



Porter Medical Associates

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor llene la forma más completa y claramente como sea posible

Fecha: _____ **A quien podemos agradecer por la referencia a nosotros?** _____

Sr. | Sra. | Srta.: _____ **Genero:** M F **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____
circule Nombre SN Apellido circule MM DD YYYY

Numero de Seguro Social : _____ - _____ - _____ **Lenguaje Primario:** Inglés Español Otro: _____

Raza: Blanco Negro Asiatico Nativo Americano Alaska / Aleutianas **Etnicidad:** Hispano No-Hispano

Circule uno: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Pareja Doméstica Viudo(a) Legalmente Separado(a)

Tel Casa: _____ - _____ - _____ **Tel Celular:** _____ - _____ - _____ **Tel Trabajo:** _____ - _____ - _____

Email/Correo Electronico*: _____

(*Se requiere para la correspondencia de correo electrónico a través de nuestro portal de información de salud; no enviamos spam o anuncios)

Direccion: _____ **Ciudad, Estado, Codigo Postal:** _____

Nombre Esposo(a) : _____ **Numero de Tel :** _____ - _____ - _____

Contacto de Emergencia: _____ **Relacion:** _____ **Numero Tel :** _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Por favor, presente su(s) tarjeta(s) en cada visita para asegurar la asignación adecuada de sus beneficios.

Nombre Seguro Primario: _____

Nombre del Asegurado(a): _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Numero Seguro Social: _____ **Empleador del Asegurado:** _____

Nombre Seguro Secundario: _____

Nombre del Asegurado(a): _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Numero Seguro Social: _____ **Empleador del Asegurado:** _____

Por la presente asigno todos los beneficios, procedimiento médico y/o quirúrgico en el consultorio para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho, incluyendo Medicare, seguro privado, y otros planes de salud a Porter Medical Associates, PA. Esta asignación es válida como un original . Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo dicho cesionario para liberar toda la información para asegurar el pago.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____



Porter Medical Associates

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor llene la forma más completa y claramente como sea posible

¿Estás aquí hoy debido a una lesión de un accidente de vehículo de motor o una lesión relacionada con el trabajo? Si* No

* Si su respuesta es sí , por favor ver la recepcionista antes de continuar para completar este formulario.

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes situaciones ? (Marque la casilla si el diagnóstico es aplicable a usted):

Diabetes Convulsiones Esclerosis múltiple Enfermedad de Parkinson Síndrome de la Pierna Inquieta Hipertensión
 Los dolores de cabeza Neuropatía La enfermedad de Alzheimer Artritis Colesterol alto Cáncer, tipo: _____
 Huesos rotos Otro _____ Otro _____ Otro _____

Alguna vez ha sido hospitalizado en el pasado? No Si Si es así, complete lo siguiente:

La cirugía, la Razón(s): _____
 Otra condición médica (s): _____ Parto ---- > Natural C - Sección

¿Alguna vez ha usado tabaco en cualquier forma ? No Si

Tabaco cigarrillos/de tipo tipo Skoal Tipo de mascar Tubería Cigarro Otros _____

¿Cuándo empezó a usar ? _____ ¿Cuánto/usaste diario? _____

¿Si usted ha abandonado ya que, cuando se hizo bastante? _____

¿Alguna vez ha usado drogas recreativas en cualquier forma? No Si

Marijuana LSD Píldoras(tipo _____) Cocaína Heroína Meth Otros: _____

¿Cuándo empezó a usar? _____ ¿Cuánto/usaste todos los días? _____

¿Si usted ha abandonado ya que, cuando se hizo bastante? _____

¿Alguna vez ha usado alcohol en cualquier forma? No Si Vino Cerveza Espiritu

¿Cuándo empezó a beber? _____ ¿Cuánto/bebió diaria? _____

Si usted ha abandonado ya que, cuando se hizo bastante? _____

¿Tiene alguna alergia a la siguiente? Le gustaría un examen de Alergias?: No Si

Los medicamentos _____ Los alimentos _____

Ambientales (pólenes,gatos,árboles,etc.) _____

Si hay cosas que son intolerantes a , pero que no tienen una verdadera alergia , por favor enumerarlos aquí: (por ejemplo, algunos medicamentos dan ciertas persona dolores musculares o malestares estomacales) _____

Por favor, una lista de sus medicamentos, vitaminas y suplementos :

Nombre del medicamento : ¿Cómo se toma esto: Escrito por (PCP u otro)

Lo farmacia Cómo se utiliza: _____ Dirección de farmacia: _____

¿Tiene una directiva avanzada? No Si **¿Su directiva avanzada indican " No resucitar "?** No Si

¿Tiene un poder notarial duradero? No Si *En caso afirmativo, proporcionar una copia a la brevedad posible.*

¿Tiene un historial familiar de enfermedades crónicas o la muerte prematura? No Si

En caso afirmativo, describa: _____

¿Hay algo más que le gustaría que el médico saber acerca de su historial médico, historia social o condición general que puede ayudarle a ofrecer una mejor atención a usted?



