



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE MENORES

Si su hijo necesita servicios médicos o hospitalarios, usted, como padre, debe dar su autorización. Es la ley. ¿Qué sucede si no se le puede contactar para dar permiso? Un niño puede recibir tratamiento sin el consentimiento de los padres cuando un médico determina que existe una verdadera emergencia. Una verdadera emergencia significa que el niño necesita atención médica inmediata y tratar de obtener el consentimiento de los padres resultaría en un retraso que podría aumentar el riesgo para la vida o la salud del niño.

A veces, sin embargo, un niño puede necesitar atención inesperada, lo cual no es realmente una emergencia. En tales casos, tratar de comunicarse con uno de los padres para obtener permiso puede retrasar el tratamiento y crear una ansiedad innecesaria para el niño. Para aliviar los retrasos en el tratamiento, asegúrese de que los médicos de su hijo sepan cómo comunicarse con usted en todo momento. Cuando sea difícil comunicarse con usted, puede designar a un adulto para que autorice el tratamiento médico de su hijo.

Este documento le permite designar a familiares, amigos y/o cuidadores (cualquier persona mayor de 18 años) para dar su consentimiento para el tratamiento médico de su hijo.

Nombre del menor: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Yo/nosotros, padre(s) o tutor(es) legal(es) del niño menor mencionado anteriormente, designamos al(los) adulto(s) a continuación para dar su consentimiento para el tratamiento médico de mi hijo.

Nombre y relación con el niño	Teléfono #	Dirección
1.		
2.		
3.		
4.		

*Si los padres se divorcian, la ley supone que los padres deben ser "tutores de administración conjunta". Esto significa que compartirían las responsabilidades de toma de decisiones sobre un niño. Si un tribunal ha designado a alguien para que sea el curador o tutor principal, proporcione al personal de recepción una copia de la orden judicial firmada.

*Una copia del Código de Familia de Texas, Título 2. Niño en relación con la familia, Subtítulo A. Limitaciones de la minoría, Capítulo 32. Consentimiento para el tratamiento del niño por parte de alguien que no es el padre o el niño, Subcapítulo A. Consentimiento para tratamiento médico, dental, psicológico, y tratamiento quirúrgico, está disponible a pedido y se puede ver en <https://statutes.capitol.texas.gov/?link=FA>.

1. Nombre del padre / tutor legal: _____

Por favor marque la casilla que corresponda:

Madre Padre Tutor legal (Se puede pedir a los tutores legales que presenten documentos judiciales firmados).

Dirección: _____ **Teléfono#:** _____

2. Nombre del padre / tutor legal: _____

Por favor marque la casilla que corresponda:

Madre Padre Tutor legal (Se puede pedir a los tutores legales que presenten documentos judiciales firmados).

Dirección: _____ **Teléfono#:** _____

Certifico que toda la información proporcionada por mí en esta autorización (o cualquier otro documento adjunto o requerido) es correcta, precisa y completa a mi leal saber y entender.

Firma: _____ **Fecha:** _____

T & R Clinic, P.A. Aviso de Prácticas de Privacidad

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

ENTENDIENDO SU INFORMACIÓN DE SALUD

Cada vez que visita un hospital, médico u otro proveedor de atención médica, se crea un registro de su visita para administrar la atención que recibe. T & R Clinic, P.A. entiende que la información médica que se registra sobre usted y su salud es personal. La confidencialidad de su información de salud también está protegida por las leyes estatales y federales. Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo T & R Clinic, P.A. puede usar y divulgar su información y los derechos que tiene con respecto a su información de salud.

Clínica T & R, PA no usará ni divulgará su información de salud sin autorización por escrito, excepto como se describe en este Aviso. El uso o divulgación de conformidad con este Aviso puede incluir la transferencia electrónica de su información de salud.

SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Aunque su información de salud es propiedad física del centro o médico que la compiló, la información le pertenece a usted y usted tiene ciertos derechos sobre esa información. Tiene derecho a:

- Solicitar, por escrito, una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. Sin embargo, la ley no exige el acuerdo con la solicitud, como cuando se determina que no se puede garantizar el cumplimiento de la restricción. Además, tiene derecho a solicitar, por escrito, una restricción sobre la divulgación de información médica a un plan de salud con respecto a los servicios de tratamiento por los cuales ha pagado de su bolsillo en su totalidad. En este caso, cumpliremos con la solicitud. Será su responsabilidad notificar a cualquier otro proveedor de esta restricción. -Solicitud por autorización escrita para inspeccionar u obtener una copia de su registro de salud según lo dispone la ley.
 - Solicitar, por escrito, que su registro de salud sea enmendado según lo dispuesto por la ley, si considera que la información de salud en el archivo es incorrecta o está incompleta. Se le notificará si la solicitud no puede ser concedida.
 - Solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud de una manera específica o en un lugar específico. Se atenderán las solicitudes razonables.
 - Solicitud por escrito para obtener un informe de las divulgaciones o un informe de quién ha accedido a su información de salud según lo dispuesto por la ley. El informe de acceso solo estará disponible después de que las regulaciones federales entren en vigencia.
 - Obtener una copia impresa de este Aviso de Prácticas de Privacidad a pedido. Puede ejercer estos derechos dirigiendo una solicitud al contacto del Oficial de privacidad que figura en este aviso.
- Puede ejercer estos derechos dirigiendo una solicitud al contacto del Oficial de privacidad que figura en este aviso.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

