

**COPPELL ASSOCIATES IN FAMILY MEDICINE P. A.**

**Formulario de Registración**

**Información de paciente**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección de Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Casa: \_\_\_\_\_  
Cuidad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_  
Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Número de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Sexo: (Circule) Hombre O Mujer Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: (Circule) Soltero/a Casado/a Ciudad: \_\_\_\_\_  
Divorciado/a Viudo/a  
  
Employer: \_\_\_\_\_ Referido Por: \_\_\_\_\_

**Información de Garante (partido responsable)**

Garante: \_\_\_\_\_ Relación a el Paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:**

Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_ Número de Casa: \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Información de Aseguranza: *Por Favor enseñe identificación y aseguranza al registrarse.***

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_  
Número de Aseguranza: \_\_\_\_\_  
Abonado (Recipiente de Póliza): \_\_\_\_\_ Relacion de el recipiente a el paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento de el Recipiente: \_\_\_\_\_ SI dirección de el Recipiente,  
Numero de Poliza \_\_\_\_\_ es diferente a el paciente: \_\_\_\_\_  
Número de Grupo: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales o and/ Alergias: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/ Responsable: \_\_\_\_\_

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

Historia de Salud de Adulto

Nombre: \_\_\_\_\_ H/M: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Etnicidad: \_\_\_\_\_ Lenguaje: \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de sus problemas actuales/ en el pasado: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido historia de enfermedades contagiosas, como Hepatitis, VIH, etc? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido cirugías? **SI / NO**

Si si, por favor incluya las clases de cirugía y las fecha. \_\_\_\_\_

En su familia, hay historia de enfermedades médicas? **SI / NO**

Si si, por favor incluya quien de su familia y la clase de enfermedad y si son difuntos o muertos \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último examen físico? \_\_\_\_\_

En el último año ha tenido exámenes de laboratorio? **SI / NO** Si si, cuando? \_\_\_\_\_

Con abnormalities? \_\_\_\_\_

¿Tiene mascotas? **SI / NO** si si, cuantas? \_\_\_\_\_ Clase de mascota(s): \_\_\_\_\_

Tiene hijo/as? **SI / NO** Si si, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

Estado de empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Estudiante Retirado empleado autónomo Desempleado

¿Fuma o usa tabaco? **SI / NO** Si si cuanto a el día? \_\_\_\_\_

Si sí? ¿Cuándo empezó? \_\_\_\_\_ Si no, lo ha probado? **SI / NO** ¿Cuándo renunció? \_\_\_\_\_

¿Toma alcohol? **SI / NO** Si si , cuanto y qué frecuente? \_\_\_\_\_

¿Usa cinturón de seguridad? SIEMPRE / A VECES / CASI NUNCA / NUNCA

¿Usa protector solar? SIEMPRE / A VECES / CASI NUNCA / NUNCA

¿Usa Drogas callejeras/ recreativas? **SI / NO** si si cuales y que frecuente? \_\_\_\_\_

Si no, las ha probado ? **SI / NO** si si cuando empezó y renunció? \_\_\_\_\_

¿Ha usado marihuana? **SI / NO**

Para perder peso a vomitado, usado enemas o laxantes? **SI / NO**

Medication History- Historia Medica

¿Al momento está tomando medicina prescrita por otro doctor? **SI / NO**

Si si, por favor haga un a lista: \_\_\_\_\_

¿Al momento está tomando productos sin receta o suplementos? **SI / NO**

Si si cuales: \_\_\_\_\_

Allergias

¿Tiene alergias a ciertas comidas? **SI / NO** Si si por favor especificar: \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias a ciertas medicinas? **SI / NO** Si si por favor especificar: \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias ambientales? **SI / NO** Si si por favor especificar: \_\_\_\_\_

Immunization- Vacunas

Tetanos: \_\_\_\_\_ SPR: \_\_\_\_\_ Hep A: \_\_\_\_\_ Hep B: \_\_\_\_\_

Gripa: \_\_\_\_\_ Pneumovax: \_\_\_\_\_ Zostavax: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

### Solo para hombres

Al momento tiene algunos de los siguientes síntomas...

