

**ATA AHMAD MD & ASSOCIATES  
REGISTRO P PACIENTE**

*Por favor imprima claramente para que podamos procesar su información de manera rápida y eficiente. ¡Gracias!*

Nombre ( *Primero, MI, Apellido*) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_ Masculino / Mujer Estado civil : S M W D

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Driver License # \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Médico de referencia \_\_\_\_\_

Si es estudiante, nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Tiempo-Completo / Medio-Tiempo

**Fiesta Responsable**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Información del seguro**

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ Certificado o ID # \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente : Yo / Esposa / Dependiente

Empleador del asegurado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Masculino / Hembra

Por la presente firmo, transfiero y asigno a Ata Ahmad MD & Associates mis beneficios de reembolso médico bajo mi póliza de seguro por servicios médicos prestados. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que la revoque mediante notificación por escrito. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por un seguro.

Paciente Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# DR. AHMAD & ASSOCIATES

Cirugía General

Nombre: \_\_\_\_\_ Social Seguridad #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Nombre de la farmacia & Ubicación \_\_\_\_\_

Primario Cuidado Médico: \_\_\_\_\_ Referente Médico: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CASA : \_\_\_\_\_ ALT: \_\_\_\_\_

Etnicidad: (por favor circule UNO)

Americano Indio Asiático Nativo Americano Negro/Africano Americano Blanco Hispano Otro: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA PASADA:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sangre alta Presión(High BP) | <input type="checkbox"/> Asma(Asthma)                       | <input type="checkbox"/> Corazón Ataque(Heart Attack)         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Sangría Episodio(Bleeding Episode) | <input type="checkbox"/> Alto Colesterol(High Cholesterol)    |
| <input type="checkbox"/> Carrera(Stroke)              | <input type="checkbox"/> Estómago Úlcera(Stomach Ulcer)     | <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos(Thyroid Problem) |

Otro: \_\_\_\_\_

## Por favor haga una lista de los medicamentos actuales: (Medication List)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Haga una lista de todas las hospitalizaciones, operaciones y lesiones pasadas:

Año	Tipo de enfermedad	Hospital	Ciudad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**MEDICACIÓN ALERGIAS:** Penicilina Codeína Sulfa Lidocaína Yodo  
Adhesivo Cinta anti-inflamatorios Otro: \_\_\_\_\_

**SOCIAL HISTORIA:** Tabaco utilizar Alcohol utilizar Droga utilizar

(Responda SÓLO lo siguiente si fuma)

- **Con que frecuencia tú ¿fumar?** Cada día o Algunos días
- **Cuantos cigarrillos un ¿día?** 5 o menos 6-10 11-20 21-30 31 o Más
- **¿Qué tan pronto después de despertar? ¿fumar?**  
Dentro 5 min 6-30 min 31-60 minutos después de 60 min
- **Te interesa dejar de fumar?**  
Listo abandonar Pensando acerca de Dejar de fumar No listo para Dejar

## HISTORIA FAMILIAR:

<i>Familia Miembro:</i>	<i>Corriente Salud Estado:</i>	<i>Cáncer Historia:</i>
Madre	Bueno / Pobre / Difunto	Mama / Colon
Padre	Bueno / Pobre / Difunto	Mama / Colon
Hermano	Bueno / Pobre / Difunto	Mama / Colon
Hermana	Bueno / Pobre / Difunto	Mama / Colon
Abuelos	Bueno / Pobre / Difunto	Mama / Colon

## VACUNAS:

FLU SHOT SÍ / NO \_\_\_\_\_ NEUMONÍA TIRO SÍ / NO \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE

FECHA DADO

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Náusea	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Dolor abdominal	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Diarrea	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Sangre en las heces	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Acidez	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Ataque al corazón	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Falta de aliento	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Neumonía	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Enfisema	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Enfermedad de tiroides	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Diabetes	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Obesidad morbid	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Articulaciones dolorosas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Infección renal	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cálculos renales	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Enfermedad immune	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Alergia a alimentos, plantas o animals	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cambio en el apetito	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Fatiga	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Fiebre	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Ansiedad	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Estado de ánimo deprimido	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## **AVISO DEL PACIENTE Y POLÍTICAS P HIPAA**

