

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre		Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular	Laboral	Celular	
Dirección de correo electrónico		Número de Seguro Social	
Nombre del médico derivante: Dirección del médico derivante: Número de teléfono del médico derivante: Número de fax del médico derivante:		Nombre del médico de atención primaria: Dirección del médico de atención primaria: Número de teléfono del médico de atención primaria: Número de fax del médico de atención primaria:	
Farmacia preferida (Nombre / Dirección / Número de teléfono):			
Nombre y dirección del empleador:		Condición de estudiante: <input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial <input type="radio"/> N/C	
Raza <input type="radio"/> Negro(a)/afroamericano(a) <input type="radio"/> Asiático(a) <input type="radio"/> Caucásico(a) <input type="radio"/> Hispano(a) o latino(a) <input type="radio"/> Otra (Por favor, especifique)			
Origen étnico: <input type="radio"/> Hispano o latino <input type="radio"/> No hispano <input type="radio"/> Se niega a indicar		Estado civil <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)	
Idioma principal que se habla en el hogar <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro (por favor, defina):			Veterano(a) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

**INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE/GARANTE SI DIFIERE DE LA ANTERIOR**

NOMBRE	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono Particular/celular	Laboral	Número de Seguro Social:	
<b>SEGURO PRINCIPAL</b>			
Nombre de la compañía de seguros		Número de teléfono	
Número de póliza/Número de identificación de afiliado		Número de grupo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente <input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Padre/madre <input type="radio"/> Otro	

**SEGURO SECUNDARIO SI CORRESPONDE**

Nombre de la compañía de seguros		Número de teléfono	
Número de póliza/Número de identificación de afiliado		Número de grupo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente <input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Padre/madre <input type="radio"/> Otro	

**¿Con qué laboratorio tiene contrato su compañía de seguros?  LabCorp  Quest  CPL  Otro (por favor, defina): \_\_\_\_\_**  
Tenga en cuenta que es responsabilidad suya saber con qué laboratorio tiene contrato su compañía de seguros. Llame a su compañía de seguros antes de realizarse la extracción para análisis de sangre a fin de asegurarse de que cubrirá las pruebas para los códigos CPT correspondientes. No seremos responsables por facturas de terceros relacionadas con servicios prestados.

Certifico que he examinado detenidamente este documento, lo comprendo y lo he completado con veracidad.

Firma del paciente o tutor (relación con el paciente, si la firma no es del paciente)

Fecha

**Políticas generales del consultorio y políticas financieras**

Es un placer para *The Liver Institute at Methodist Dallas* y/o *The Transplant Institute at Methodist Dallas (Methodist Transplant Specialists)* tener la oportunidad de brindarle servicio. Nuestra misión principal es proporcionarle atención médica de calidad con buena relación costo-beneficio, y consideramos que uno de los elementos esenciales de su atención y tratamiento es que usted entienda completamente sus responsabilidades financieras. Las siguientes son nuestras políticas generales del consultorio y nuestras políticas financieras. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, converse sobre ellas con el gerente del consultorio.

**Políticas generales del consultorio:**

- **Citas:** Llegue puntualmente para su cita programada. Los pacientes que se presenten sin copago, tarjeta de seguro e identificación fotográfica estatal podrán quedar sujetos a la reprogramación de su cita. Tenga en cuenta que es responsabilidad de cada persona llevar un registro de las citas programadas. Le pedimos que comprenda que a los pacientes se les envía un recordatorio de las citas programadas 48 horas antes como cortesía únicamente. Sin embargo, en ocasiones es posible que usted no reciba una llamada de recordatorio.
  - **Llegadas tardías:** Si usted llega con más de 15 minutos de atraso, es posible que sea necesario reprogramar su cita para una fecha posterior.
  - **Cancelaciones/ausencias:** Si usted necesita cancelar una cita, se requiere un aviso con 24 horas de anticipación para que pueda programarse la cita de otro paciente en el horario reservado para usted. Para los procedimientos, se requiere un aviso de cancelación con 72 horas de anticipación. Los pacientes que tengan tres (3) cancelaciones de citas y/o ausencias en forma anual podrán quedar sujetos a la expulsión del consultorio.
  - **Methodist Transplant Specialists** podrá cobrarle un cargo administrativo debido a una notificación insuficiente de cancelación para citas y/o procedimientos. **Los cargos administrativos de "CANCELACIÓN/AUSENCIA" no se le facturan a su compañía de seguros.**
    - \* \$25 Ausencia a la cita \* \$100 Colonoscopia, esofagogastroduodenoscopia y biopsia del hígado \* \$250 Colangiopancreatografía retrógrada