T & R Clinic, P.A. tiene ciertas responsabilidades con respecto a su información de salud, incluido el requisito de:

- Mantener la privacidad de su información de salud.
- Proporcionarle este aviso que describe los deberes legales y las prácticas de privacidad de T & R Clinic, P.A. con respecto a la información que mantenemos sobre usted.
- Cumplir con los términos del aviso en vigor.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Cuando obtiene servicios de T & R Clinic, P.A., ciertos usos y divulgaciones de su información de salud son necesarios y permitidos por la ley para tratarlo, procesar los pagos de su tratamiento y apoyar el funcionamiento de la entidad y otros proveedores involucrados. Las siguientes categorías describen las formas en que T & R Clinic, P.A. utiliza y divulga su información. Todas las formas en que se usa o divulga su información de salud deben pertenecer a una de las siguientes categorías. Hemos proporcionado algunos ejemplos a continuación.

INFORMACIÓN DE SALUD UTILIZADA PARA EL TRATAMIENTO

Por ejemplo: la divulgación de información médica sobre usted se puede hacer a médicos, enfermeras, técnicos, médicos residentes y otras personas que participan en su atención en T & R Clinic, P.A. Esta información puede divulgarse a otros médicos que lo estén tratando a otros centros de atención médica involucrados en su atención. La información se puede compartir con farmacias, laboratorios, centros de radiología u otras entidades de atención médica para la coordinación de la atención. Por ejemplo: la información de salud sobre usted puede divulgarse para que los servicios que se le brinden puedan facturarse a una compañía de seguros o a un tercero. Se puede proporcionar información a su plan de salud sobre el tratamiento que puede recibir para obtener una aprobación previa o para determinar si su plan de salud cubrirá el tratamiento.

INFORMACIÓN DE SALUD UTILIZADA PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Por Ejemplo: La información en su registro de salud puede ser utilizada para evaluar y mejorar la calidad de la atención y servicio de T & R Clinic, P.A. proporciona. Los estudiantes, voluntarios y aprendices pueden tener acceso a su información de salud con fines de capacitación y tratamiento mientras participan en los programas de educación continua, capacitación, pasantías y residencia.

SOCIOS DE NEGOCIO

Hay algunos servicios que T & R Clinic, P.A. proporciona a través de un contrato con un tercero asociado comercial. Los ejemplos incluyen, entre otros, agencias de transcripción y servicios de copiado. Para proteger su información de salud T & R Clinic, P.A. requiere que estos socios comerciales protejan adecuadamente su información de salud.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Para garantizar la continuidad de la atención, su información puede compartirse con otros proveedores de atención médica, como agencias de atención médica domiciliaria. La información sobre usted puede divulgarse a agencias de servicios comunitarios para obtener servicios en su nombre.

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN ACUERDO VERBAL

A menos que notifique una objeción, y de acuerdo con su acuerdo, la información médica puede divulgarse a un miembro de la familia u otra persona que participe en su atención médica o que ayude a pagarla. Es posible que se divulgue información sobre usted para notificar a un miembro de la familia, un representante legalmente autorizado u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación y estado general. Esto puede incluir la divulgación de información sobre usted a una organización que ayuda en los esfuerzos de socorro en casos de desastre, como la Cruz Roja Americana, para que su familia pueda ser notificada sobre su condición. Puede oponerse excepto que se deba a su incapacidad o en circunstancias de emergencia.

DIVULGACIÓN REQUERIDA POR LA LEY O PERMITIDA DE OTRO MODO SIN AUTORIZACIÓN O NOTIFICACIÓN

Las siguientes divulgaciones de información de salud pueden realizarse de acuerdo con las leyes estatales y federales sin su autorización por escrito o acuerdo verbal.

- Cuando se requiere una divulgación por ley federal, estatal o local, procedimientos judiciales o administrativos, o para la aplicación de la ley. Por ejemplo, denunciar una herida de bala, abuso infantil o responder a órdenes judiciales.
- Para fines de salud pública, como informar información sobre nacimientos, muertes y diversas enfermedades, o divulgaciones a la FDA sobre eventos adversos relacionados con alimentos, medicamentos o dispositivos.
- Para la supervisión de la salud, como auditorías, inspecciones o investigaciones de licencias.
- A las organizaciones de obtención de órganos con fines de donación y trasplante de tejidos.
- Para fines de investigación, cuando la investigación haya sido aprobada por una junta de revisión de la institución que haya revisado la propuesta de investigación y establecido pautas para garantizar la privacidad de su información de salud; o la divulgación es la de un conjunto de datos limitado, donde se han eliminado los identificadores personales.
- A los médicos forenses y directores de funerarias con el propósito de identificación, la determinación de la causa de la muerte o el desempeño de sus funciones según lo autorice la ley.
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- Para propósitos de compensación de trabajadores.
- A las autoridades de mando militar que se requieran para los miembros de las fuerzas armadas.