Porter Medical Associates

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor llene la forma más completa y claramente como sea posible

Horario de Oficina Principal:

Lunes a Jueves 8:00 AM - 5:00 PM

Viernes - 7:30 AM - 12:00 PM

Estamos contentos de que nos haya elegido para ofrecerle sus necesidades médicas. Hemos adoptado las siguientes políticas, si tiene alguna preguntas por favor hable con el director de la oficina. Estamos dedicados a brindar cuidado de la posible apuesta para usted y su familia.

- NOMBRAMIENTOS** - Esta oficina mira pacientes solo con citas. Es necesario para programar una cita. Si llega antes solo será visto antes si hay una abertura. **NO SE ADMITEN WALK INS.** Los nuevos pacientes-Confirmación antes de las 24 horas se requiere antes de la cita para evitar la cancelación.
- PAGO DE SERVICIO** - A menos que otro arreglo se han hecho con antelación, se requiere el pago en el momento de servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas Visa o sólo tarjetas de crédito MasterCard.
- SEGURO** - Hemos hecho un acuerdo previo con muchos planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Esto significa vamos a facturar esos planes con los que se contratan.
- TERCERO INS** - No se aceptan seguros de terceros (es decir automóvil seguro-si está implicado en un auto accidente, o carta de pago Protección- directamente de un despacho de abogados). Si usted está involucrado en cualquiera de estos casos, usted será obligado a pagar la visita al consultorio en su totalidad, y ser reembolsado por el tercero.
- Menores** - Todos los menores de edad deben estar acompañados por un adulto mayor de 18 años. Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, el adulto que acompaña al paciente se le hace responsable de pago, salvo que se hayan hecho arreglos previos.
- NO PRESENTACIÓN** - Con el fin de garantizar que todas las citas disponibles se están utilizando, hacemos cobrar una cuota de \$ 50.00 por "NO Shows " y / o citas que no se cancelan 24 horas antes de la hora de la cita programada. La adquisición (3) No se presenta, puede resultar en la terminación de la práctica.
- RECETAS** - Si necesita una recarga en sus medicamentos, por favor llame a su farmacia, se pondrán en contacto con nosotros. Los proveedores de escribir sus recetas con recetas suficientes hasta que esté prevista para el seguimiento. Si usted está fuera de recambios, que pueden deberse a un seguimiento. La única excepción es si necesita una receta por triplicado. Todos los medicamentos controlados requieren una Examen toxicológico actual. Por favor permita 48-72 horas para recargas para que podamos revisar su carta. **PRESCRIPCIONES DE PAPEL** - Sólo se escribirán si es requerido por la DEA. De lo contrario, habrá un cargo de \$ 5 si no se necesario.
- REFERENCIAS** - Todos los **HMO** requieren una referencia por su PCP, si usted necesita ver a un especialista. Favor de hasta 72 horas, dependiendo de su plan de seguro, para procesar la referencia.
- FMLA** - Permiso Familiar y Discapacidad Formas, Deportes/Work formas físicas y/o cualesquiera cartas profesionales, requieren una **\$40.00** cuota de administración, y se paga por adelantado. Estos no están cubiertos por su compañía de seguros. Por favor permita 7-10 días hábiles para la terminación después de su pago.
- HISTORIAL MÉDICO** - Si desea obtener copias de sus registros médicos hay una cuota de \$ 25.00 para el 1er 25 páginas, y \$ 0.50 por cada página adicional. Como cortesía, estos es sin cargo para transferir sus registros médicos directamente a la oficina de otro médico para la continuidad de la atención.
- DESPUÉS DE CUIDADO HORA** - Si necesita atención médica después de las horas de oficina , sólo tiene que llamar a la oficina y se le dirigirá a un servicio de contestador . Dependiendo de la situación , se puede paginar el Dr. . Usted siempre tendrá acceso a tu doctor .
- NOMBRAMIENTOS TARDE** - Si llega más tarde de 15 minutos después de su cita programada , se le pedirá que reprogramar.
He leído y entendido las políticas de la oficina.