Goteo o descargo del pene? **SI / NO** Bulto o hinchazón o del glandulo? **SI / NO**  
Bulto en pene? **SI / NO** Bulto, hinchazón, dolor de testículos? **SI / NO**  
¿Dificultad al inicio de orinar? **SI / NO** ¿Dificultad al obtener o mantener erección? **SI / NO**  
Práctica auto exámenes testiculares? **SI / NO**  
Que metodo anticonceptivo usa? \_\_\_\_\_

### Solo para mujeres

Última Menstruación: \_\_\_\_\_ Ultimo papanicolaou: \_\_\_\_\_  
Cambios en su Periodo? **SI / NO** Comezon, descargo, quemadura Vaginal? **SI / NO**  
¿Pérdida de sangre entre periodos? **SI / NO** Pérdida de sangre después de relaciones sexuales? **SI / NO**  
Goteo de orina **SI / NO** Dolor durante or despues de relaciones sexuales? **SI / NO**  
¿Bulto o irritación genital? **SI / NO** Dolor Menstrual? **SI / NO**  
Menstruación normal cada mes? **SI / NO** Severidad: Leve / Normal / Pesado  
Duración de ciclo Menstrual? \_\_\_\_\_ Duración de menstruación? \_\_\_\_\_  
¿Edad cuándo empezó la menstruación? \_\_\_\_\_ Currently in menopause? \_\_\_\_\_  
Historia de papanicolaou anormal? **SI / NO** Si si, Cuando? \_\_\_\_\_  
¿Usa método anticonceptivo? **SI / NO** Si si Cual? \_\_\_\_\_  
¿Ha sido curado por una enfermedad transmitida sexualmente? **SI / NO** Si si, cual? \_\_\_\_\_  
Ultima mamografia? **SI / NO** Practica autoexamen de mama cada mes? **SI / NO**

### Historia de embarazo

¿Cuántas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_\_  
# de nacimientos vivos? \_\_\_\_\_ # de Aborto espontaneos? \_\_\_\_\_ # of Abortos? \_\_\_\_\_  
¿Tuvo algún problema con sus embarazos/ partos? **SI / NO**  
Si si, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Para adolescentes

Tiene preguntas sobre sexo, anticonceptivos, o enfermedades transmitidas sexualmente? **SI / NO**  
Ha tenido sexo o planea en tener sexo en el futuro cercano? **SI / NO**  
Está cómodo/a como te ves o te sientes? **SI / NO**  
Está teniendo problemas con tu familia, escuela o aprendiendo? **SI / NO**  
¿Tienes a un amigo cercano con quien puedas hablar si tienes un problema? **SI / NO**

### Evaluación de Alcohol

¿Ha tomado bebidas que contienen alcohol en el último año? O Si O No

**SI si:** Que frecuente ha tomado bebidas con alcohol en el último año?

- O Nunca (0 puntos) O Al mes o menos (1 puntos) O 2 - 4 veces al mes (2 puntos)  
O 2- 3 veces a la semana (3 puntos) O 4 o más veces a la semana (4 puntos)

**Si si:** En el último año, ¿cuántas bebidas consume cuando está tomando?

- O 1 o 2 bebidas (0 puntos) O 3 o 4 bebidas (1 puntos) O 5 o 6 bebidas (2 puntos)  
O 7 o 9 bebidas (3 puntos) O 10 o more bebidas (4 puntos)

**SI si:** Que frecuente tomo 6 bebidas o más en el último año?

- O Nunca(0 puntos) O menos de un mes (1 puntos) O Mensualmente (2 puntos)  
O Semanal(3 puntos) O Diario, o casi diario(4 puntos)

**Drogas**

En el último año, ha consumido drogas que no son usadas por razones médicas?  Si  No

Si sí, ¿cuáles y qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Si no, ¿ha consumido en el pasado? **SI / NO** Si si cuando empezó y renunció? \_\_\_\_\_