-A funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia y seguridad nacional según lo autorice la ley.
-A instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con respecto a la información de salud de los reclusos según lo autorice la ley

OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS SIN AUTORIZACIÓN

Otros usos o divulgaciones de su información de salud que pueden hacerse incluyen:

-Contactarle para recordarle citas de tratamiento o atención médica, así como recomendarle alternativas de tratamiento.

-Notificarle sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

- Ponernos en contacto con usted sobre programas de control de enfermedades, programas de bienestar u otras iniciativas o actividades basadas en la comunidad en las que T & R Clinic, P.A. participa.

NOTIFICACIÓN DE INCUMPLIMIENTO

En ciertos casos, usted tiene derecho a que se le notifique en caso de que nosotros, o uno de nuestros socios comerciales, descubramos un uso o divulgación inapropiados de su información de salud. Se hará un aviso de tal uso o divulgación según lo exijan las leyes estatales y federales.

USOS Y DIVULGACIONES REQUERIDOS

Según la ley, debemos hacer divulgaciones cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar el cumplimiento de la ley federal de privacidad.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

Cualquier otro uso o divulgación de su información de salud que no se trate en este aviso o que la ley exija de otro modo se realizará únicamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento. Los ejemplos específicos de usos y divulgaciones que requieren autorización incluyen el uso de notas de psicoterapia, actividades de marketing y algunos tipos de venta de su información de salud.

QUEJAS DE PRIVACIDAD

Tiene derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Esta queja puede dirigirse al contacto del Oficial de Privacidad que figura en este aviso, o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No habrá represalias por registrar una queja.

CONTACTO DEL FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD

T & R Clinic, P.A.

817-831-0321

POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Trclinic.com está diseñado para cumplir con los estándares federales existentes y propuestos para la privacidad y confidencialidad de la información de atención médica. La base de datos y los componentes del software están estructurados para brindar mantenimiento y resolución de problemas de rutina sin acceso a su información personal. Un sistema de seguridad ayuda a proteger contra el acceso no autorizado o el uso indebido por parte de usuarios autorizados.

ACCESO Y DIVULGACIÓN

Trclinic.com no divulga ni brinda acceso a ninguna información personal a nadie sin su permiso, a menos que así lo ordene un tribunal de justicia o lo exija la ley.

Puede haber instancias aisladas en las que el personal o proveedores externos deban acceder a la base de datos para reparar problemas.

ENLACES A SITIOS DE TERCEROS

El sitio de Internet trclinic.com puede contener enlaces a otros sitios de Internet ("Sitios Vinculados"). Los enlaces son estrictamente para fines informativos, y la idoneidad de dichos enlaces se basa en el juicio del Grupo de Trabajo de Internet de trclinic.com. Lo más probable es que los sitios vinculados no estén bajo el control de T & R Clinic, P.A., y T & R Clinic, P.A. no es responsable del contenido de ningún sitio vinculado que no controle, incluido, entre otros, cualquier vínculo contenido en un sitio vinculado. Sitio, o cualquier cambio o actualización a un sitio vinculado. T & R Clinic, P.A. no es responsable de la difusión por Internet ni de ninguna otra forma de transmisión recibida desde cualquier sitio vinculado. T & R Clinic, P.A. proporciona estos enlaces para su comodidad, y la inclusión de cualquier enlace no implica la aprobación del sitio por parte de T & R Clinic, P.A., ni ninguna asociación con sus operadores. Los sitios vinculados se abrirán en una nueva ventana del navegador, indicando claramente a los usuarios que están abandonando el sitio de internet trclinic.com. T & R Clinic, P.A. anualmente reevalúa todos los sitios web externos relacionados con la salud a los que se vincula. Mecanismos de seguimiento pasivo T & R Clinic, P.A. está firmemente comprometida con la protección de la privacidad de los visitantes del sitio web. T & R Clinic, P.A. utiliza registros web y cookies temporales de Internet para recopilar datos agregados, no individuales, sobre los visitantes del sitio. La siguiente información está contenida en estos registros web:

-La fecha y hora de la visita, así como la duración de la estancia.

-Las páginas de trclinic.com vistas durante la visita

-La dirección IP de la computadora utilizada para visitar el sitio

-El tipo de navegador web y sistema operativo utilizado para ver el sitio.

-El dominio de Internet desde el cual un visitante accedió al sitio.