**endoscópica**

- **Documentación para la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) o discapacidad:** A cualquier paciente que necesite el llenado de documentación por parte de Methodist Transplant Specialists se le podrá aplicar un cargo por procesamiento de \$50. Esto debe pagarse en su totalidad antes de que la documentación pueda recogerse o enviarse por fax.
- **Solicitudes de expedientes médicos:** Se aplica un cargo de \$25.00 por expedientes médicos de hasta 25 páginas. Los cargos adicionales son de \$0.50 por página. Todos los expedientes médicos son procesados por HealthMark y demoran siete días laborables en procesarse.
- **Repeticiones de medicamentos:** Todas las solicitudes de repetición de medicamentos recetados deberán informarse telefónicamente a su farmacia como mínimo cinco (5) días laborables antes de tomar la última píldora para proporcionar el tiempo adecuado para su aprobación. Su proveedor de MTS demorará como mínimo dos (2) días laborables en dar la aprobación. Las repeticiones de recetas solamente se manejarán durante el horario de atención normal, de lunes a viernes. Las recetas de narcóticos no se resurtirán después del horario de atención ni durante los fines de semana. También podrá enviar solicitudes de repetición de recetas a través del portal para pacientes MyChart.
- **Comportamiento:** No se tolerará el abuso físico y verbal hacia el personal del consultorio u otros pacientes. Esto incluye interrupciones que afecten a las operaciones diarias dentro del consultorio, así como comportamientos ofensivos por teléfono con personal del consultorio. El comportamiento abusivo hacia el personal dará lugar a una expulsión inmediata del consultorio.
- **Después del horario de atención:** Llame al 214-947-4400 y le comunicaremos con nuestro servicio de respuesta para necesidades urgentes después del horario de atención. El servicio de respuesta informará al personal que se encuentra de guardia.
- **Comentarios:** Agradecemos todos los comentarios proporcionados. Usted recibirá una encuesta de satisfacción de pacientes de Press Ganey. Tómese el tiempo necesario para completarlo y cuéntenos su opinión sobre nuestro desempeño.

**Políticas financieras:**

- **Seguro:** Las tarjetas de seguro deben estar disponibles antes de cada visita. Notifique a nuestro consultorio si se produce un cambio en sus planes o su cobertura de seguro. Presentamos reclamaciones como cortesía para nuestros pacientes y únicamente somos responsables de presentar reclamaciones a la compañía de seguros contratada correspondiente al afiliado. Cualquier disputa por cargos impagos de la compañía de seguros se le facturará al afiliado. Todos los pacientes deberán tener una tarjeta de identificación de seguro válida para poder utilizar los beneficios.
- **Cargos:** El pago total debe realizarse en el momento en que se presten los servicios, a menos que se hayan realizado otros arreglos de pago. Se prevén saldos de copago en el momento del servicio. En caso de que su plan de salud determine que un servicio no está cubierto, usted será responsable de todos los cargos no cubiertos y permitidos. Se producen retrasos en el procesamiento del seguro cuando no se proporciona información sobre el seguro de manera oportuna. Dichos retrasos también pueden ocasionar que el seguro no cubra la atención. En cualquier caso en que el seguro rechace el pago del servicio, será responsabilidad suya cubrir los cargos; por lo tanto, es importante que examine sus beneficios con su proveedor de seguros.
- **Methodist Transplant Specialists** le facturará a su plan de salud todos los servicios médicos proporcionados en el hospital. Cualquier saldo adeudado será responsabilidad suya y se adeudará al momento de recibir un estado de cuenta de su médico.
- Para su comodidad, Methodist Transplant Specialists acepta efectivo, cheque, tarjeta de débito, VISA, MasterCard, Discover y American Express. Algunas de nuestras clínicas dependientes no aceptan pagos en efectivo.
- Para todos los servicios prestados a pacientes menores, el adulto que acompañe al paciente y el padre o tutor con custodia serán responsables del pago.
- Se cobrará un cargo por fondos insuficientes de \$35.00 en caso de cheques devueltos.
- Las cuentas que no se hayan pagado a más tardar el 90° día posterior a la fecha del servicio se derivarán a una agencia de cobranza externa, a menos que se hayan realizado acuerdos por adelantado. Si usted tiene varias cuentas en morosidad, posiblemente se le solicite que transfiera su atención a otro consultorio.