Paciente / Guardián Firma

Fecha

Sólo uso de oficina:

Initial of Employee: _____ **Date:** _____

Copy given to patient? No YES

2829 Babcock Rd | Suite 117 | San Antonio, Texas | 78229 | Ph. 210-341-9614 | Fax. 210-340-5924
2318 Pat Booker Rd | Suite | Universal City, Texas | 78148 | Ph. 210-341-9614 | Fax. 210-340-5924
1200 Brooklyn Ave | Suite 220 | San Antonio, Texas | 78212 | Ph. 210-226 | Fax. 210-340-5924
10423 State Hwy 151 | Suite 101 | San Antonio, Texas | 78251 | Ph. 210-341-9614 | Fax. 210-340-5924
2020 Sundance Pkwy | Suite A2 | New Braunfels, Texas | 78130 | Ph. 830-387-2110 | Fax. 830-609-9918



Porter Medical Associates

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor llene la forma más completa y claramente como sea posible

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS FORMA

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo mi compañía de seguros/s, incluyendo Medicare, Medicaid, seguros privados y cualquier otro plan de salud/médicos, para emitir cheques de pago directamente a Porter Medical Associates por los servicios médicos prestados a mí y / o mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si los hay. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad que no está cubierto / pagados por el seguro me Además, entiendo que todas las tasas se deben pagar en la fecha en que se prestan los servicios. Además, entiendo que el seguro es un contrato entre mi compañía de seguros y yo. Porter Medical Associates no es una la tercera parte en el presente contrato, no hace que se involucran en disputas sobre los beneficios y copagos cubiertos. Yo entiendo que es mi plena responsabilidad de entender mis beneficios del seguro. Si se niega la cobertura debo comunicarme con mi seguro para consultas. Nuestra participación de las oficinas se limita estrictamente a suministrar documentación escrita para facilitar el procesamiento de reclamaciones.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

He pedido a los servicios médicos de Porter Medical Associates , en mi nombre y / o mis dependientes . Certifico que Porter Medical Associates puede realizar cualquier procedimiento para el que el médico se siente es en mi mejor interés en medicina intervención. Entiendo que algunos de los procedimientos que se realizan pueden ser considerados como los procedimientos quirúrgicos o invasivos Tal procedimientos incluyen, pero no se limitan a , inyecciones en los puntos gatillo , análisis de laboratorio , y la terapia IV Yo entiendo que tengo el derecho de para negar cualquier procedimiento.

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

El paciente que suscribe o representante legal ("agente") del paciente reconoce que él / ella personalmente recibido una copia de la PORTER MEDICAL ASSOCIATES Aviso de políticas de privacidad en la fecha indicada a continuación :

Firma del paciente

Fecha

Nombre del Paciente Impreso

INFORMACIÓN ACERCA DE AGENTE (adjunte la documentación correspondiente):

Agente / Representante Cargo / Relacion

Fecha



Porter Medical Associates

Cuestionario Sobre Alergias

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Fecha: _____

El siguiente cuestionario está diseñado para ayudar a definir sus síntomas y proporcionar información valiosa para su médico. Responda a las preguntas, la calificación de los síntomas a lo mejor de su capacidad.

1. Considere qué tan grave es el problema cuando usted está experimentando, y la frecuencia con que ocurre. Por favor, calificar cada artículo sobre cómo "malo" es encerrando en un círculo el número que mejor se corresponde con cómo se siente.
2. Haga por favor el asunto más importante que afecta a su salud (máximo de 3 artículos)

Síntomas De Alergia	No hay problema	Problema muy leve	Problema leve- moderada	Problema moderada	Grave problema	Problema como malo ya que puede ser	Markas los tres artículos mas importante
1. Estornudos	0	1	2	3	4	5	
2. Secrecion	0	1	2	3	4	5	
3. Picazon en los ojos, llorosos	0	1	2	3	4	5	
4. Tos	0	1	2	3	4	5	
5. Picazon en la garganta	0	1	2	3	4	5	
6. Goteo post'nasal	0	1	2	3	4	5	
7. Presion sinusal / Dolores de cabeza	0	1	2	3	4	5	
8. Sibilancias	0	1	2	3	4	5	
9. Dolor de oido / presion	0	1	2	3	4	5	
10. Piel seca aspera	0	1	2	3	4	5	
Total:							

Partituras > 15 deben ser alérgicos Probado



Porter Medical Associates

Cuestionario de salud del paciente - (PHQ-9)

Nombre: _____ DOB: _____ Fecha: _____

Si Revisaste cualquier problema con algo más que un "0" ¿Qué tan difícil han sido estos problemas para que hagas tu trabajo, te ocupes de las cosas en casa, o te lleves bien con otras personas?