Las cookies son paquetes de información que un sitio web transfiere a la computadora de un usuario para fines de mantenimiento de registros. Son un medio para realizar un seguimiento de las preferencias de un usuario durante una visita a un sitio web. Algunos servicios de nuestro sitio web utilizan cookies multisesión, también conocidas como "cookies persistentes". Las cookies persistentes son:

-Pequeños fragmentos de texto almacenados temporalmente en su computadora.

-Colocado en su computadora por más de una sola sesión.

-Se utiliza para diferenciar entre visitantes nuevos y recurrentes del sitio, para personalizar nuestro sitio web para visitantes frecuentes y para evaluar el diseño y el contenido del sitio. Las cookies persistentes colocadas en su computadora caducan dos años después de su última visita a nuestro sitio web.

Si no desea que se recopile información a través de cookies, puede desactivar las cookies en su navegador. Para desactivar las cookies en Microsoft Internet Explorer, elija Herramientas en la barra de navegación superior, seleccione Opciones de Internet, elija privacidad y cambie la configuración de trclinic.com. No recopilamos ni almacenamos ninguna otra información sobre usted cuando visita nuestro sitio, a menos que elija proporcionarla. Por ejemplo: si nos envía un correo electrónico o envía un formulario en línea, solo recibiremos la información personal que incluya en el formulario.

SOFTWARE ESPÍA

trclinic.com no implementa spyware ni ningún software que ayude a recopilar información sobre una persona u organización sin su conocimiento.



Consentimiento de Portal del Paciente Formulario

El portal de paciente es un portal de red seguro que permite que un paciente obtenga acceso a los registros médicos, incluyendo medicamentos, resultados de laboratorio, y historial médico a través de internet. También le permite comunicarse con nuestra oficina a través de mensajería segura. Usted puede solicitar recargas de medicamentos 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 rellenamos sustancias controladas a través del portal.
- Si no recibe nuestros correos electrónicos, verifique su carpeta de correo basura antes de contactarnos.
- Al utilizar este portal para pacientes, usted está de acuerdo para proteger su contraseña de cual quiera persona no autorizada.

Es su responsabilidad de notificarnos en caso de robo o hay que reiniciar 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 EN, por favor marque la casilla "Sí", firmar y proveer una dirección de correo electrónico válida.

Para OPTAR POR NO, por favor marque la casilla "No" y firme abajo.

Sí

No

Nombre del paciente (Imprimir)

Dirección de correo electrónico

Fecha de Nacimiento

Firma (Nombre del padre, tutor legal, o poder legal del paciente)

Date



Cuestionario de Privacidad

*Escriba claramente en **tinta negra***

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Contacto principal de HIPAA: concedo a T & R Clinic, P.A. permiso para discutir mi condición médica general y diagnóstico con la persona que se indica a continuación.

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad y Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono #: _____ Teléfono alternativo#: _____

Otorgo T & R Clinic, P.A. permiso para discutir mi condición médica general y diagnóstico con las personas que se enumeran a continuación en caso de **EMERGENCIA**.

1. Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Estado y Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono #: _____ Teléfono alternativo #: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Estado y Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono #: _____ Teléfono alternativo #: _____

Inicial

He leído y recibido la Práctica de privacidad de T&R Clinic, P.A. y mis derechos con respecto a mi información de salud protegida.

Inicial

Autorizo a T & R Clinic, P.A. para confirmar la(s) hora(s) y la(s) fecha(s) de la(s) cita(s) a mi empleador o a los funcionarios escolares con el fin de verificar las ausencias,

SÍ NO Jubilado Desempleado Niño no asiste escuela

Inicial

¿Se pueden dejar mensajes confidenciales en el contestador automático de su casa o en el correo de voz? Marque la casilla correspondiente.

SÍ NO

Nombre del padre, tutor legal, o poder legal del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PATIENT NAME:
(Nombre de paciente)

DATE:
(Fecha)

REASON FOR VISIT:
(Razon de la Visita)

FAMILY HISTORY Please mark all that apply. HISTORIA FAMILIAR Por favor, marque todas las que aplican.	Father (Padre)	Mother (Madre)	Father's Parents (Abuelos Paternos)	Mother's Parents (Abuelos Maternos)	Siblings (Hermanos)	Children (Hijos)	VACCINE (Vacunas)	YEAR OF LAST (Año de la ultima)
HIGH BLOOD PRESSURE (PRESION ARTERIAL ALTA)							TETANUS/Td (TETANO)	
EPILEPSY (EPILEPSIA)							INFLUENZA (FLU) (GRIPA)	
CANCER (CANCER)							PNEUMONIA (NEUMONIA)	
ECZEMA/PSORIASIS (ECZEMA/SORIASIS)							HEPATITIS (HEPATITIS)	
HEART ATTACK/STROKE (ATAQUE CARDIACO/DERRAME)								
DIABETES (DIABETES)							TEST/EXAM (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)	

HOSPITAL ADMISSIONS (HOSPITALIZACIONES)	YEAR (ANO)	ILLNESS OR OPERATION (ENFERMEDAD O OPERACION)	YEAR (ANO)	ILLNESS OR OPERATION (ENFERMEDAD O OPERACION)
	not including pregnancies (No incluye embarazos)			

