking ___ cig/day<br>(Fuma ___ Cig/Dia)<br>___ # years (anos)<br>Year quit _____<br>(Año que paro de fumar )<br><input type="checkbox"/> Coffee/Tea (Café/Te)<br>___ cups per day (Tazas al Dia)<br><input type="checkbox"/> Recent hair loss<br>(Reciente perdida de cabello)<br><br><b>FEMALES- Complete</b><br><b>PARA MUJERES- Completar</b> |
|--|---|---|--|