No es difícil en absolute Algo difícil Muy difícil Extremadamente difícil

0 No hay depresión 10-14 Depresión moderada
1-4 Depresión mínima 15-19 Depresión mod-severa
5-9 Depresión leve 20-27 Depresión severa

	En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia sido molestado por cualquiera de los siguientes ¿Problemas? (Use "✓" para indicar su Respuesta	De nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Nearly every day
1.	Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2.	Sentirse abatido, deprimido o sin esperanzas	0	1	2	3
3.	Problemas para caer o permanecer dormido, o dormir demasiado.	0	1	2	3
4.	Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5.	Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6.	Sentirse mal por ti mismo, o que son un fracaso o se han dejado o su familia abajo	0	1	2	3
7.	Problemas para concentrarse en las cosas, como leer el periodico o ver television.	0	1	2	3
8.	Mover o hablar tan despacio que otros la gente podría haber notado? O lo contrario, estar tan inquieto o inquieto que haya Estado moviéndose mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9.	Pensamientos que usted sería mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera Pensamientos que usted sería mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera	0	1	2	3

SÓLO para uso en la oficina: 0 + _____ + _____ + _____ = _____



Porter Medical Associates

Cuestionario de neuropatía

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Por favor, tómese unos minutos para responder a las siguientes preguntas sobre sus piernas y pies. Por favor marque sí o no sobre cómo se siente normalmente.

	Si	No
1. Están entumecidas las piernas y/o los pies?		
2. Ha tenido alguna vez sensación de ardor en las piernas y/o los pies?		
3. Sus pies son sensibles al tacto?		
4. Tiene calambres musculares en las piernas y/o los pies?		
5. Duele cuando las cubiertas de la cama tocan su piel?		
6. Tiene dificultad para decirle al agua caliente de la agua fría cuando se baña?		
7. Ha tenido alguna vez una llaga abierta en el pie, no debido a una lesión?		
8. Alguna vez siente pinchazos en las piernas y/o los pies?		
9. Le han dicho alguna vez que tiene neuropatía?		
10. Siente debilidad de pierna/pie y/o fatiga?		
11. Sus síntomas empeoran por la noche?		
12. Te duelen las piernas cuando caminas?		
13. Es usted incapaz de percibir (sentir) sus pies cuando camina?		
14. Está la piel en los pies tan seca que se agrieta?		
15. Ha tenido alguna vez una amputación?		
16. Le han tratado alguna vez para la neuropatía? En caso afirmativo: ¿Qué tratamiento ha tenido? _____.		
17. Alguno, o todos, de sus síntomas según lo mencionado arriba efectúan su capacidad de trabajar, de hacer ejercicio, o de dormir?		



Porter Medical Associates

Fecha De Hoy: _____

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____

¿Ha experimentado alguno de los siguientes?

- Sensación de no sentirse bien, sentirse confundido o inestable? Si No
- Episodios que describiría como, sentirse débil o sensación de desmayo? Si No
- Eventos en los que sentía que algo estaba mal en su cabeza? Si No
- Episodios de confusión temporal? Si No
- Mareos acompañados con confusión? Si No
- Dificultad en encontrar las palabras para expresarse? Si No
- Momentos donde se le va el tiempo y no reconoce? Si No
- Dificultad recordando detalles de conversaciones ?
Por ejemplo a veces cuando ve algo en televisión y no se recuerda de lo que acaba de mirar. Si No

Dolores de cabeza o Migrañas

¿Esta experimentando, migrañas diarias, semanal asociadas con los siguientes síntomas?

- Luces brillantes Si No
- Mareos Si No
- Pérdida de conciencia Si No

NOTAS:



Porter Medical Associates

Divulgación de información médica

Yo, _____, fecha de nacimiento _____
por la presente doy permiso a Porter Medical Associates para que libere cualquier
o toda mi información médica incluyendo, la salud mental del VIH/SIDA y las
cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas para.

Nombre:

Relación:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____



Notas de progreso como se solicitó



Laboratorios y radiografías



Correspondencia



Diagnóstico demográfico personal



Otros datos

Firma del paciente/guardian: _____ Fecha: _____