LIST ALL MEDICATIONS YOU ARE NOW TAKING. INCLUDING THOSE YOU BUY WITHOUT A PRESCRIPTION. (ENUMERE TODAS LAS MEDICINAS QUE ESTE TOMANDO AHORA. INCLUYENDO ESAS SIN RECETA MEDICA.)	ALLERGIES (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"/> Decreased 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) Year quit _____ (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)
--	---	--	---



- (Vision doble o borrosa)
- Nose bleeds- recurrent (Sangrado Nasal- recurrente)
 - Sinus trouble (Sinusitis)
 - Sore throat- frequent (Dolor de Garganta- frecuente)
 - Hoarseness- prolonged (Ronquera- Prolongada)
 - Hayfever/Allergies (Alergia al polen/Alergias)
 - Pnuemonia/ Pleurisy (Neumonia/Pleuresia)
 - Bronchitis/ Chronic cough (Bronquitis/Tos cronica)
 - Asthma/ Wheezing (Asma/Silbido al Respirar)
 - Shortness of breath (Dificultad al respirar)
 - on exertion (Haciendo ejercicio)
 - lying flat (Estando acostado)
 - Chest pain (Dolor de Pecho)
 - High Blood Pressure (Presion Arterial Alta)
 - Heart murmur (Soplo en el Corazon)
 - Swollen ankles (Tobillos Hinchados)
 - Irregular pulse (Pulso Irregular)
 - Palpitations (Palpitaciones)
 - Leg Pain- when walking (Dolor de piernas-Cuando Camina)
 - Varicose veins/ Phlebitis (Venas Varicosas/Flebitis)

- (Ictericia/ Hepatitis)
- Diarrhea (Diarrea) Constipation (Constipacion)
 - Diverticulosis (Diverticulosis)
 - Chrohn's/ Colitis (Colon Irritable/Colitis)
 - Bloody or tarry stools (Heces Fecales con Sangre o Negras)
 - Hemorrhoids (Hemorroides) Hernia (Hernia)
 - Urine infections- frequent (Infeccion Urinaria- frecuente)
 - Blood in urine (Sangre en la Orina)
 - Kidney Stones (Calculos Renales)
 - Urination (Orinar Frecuentemente) Painful (Con Dolor)
 - Overnight > than twice (Por la Noche > Mas de dos veces)
 - Loss of Control (Perdida de Control)
 - Decrease in force/flow (Disminucion en la fuerza/Chorro Urinario)
 - Venereal disease (Enfermedad Venerea)
 - Urethral discharge (Secrecion Uretral)
 - Chronic fatigue (Fatiga Cronica)
 - Weight-loss (Perdida de Peso) Gain-recent (Aumento Reciente)
 - Anemia (Anemia) Bruise easily (Moretones con Facilidad)
 - Cancer (Cancer)

- Arthritis/Rheumatism (Artritis/Reumatismo)
- Back pain- recurrent (Dolores de Espalda- Recurrente)
- Bone Fracture/joint injury (Hueso Roto/Lesion Articular)
- Gout (Gota) Osteoporosis (Osteoporosis)
- Foot Pain (Dolor de Pie)
- Cold numb feet (Pies frios y adormecidos)
- Rashes (Erupciones Cutaneas) Hives (Urticaria)
- Psoriasis (Soriasis) Eczema (Eczema)
- Sleeping/concentration difficulty (Dificultad para dormir/ Concentrarse)
- Depression (Depression)
- Nervousness (Nerviosismo) Agitation (Agitacion)
- Memory loss (Perdida de la Memoria) Moodiness (Malhumor)
- Suicidal thoughts (Pensamientos Suicidas)
- Phobias (Fobias) Mental illness (Enfermedad Mental)
- Feelings of worthlessness (Sentimientos de Inutilidad)
- Rheumatic Fever (Fiebres Reumaticas)
- Chicken Pox (Varicela) Polio (Polio)
- Mumps (Paperas) Scarlet Fever (Escarlatina)
- Measles (Sarampion) German Measles (Rubeola)
- Tuberculosis (Tuberculosis) Herpes (Herpes)

- FEMALES- Complete PARA MUJERES- Completar**
- Menstrual flow (Menstruacion):
- Reg. Irreg. Pain/cramps (Reg.) (Irreg.) (Dolor/Colicos)
 - __ Days of flow (Dias del periodo)
 - __ Length of cycle (Duracion del Ciclo menstrual)
- Pain/Bleeding during or after sex (Dolor/Sangrado durante o despues del sexo)
- Number of (Numero de):
- __ Pregnancies (Embarazos) __ Abortions (Abortos)
 - __ Miscarriages (Aborto Involuntario)
 - __ Live births (Nacidos vivos)
- Birth Control Method _____ (Metodo Anticonceptivo)
- B.C. pill (name) _____ (Nombre del Anticonceptivo)
- Flushing/ Menopause (Sofocos/Menopausia)
- Date of last Pap test _____ (Fecha de la ultima citologia)
- Normal Abnormal (Normal) (Anormal)
- Date of last Mammogram _____ (Fecha del ultimo Mamograma)
- Normal Abnormal (Normal) (Anormal)

