

Jaime Silva M.D

100 Uptown Ave. – Brownsville, TX78520-7559
Phone: (956) 546-5500 • Fax: (956) 546-2035

Información del Paciente

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, C.P.: _____
Social: _____ Sexo: M Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado
Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____
Nombre de preferencia: _____ Apellido de soltera: _____
Situación laboral: Empleado Estudiante medio tiempo Estudiante tiempo completo Otro

Información de la Esposa (o)

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, C.P.: _____
Social: _____ Compañía: _____ Teléfono de la compañía: _____

Familiar a Contactar en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Médico que Refiere

Médico que refiere: _____

Raza y Etnia

Raza: _____ Idioma preferido: _____ Etnia: Hispano No-hispano Omitir

Correo Electrónico y Mensajes de Texto

Correo electrónico: _____ Le gustaría recibir recordatorios por mensaje de texto: Sí No

Si le gustaría recibir recordatorios por mensaje de texto, cual es su compañía celular?: _____

Consentimiento para el tratamiento/Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios

Voluntariamente doy mi consentimiento para recibir atención medica y de salud la cual puede incluir procedimientos diagnósticos, exploración física, y tratamiento.

Por la presente asigno y transfiero a Jaime Silva, M.D. todos mis derechos, titulo e intereses de mi beneficio de reembolso bajo la política de mi seguro médico. Autorizo la liberación de mi información médica necesaria para determinar dichos beneficios. Esta autorización permanecerá valida hasta que se revoque la autorización de manera escrita. Comprendo que soy financieramente responsable de todos los costos sean o no cubiertos por el seguro médico.

Por favor tómese el tiempo de leer el aviso de privacidad (HIPPA) en relación con su información de salud. Si tiene alguna duda que no haya sido mencionada en este documento, por favor no dude en contactarnos al: 956-546-5500.

Certifico que leí y comprendí este formato y su contenido.

Paciente o persona legal autorizada: _____ Fecha: _____

Cardiology

Jaime L. Silva, M.D., F.A.C.C., F.S.C.A.I., M.B.A.

100 Uptown Ave.
Brownsville, Tx. 78520

Telephone: (956) 546-5500
Fax: (956) 546-2035

Nombre completo: _____ Género: Femenino Masculino

Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

No. Social: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ No. Teléfono: _____

1. Autorizo el uso o revelación de la información de salud descrita a continuación.
2. La siguiente persona u organización esta autorizada para obtener dicha información:

_____ Individuo/Organización	_____ Dirección
---------------------------------	--------------------

3. La información puede ser revelada para y usada por la siguiente persona y organización:

_____ Individuo/Organización	_____ Dirección
---------------------------------	--------------------

Para el propósito de: _____

4. La información que autorizo revelar es de (fecha): _____ a (fecha): _____

Resultados de exámenes (especifique): _____	Rayos-X e imágenes.	Imágenes de patología
Información específica/resumen médico.	Historial y Examen físico.	Consulta.
Resumen de alta.	Conjunto de registros (historial médico, facturación, otro proveedor de salud)	
Cualquiera y todos (historial médico)	Otro: _____	

5. Comprendo que mi historial médico puede contener información acerca de enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede también incluir información acerca de comportamiento o servicios de salud mental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.
6. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que debo dirigirme por escrito al practicante. Comprendo que la revocación no será aplicada para la información que ya fue revelada en respuesta a esta autorización. Comprendo que la revocación no aplicará para mi aseguradora cuando la ley le otorga a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo según mi política, al menos que se revoque de otra manera, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento, o condición: _____ si no puedo especificar una fecha de expiración, evento o condición, esta autorización expirará en 60 días.
7. Comprendo que la autorización de la revelación de esta información de salud es voluntaria, puedo reusarme a firmar esta autorización. Comprendo que puedo revisar o copiar la información antes de ser revelada. Comprendo que la información revelada por esta autorización puede volver a ser revelada por el receptor y dejará de ser protegida por la regulación federal de privacidad. Si tengo dudas sobre la revelación de mi historial médico, puedo contactar a este practicante (956) 546-5500.
8. Comprendo que pueden generarse costos por la revelación de dicha información.
9. Autorizo a _____ para obtener copias de mi historial médico y comprendo que él/ella debe demostrar su identidad con una licencia de manejo o una identificación oficial.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Si firma el Representante Legal, Especifique Parentesco

Firma de Testigo