**Los pacientes, por favor, lea el siguiente:**

1. Habrá un cargo de \$ 25.00 para ntments rotos appoi menos que se dé aviso de 24 horas.
2. Se espera que el pago cuando los servicios se prestan a no ser que se haya hecho antes un rrangements financieros.
3. Por favor notifique a la recepción de cualquier cambio de *dirección, número de teléfono, o cobertura* de seguro antes de su cita.. Si nos proporciona la información el día de su cita, tendrá que esperar hasta que podamos verificar toda la información o puede que tenga que reprogramarla.
4. Es su responsabilidad como paciente para asegurarse de que tenemos una referencia válida para su visita a ra se le pedirá que pagar por la visita en su totalidad.
5. Los resultados de las pruebas no se darán por teléfono. Los resultados se discutirán con el paciente cuando el paciente regrese para la visita de seguimiento
6. **Hay una cuota de \$ 35.00 para las copias de los registros médicos, formas FMLA, formas de discapacidad, y asistiendo a declaraciones del médico que necesitan ser completado. Â Esta tarifa no se aplica para las copias de los registros enviados directamente a otro médico que lo atiende.**
7. Habrá una tarifa de manejo de \$ 30 .00 cheques devueltos..
8. Su información médica no puede ser cerrado debido a dis HIP A reglamentos, a menos que un uthorize esta oficina de hacerlo en writing. Si usted desea tener su cónyuge, pareja de hecho o de otro significant obtener información médica, por favor escriben que persona (s) nombre a continuación. Por favor, permita el acceso a mi \_\_\_\_\_  
medical registros, resultados de laboratorio, la divulgación de mis registros financieros. Relación con el paciente \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_ \_ No desea tener cualquiera de mis registros médicos, resultados de laboratorio, o disclosure de mis registros financieros lanzado a excepción de mí.
9. Entiendo que el Dr. Ahmad & Associates no están obligado a aceptar la restricción requested. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya ha tomado acciones de seguridad thereon.Â también entiendo que al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratar a lo permitido por la Sección 164.506 del código de Regulaciones federales.  
Yo tengo la siguiente restricción para el uso o la divulgación de mi información de salud:  

---
10. Habrá un cargo de \$ 500.00 por la ausencia o no presentación de la cirugía programada sin proporcionar un aviso de 3 días.
11. Yo entiendo que soy financieramente responsable de los cargos relacionados o cargos restantes siguientes mis pagos del seguro.
12. Durante algunos procedimientos quirúrgicos, el Dr. Ahmad & Associates requieren el uso de un Assistant. Â quirúrgica asistentes quirúrgicos no son empleados de nuestra práctica y se facturar sus

servicios a su compañía de seguros directly. Está fuera de nuestro control en cuanto a si estos asistentes están dentro o fuera de la red con su compañía de seguros.

13. Yo autorizo al Dr. Ahmad & Associates para obtener cualquier información historial médico (es decir, la historia clínica, antecedentes quirúrgicos, medicamentos, antecedentes familiares, la historia social, diagnósticos previos, informes de laboratorio) de los proveedores de activos con el fin de proporcionar el más alto nivel de atención.
- 14 El permiso para el tratamiento: Por la presente autorizo al médico para administrar cualquier tratamiento que se considere necessary. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se han dado garantías a mí como a el resultado de los exámenes o tratamientos a realizar por el médico o personal clínico.

***He leído y entendido este Aviso paciente y las políticas de HIPAA.***

---

Firma del paciente

Fecha

## **Consentimiento para obtener historial de prescripción**

**Ata Ahmad, MD FACS / Ronak Patel, DO  
11740 FM 1960 RD WEST, HOUSTON, TX 77065  
281-970-8484**

### **Consentimiento para obtener historial de prescripción**

**Lea y marque ambas casillas como reconocimiento a los términos de este formulario.**

- El historial detallado de recetas le brinda a su médico información sobre los medicamentos recetados por otros proveedores que participan en su atención médica. Esta información mejorará la precisión de nuestra lista de medicamentos en su historia clínica y reducirá cualquier reacción adversa al fármaco o información imprecisa de la medicación, como nombres o dosis. Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que Ata Ahmad, MD PA puede solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica, farmacias y pagadores de beneficios (como su compañía de seguros) para fines de tratamiento. Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a Ata Ahmad, MD PA para solicitar, ver y utilizar mi historial de recetas externo para fines de tratamiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.
- Al ingresar mi información demográfica a continuación, doy mi consentimiento a Ata Ahmad MD, PA para solicitar, ver y utilizar mi historial de recetas externo para fines de tratamiento .

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_