OTHER (OTRO)

ADVANCED DIRECTIVES (DOCUMENTO LEGAL PARA SALUD)

- YES (SI) NO (NO) Date (Fecha) _____
- If yes, copy in patient record (Si es asi, copie en el expediente del paciente)

- Hepatitis C risk factor (Factores de riesgo para Hepatitis C) Tattoos (Tatuajes) Body Piercing (Aretes)
- Blood Transfusion prior to 1992 (Transfusion de sangre antes de 1992) Contact with bloody/bodily fluid (Contacto con Sangre/Fluidos corporales)
- Shared razor/toothbrush (Compartio una afeitadora/Cepillo de Dientes)
- IVdrug use (1+ times) (Uso de drogas intravenosas) (1 o mas veces)

T & R Clinic, P.A. INFORMACION DEL PACIENTE

ESCRIBA claramente en tinta **NEGRA**. Este documento es parte de su registro permanente.

INFORMACION DEL PACIENTE	Nombre Completo:		Fecha de Nacimiento:		Seguro Social #:		
	Direccion:		Apto #:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Tel- Casa: <input type="checkbox"/> Preferido ()		Tel-Celular: <input type="checkbox"/> Preferido ()		Tel-Trabajo: <input type="checkbox"/> Preferido ()		
	Género: <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:		Idioma 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: Tel: ()		Ciudad/Estado:		Código Postal:
PERSONA RESPONSABLE FINANCIERAMENTE	¿Es el paciente la persona responsable/Garante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si usted es mayor de 18 años y no está bajo el amparo de una institución, usted es el garante o persona responsable por cualquier pago derivado de la consulta médica.)						
	Nombre:		Direccion		Ciudad/Estado/Código Postal	Relacion con el Paciente:	
	Ocupacion:		Empleador:		Fecha de Nacimiento:		
	Tel- Casa: <input type="checkbox"/> Preferido ()		Tel-Celular: <input type="checkbox"/> Preferido ()		Tel-Trabajo <input type="checkbox"/> Preferido ()		
SEGURO MEDICO	Compania de Seguro Primaria:		Social del Asegurado: Fecha de Nacimiento:		Número de póliza:		
	Nombre del suscriptor:		Relación del Paciente con el Asegurado: <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro		Grupo #:		
	Compañía de Seguros Secundaria:		Social del Asegurado: Fecha de Nacimiento:		Número de póliza:		
	Nombre del Asegurado		Relación del Paciente con el Asegurado: <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro		Grupo #:		
Entiendo que si alguna de la información que yo he dado es incorrecta, o si yo no informe de cualquier cambio en el seguro médico, seré responsable por todos los cargos y servicios médicos no cubiertos por la póliza.							
¿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				
Sin Cambios	* Solamente para pacientes existente de T & R Clinic, P.A. Nuevas pacientes, por favor continúe con la firma y la fecha. *						
	<input type="checkbox"/> Sin cambios: certifico que la información actualmente en el archivo es correcta y está actualizada. Al marcar la casilla anterior, confirmo que no hay cambios en mi información demográfica y de seguro. Entiendo que la información demográfica y de seguro inexacta puede afectar la capacidad de T & R Clinic, P.A. para comunicarse con los pacientes por razones emergentes y no emergentes y puede resultar en la denegación de reclamos de seguro. T & R Clinic, P.A no es responsable de ningún problema causado por información demográfica y/o de seguro inexacta o desactualizada.						
Nombre:			Fecha de Nacimiento:				
Entiendo que T & R Clinic, PA utiliza un sistema de registros médicos electrónicos que permite a los proveedores acceder y recuperar cualquier información de salud necesaria de farmacias e instalaciones médicas internas y externas.							
Este centro cuenta con personales de enfermería practicante y asistentes del médico para ayudar con la entrega de atención médica. Una enfermera practicante/asistente del médico NO es un médico. Una enfermera practicante es una enfermera registrada que ha recibido educación y capacitación avanzada en atención médica. Un asistente del médico (PA) es un profesional de la salud capacitado y autorizado para practicar la medicina con la supervisión limitada de un médico. Una enfermera practicante/asistente del médico puede diagnosticar, tratar, y monitorear enfermedades comunes, agudas, crónicas, y mantenimiento de la salud. Además, la enfermera practicante/asistente del médico puede tratar laceraciones menores y otras lesiones. Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ver a la enfermera practicante o al asistente del médico y pedir ver a un médico.							
Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones del seguro. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mí o por mi compañía de seguros, por escrito, en cualquier momento. Yo autorizo a T & R Clinic, PA a solicitar beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos ordenados o prestados por el proveedor. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se haga directamente a T & R Clinic, PA (o a la parte que acepta la asignación). Doy permiso a T & R Clinic, PA para notificarme sobre problemas y avances de medicamentos, enfermedades o investigaciones clínicas. He leído y entiendo completamente la información anterior y doy mi consentimiento al firmar a continuación:							
Firma:			Fecha:				



T & R Clinic, P.A. Política del Paciente

Gracias por elegir T & R Clinic, P.A. Nos sentimos honrados de brindar atención médica de calidad para usted y su familia.