**Cultural/Social:**

**Tiene hijo/as?**  Si  No Si si, cuantos? \_\_\_\_\_

**Vivienda:**  Apartamento  Dueño de casa  Renta  Otro

**Vive con:**  Pareja  Familia  Companero/a de piso  Padres  Otro

**Estado Marital:**  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a

**Mascotas:**  Si  No Si si, cuantos y qué clase de mascota? \_\_\_\_\_

**Historia Sexual**

Ha tenido sexo en los ultimos 12 meses (vaginal, oral, or anal)?  Si  No

**Si si:** con  Hombres  Mujeres  Mujeres y Hombres

**Si si:** Usa protection?  Si  No

Ha tenido enfermedades transmitidas por relaciones sexuales?  Si  No

**Si Si:** Cuales? \_\_\_\_\_

**Uso de Tabaco/Cigarros**

Usted es un:  Fumador Actual  Fuma cada dia  Fuma de vez en cuando  
 Fumador  Fumaba anteriormente  No Fuma

**Uso de tabaco...:**

Usa tabaco en otra forma que no sea fumado?  Si  No

**Historia Familiar**

¿Alguien en su familia tiene historia de enfermedades médicas?

Si si por favor incluya qué miembro de familia y la clase de enfermedad, año de nacimiento, y si han fallecido or viven:

**Madre:**  Diabetes  Hipertension  Cardiopatía  Accidente cerebrovascular o  
Cardiovascular  Enfermedad Mental  Cancer  Unknown

**Padre:**  Diabetes  Hipertension  Cardiopatía  Accidente cerebrovascular o  
Cardiovascular  Enfermedad Mental  Cancer  Desconocido

**Abuela Maternal:**  Diabetes  Hipertension  Cardiopatía  Accidente cerebrovascular o  
Cardiovascular  Enfermedad Mental  Cancer  Desconocido

**Abuelo Maternal:**  Diabetes  Hipertensión  Cardiopatía  Accidente cerebrovascular o  
Cardiovascular  Enfermedad Mental  Cancer  Desconocido

**Abuela Paterno:**  Diabetes  Hypertension  Cardiopatía  Accidente cerebrovascular o  
Cardiovascular  Enfermedad Mental  Cancer  Desconocido

**Abuelo Paterno:**  Diabetes  Hypertension  Cardiopatía  Accidente cerebrovascular o  
Cardiovascular  Enfermedad Mental  Cancer  Desconocido

**Hermano/a:**  Diabetes  Hypertension  Cardiopatía  Accidente cerebrovascular o  
Cardiovascular  Enfermedad Mental  Cancer  Desconocido

## Reconocimiento de Aviso de Practica Privada

Yo he recibido una copia del Reconocimiento de Aviso de Práctica Privada de COPPELL ASSOCIATES IN FAMILY MEDICINE, P.A.

Entiendo que COPPELL ASSOCIATES IN FAMILY MEDICINE, PA tiene el derecho a revisar el Reconocimiento de Aviso de Practica Privada cuando deseen para que yo pueda obtener una copia de mi Reconocimiento y que puedan mandar mi respuesta a:

Privacy Officer  
COPPELL ASSOCIATES IN FAMILY MEDICINE, P.A.  
848 S. Denton Tap Rd., Ste. 100  
Coppell, Texas 75019

Entiendo que toda la revelación obligatoria de COPPELL ASSOCIATES IN FAMILY MEDICINE, P.A.'s es práctica privada y mis derechos con la práctica están contenidos en el Reconocimiento de Aviso de Práctica Privada.

Entiendo que una solicitud para hacer cambios o restricciones de mis derechos están descritos en el Reconocimiento de Aviso de Practica Privada y deben ser cambiadas a mano en la oficina de la práctica.

---

Nombre de Paciente

---

Fecha

---

Firma del paciente o guardián del paciente

---

Relación al Paciente

---

Escriba nombre del guardián si aplica

**Autorización de Transferibilidad de Información Médica  
(HIPAA RELEASE)**

---

Yo \_\_\_\_\_ doy mi autorización para dar mi información médica a las siguientes personas. Esto puede incluir miembros de familia, amigo/a, o/y asociados.