Pacientes nuevos- se solicita a los pacientes nuevos que lleguen 30 minutos antes de la hora de su cita para completar un paquete de paciente nuevo y dar tiempo para la verificación de los beneficios. A los nuevos pacientes que lleguen menos de 15 minutos antes de la hora de su cita se les pedirá que reprogramen su cita.

Llegue 15 minutos antes de la hora programada para su cita- T & R Clinic, P.A. solicita que todos los pacientes lleguen 15 minutos antes de su cita programada para permitir la finalización y el manejo de las actualizaciones, la verificación del seguro y otra documentación.

Periodo de gracia- T & R Clinic, P.A. permite un período de gracia de 10 minutos. Después del período de gracia de 10 minutos, se les puede pedir a los pacientes que reprogramen su cita.

Pacientes que llegan tarde- Los pacientes que llegan tarde pueden ser atendidos si el horario del proveedor lo permite; sin embargo, es probable que los pacientes que lleguen tarde necesiten reprogramar su cita. Si el horario de los proveedores permite que se atienda al paciente que llega tarde, se lo atenderá después de la última cita de la mañana o de la tarde. Los pacientes que lleguen tarde experimentarán tiempos de espera prolongados.

Cancelaciones y citas perdidas- Es responsabilidad del paciente cancelar un mínimo de 24 horas antes de la hora de su cita. Si un paciente no cancela su cita 24 horas antes de la hora de la cita, o si un paciente no se presenta a una cita, puede incurrir en un cargo por no presentación o no cancelación de \$25.00.

Citas perdidas, cancelaciones y citas reprogramadas- Los pacientes con demasiadas ausencias, cancelaciones y/o citas reprogramadas pueden ser despedidos de la práctica. Los pacientes con demasiadas ausencias, cancelaciones y/o citas reprogramadas no se le permitirá solicitar citas de mismo día que no sean de emergencia.

Llamadas recordatorias- Las llamadas recordatorias para citas son un servicio de cortesía y no se debe depender de ellas. Si no recibe una llamada de recordatorio y no asiste a su cita, se le cobrará un cargo por no presentación o no cancelación de \$25.00.

Pago- Todos los copagos, deducibles y coseguros se cobrarán antes que el paciente vea su proveedor. T & R Clinic, P.A. se esfuerza por hacer que la atención médica de calidad sea lo más accesible posible. Para ayudar con problemas de pago T & R Clinic, P.A. ofrece un plan de pago. Habla con el personal de recepción para ver si califica.

A los pacientes que pagan por cuenta propia y a los pacientes con planes con deducible se les solicita un depósito de \$100.00 al registrarse. Si el total de la visita de un paciente excede el depósito de \$100.00 cobrado, se solicitará un pago adicional. Si el total de la visita es inferior a \$100.00, la diferencia se devolverá al paciente.

A los pacientes se les cobrará una tarifa de \$35.00 por cheques devueltos.

T & R Clinic, P.A. facturará a su compañía de seguros en su nombre. En última instancia, usted es responsable del pago de su factura, incluidos los deducibles, el copago/coseguro y los servicios no cubiertos según lo determine su compañía de seguros. Cualquier saldo restante adeudado por usted, después de que el seguro haya pagado, deberá pagarse en su totalidad cuando reciba su primer estado de cuenta. Los saldos no pagados dentro de los 30 días pueden estar sujetos a tarifas de cobro adicionales.

Tarjeta de seguro e identificación- Traiga su tarjeta de seguro e identificación a cada visita.

Los pacientes deben actualizar su información anualmente- Para protección mutua, la información del paciente debe actualizarse anualmente. Es responsabilidad del paciente notificar a T & R Clinic, P.A. de cualquier cambio en su información demográfica y/o de seguro T & R Clinic, P.A. no es responsable de ningún problema o cargo que pueda surgir como resultado de que los pacientes no actualicen la información demográfica o del seguro.

Niños menores de edad- Los niños menores de edad no se pueden dejar desatendidos. En aras de la seguridad, es importante que los niños menores estén supervisados en todo momento. Los niños deben permanecer sentados y lo más silenciosos posible en las áreas de espera y espacios públicos de la clínica. Solo los adultos mayores de 18 años pueden acompañar a un menor. Si un adulto que no sea el tutor legal del paciente acompaña a un menor, debe estar en el formulario de Autorización Para Tratar A Un Menor del paciente y debe tener una forma de identificación válida.

Prohibición de alimentos o bebidas- A excepción del agua, no se permiten alimentos ni bebidas en la clínica. Si tiene una necesidad médica, informe al personal de recepción.



Dispositivos- Apague el sonido de los teléfonos, juguetes y dispositivos electrónicos. Guarde su teléfono o dispositivo electrónico cuando hable con T & R Clinic, P.A. personal y proveedores.

Wi-Fi- T & R Clinic, P.A. no ofrece acceso público a Wi-Fi o energía.

Despidos- Los pacientes y los proveedores pueden terminar la relación médico-paciente en cualquier momento. Si te han despedido de la práctica T & R Clinic, P.A. ofrecerá atención durante 30 días mientras busca un proveedor de atención médica diferente. Los pacientes dados de alta no pueden transferirse a otro proveedor de T & R Clinic, P.A. Debe buscar atención fuera de T & R Clinic, P.A.

COVID-19- Para la protección de nuestros pacientes ancianos, inmunocomprometidos y de alto riesgo, T & R Clinic, P.A. requiere que todo el personal y los visitantes usen una máscara facial o una cubierta facial aceptable en todo momento. Las máscaras y cubiertas faciales deben proporcionar una cobertura aceptable y cubrir completamente la boca y la nariz. El personal llamará a todos los pacientes el día antes de su cita programada para hacer preguntas de detección de COVID-19 y, por precaución, los pacientes e invitados deben completar un cuestionario de síntomas de COVID-19 al registrarse. Los pacientes que lleguen para citas programadas que tienen síntomas de COVID-19 se les pedirá que regresen a su vehículo para tratar sus síntomas a través de una visita virtual. Las citas de pacientes sintomáticos se reprogramarán a la próxima cita disponible 5 días después de que los síntomas se hayan resuelto.

Atención fuera del horario de atención- T & R Clinic, P.A. ofrece un servicio de guardia las 24 horas. Si tiene una inquietud médica emergente fuera del horario de atención, llame a T & R Clinic, P.A. al 817-831-0321. Deje un mensaje con nuestro servicio de contestador 24/7 y el proveedor de guardia le devolverá la llamada. Los proveedores de guardia no pueden ayudar con la programación de citas, referencias, recargas de medicamentos, o resultados de laboratorio. Tenga a mano el nombre, la dirección, y el número de teléfono de la farmacia que atiende las 24 horas más cercana cuando el proveedor de guardia le devuelva la llamada. Si tiene una emergencia médica, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Formularios- T & R Clinic, P.A. no imprime formularios para exámenes físicos escolares, deportivos o de seguros. Por favor traiga formularios impresos a su visita.

Registros de vacunas- Los pacientes menores de 18 años deben traer un registro de vacunas actualizado a cada examen físico anual. A los pacientes sin registros de vacunas se les pedirá que reprogramen su cita.

Medicamentos- los pacientes deben traer TODOS los medicamentos y suplementos a cada visita. Alentamos a los pacientes a mantener una lista actualizada de medicamentos con ellos en todo momento, es importante traer los medicamentos en sus frascos a cada visita.

Referencias- los pacientes deben solicitar referencias 5 días antes de la fecha programada de su cita con el especialista. Muchos especialistas se encargan de las referencias en nombre del paciente, en última instancia, es responsabilidad del paciente asegurarse de que el especialista tenga una referencia activa en el archivo. Si tiene un problema nuevo que requiere una nueva referencia, primero debe consultar con su médico de atención primaria.

Política de no discriminación del paciente y ADA- los servicios proporcionados por T & R Clinic, P.A. están disponibles para todas las personas que deseen esos servicios, independientemente de su raza, color, origen nacional, religión, edad, discapacidad física o mental.

Horas de operación-

Lunes - Jueves: 7:30 A.M. – 5:00 P.M. • Viernes - Sabado: 8:00 A.M. – 12:00 P.M. • Closed on Sundays

Las puertas de la clínica estarán cerradas los Sábados. Si tiene una cita, llame al 817-831-0321 para obtener instrucciones sobre cómo registrarse.

Para la seguridad del personal y de los pacientes Clínica T&R, P.A. utiliza cámaras de seguridad. Estas cámaras son capaces de grabar audio y video. Para proteger la privacidad de los pacientes, las cámaras solo se encuentran en espacios públicos. Las llamadas telefónicas pueden grabarse con fines de capacitación.



T & R Clinic, P.A. Política del Paciente

Por favor marque la casilla que corresponda:

- Soy el paciente.
- Soy el padre, tutor legal o apoderado del paciente. Escriba el nombre completo a continuación.

Tutor legal, padre, o poder legal. (Por favor imprimir)

***Por favor mantenga la T & R Clinic, P.A. Política del Paciente para sus registros y devuelva esta página de firmas al personal de la oficina principal. El personal de recepción puede ayudar a responder cualquier pregunta sobre la política.**

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Mi firma indica que he leído y entendido la Política de Pacientes de T & R Clinic, P.A. Se me ha ofrecido una copia para mis registros y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la política.

Firma de Tutor legal, padre, o poder legal.