**Si no quiere que nadie tenga acceso a su información médica, por favor escriba “Nadie” con su firma y fecha.**

**Nombre:**

**Numero de Contacto:**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada

Por Favor circule **Si** o **No** en las siguientes secciones:

Yo \_\_\_\_\_ **Si / No** doy mi consentimiento para que mis resultados de laboratorio y análisis diagnósticos sean mandados electrónicamente a mi PATIENT PORTAL usando mi correo electrónico \_\_\_\_\_.

Yo \_\_\_\_\_ **Si / No** doy mi consentimiento para que mis resultados de laboratorio y análisis diagnósticos sean dejados por correo de voz a el siguiente número \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada

**Yo entiendo que mi autorización, si está firmada, es efectiva por 1 año desde que fue firmada y notificare a Coppel Associates in Family Medicine si deseo hacer un cambio.**

## Condiciones de Admisión- COA

### Consentimiento de Tratamiento- Liberación de Información

Yo doy consentimiento de tratamiento para asistir el paciente indicado en este formulario. La autorización es garantizada para emitir información cuando sea necesaria para procesar y completar mi reclamo de seguro. También doy consentimiento al emitir mi información de documentos médicos electrónicos; incluyendo pero no limitando, prescripciones eléctricas, descargando beneficios de seguro, historia médica, etc.

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

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

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

### Nombramiento de Beneficios de Seguro

Yo asigno, transferencia y dejo que Coppel Associates in Family Medicine P.A. tenga los derechos, títulos e intereses en el reembolso de beneficios bajo mi compañía de aseguranza. Este encargo seguirá válido hasta que un aviso sea dado por mí.

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

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

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Gracias por escoger a Coppel Associates In Family Medicine P.A. como su proveedor de servicios médicos. Agradecemos la oportunidad de asistirlos con su salud médica. Nuestro primer objetivo es poder servirles con calidad en un ambiente de office (de hospital cuando sea adecuado). Ofrecemos práctica familiar completa. Para mejor evaluar sus necesidades médicas, no haremos referencias médicas sin evaluar a uno en la oficina para mejor determinar si necesitan una referencia o si hay un problema con cual le podamos ayudar. Si necesita una referencia médica, podremos mejor evaluar quién/ cuál especialidad será más adecuada. No podemos diagnosticar su condición por teléfono. Por favor de permitir 2 semanas para el proceso de referencia.

Por parte del negocio, en orden para poder continuar calidad de servicio, el pago en alguna manera tiene que ser recibido por parte de cada paciente. Estamos bajo algunos planes de cuidado que podemos expedir para uno. Como condición de recibir su aseguranza en vez de su pago entero, todos los copagos y deducibles no recibidas por su aseguranza serán pagadas al tiempo de su servicio. Pagos de aseguranza son anticipados entre 45 días. Después de 60 días sin pago de su aseguranza o alguna notificación de información que necesitaremos de ellos, los llamaremos por pago entero.

Porque nos cuesta \$10 para poder mandar su estado de cuenta, añadiremos este cargo después de 90 días después de su primer estado de cuenta de su balance, sin que sea pagado.

Si no está en un plan, el pago tiene que ser pagado a tiempo de servicio. Proveeremos el estado con la información necesaria. Nos damos un estado de pago a su aseguranza- le proveeremos su estado con la información necesaria a su segunda compañía de aportar.

**Para poder ayudar a los pacientes que necesiten ayuda, les pedimos que cancelen su cita antes de 24 horas . Si no cancelan a tiempo, va a tener un cargo de \$30.00 por no llegar a su cita o si no cancelo en 24 horas. También les avisamos que después de 3 visitas a las que no fueron presentes en un año, pueden ser dados de baja de la clínica.**

Es su responsabilidad saber la cobertura de aseguranza. El garante es responsable por la información de su aseguranza actual, si no son responsables por pagar los pagos. Garante es responsable por el copago del paciente, los servicios no cubierto, o servicios rechazados, deducible y/o coaseguro que son "responsabilidad del paciente " por su compañía de aseguranza. Esto incluye servicios provistos en nuestra oficina también trabajo de laboratorio o exámenes diagnósticos. Si tiene preguntas sobre lo que su aseguranza cubre, llame a su compañía de aseguranza para detalles específicos sobre su plan.

Gracias por confiar en nuestra oficina y cooperación con la policía de pago.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

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

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

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