**He leído y comprendo las políticas generales y financieras que anteceden, y comprendo y acepto los términos aquí estipulados. Entiendo que este consultorio presentará una reclamación de seguro en mi nombre. Entiendo que seré plenamente responsable del pago de todos y cualquiera de los servicios médicos denegados por mi compañía de seguros en la medida en que lo permitan las leyes estatales y/o federales.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
(Relación, si no es el paciente)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del testigo/traductor

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo/traductor

## **Proveedor de Práctica Avanzada (APP) (Consentimiento para Asistentes Médicos y Enfermeros de Práctica Avanzada)**

Este centro cuenta entre su personal con Proveedores de Práctica Avanzada (Asistentes Médicos y Enfermeros de Práctica Avanzada) para colaborar en la prestación de atención médica.

Un Proveedor de Práctica Avanzada (APP, por sus siglas en inglés) no es un médico. Es un graduado de un programa de capacitación certificado y cuenta con la autorización de la junta estatal de Texas. Bajo la supervisión de un Médico, un APP puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, así como también brindar atención de mantenimiento de la salud. “Supervisión” no requiere la presencia física constante del Médico supervisor, sino el control de las actividades del auxiliar y la aceptación de responsabilidad por los servicios médicos prestados.

Un APP puede proporcionar los servicios médicos que estén dentro de su educación, capacitación y experiencia. Estos servicios pueden incluir, entre otros:

- Obtener historiales y realizar exámenes físicos.
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento.
- Monitorear la eficacia de las intervenciones terapéuticas.
- Ofrecer asesoramiento y educación.
- Suministrar medicamentos de muestra y extender recetas.

Entiendo que en cualquier momento podré negarme a ser atendido(a) por el Asistente Médico o el Enfermero de Práctica Avanzada y solicitar ver a un Médico. **También entiendo que, si realizo esta solicitud en el momento de mi visita, es posible que mi Médico no esté disponible de inmediato y que mi cita deba reprogramarse.**

He leído lo anterior y por este medio acepto los servicios de un Proveedor de Práctica Avanzada para mis necesidades de atención de la salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo - Paciente menor de 18 años



\_\_\_\_\_  
Testigo (Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Traductor (Firma)

\_\_\_\_\_  
Traductor (Nombre en letra de imprenta)

## **Ratificación de consultorio independiente por parte del paciente**

Yo, el paciente abajo firmante (o el representante del paciente), por este medio ratifico y entiendo que The Liver Institute at Methodist Dallas y/o The Transplant Institute at Methodist Dallas es/son una clínica ambulatoria de Methodist Dallas Medical Center (MDMC) donde varios médicos y grupos médicos de práctica independiente realizan trasplantes de hígado y/o servicios médicos relacionados con trasplantes de hígado, gastroenterología, hepatología general y servicios quirúrgicos. Específicamente, ratifico y comprendo que Methodist Transplant Specialists, Dallas Nephrology Associates, Dallas Renal Group, y cualquier proveedor de atención médica empleado o de otro modo contratado por cualquiera de dichos grupos, lo cual incluye, entre otros, Maisha Barnes, M.D., Jose Castillo-Lugo, M.D., Richard Dickerman, M.D., Ed Dominguez, M.D., Kosunarty Fa, M.D., Carlos Fasola, M.D., Adil Habib, M.D., Wael Hanna, M.D., Randy Hunter, PhD, Amna Ilah, M.D., Lori Kautzman, M.D., Ashwini Mehta, D.O., Parvez Mantry, M.D., Alejandro Mejia, M.D., Hector Nazario, M.D., Mangesh Pagadala, M.D., Vichin Puri, M.D., Muhammad Qureshi, M.D., Silvi Simon, M.D., and Jeffrey Weinstein, M.D. (en forma conjunta, todos los mencionados grupos e individuos se denominarán “Proveedores”) no son agentes, empleados ni representantes de The Liver Institute, de MDMC ni de Methodist Health System (MHS). Además, ratifico y comprendo que The Liver Institute, MDMC y MHS no tienen derecho a controlar los detalles de los servicios médicos proporcionados por cualquier Proveedor.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
(Relación, si no es el paciente)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo/traductor

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del testigo/traductor

### Política financiera

#### 1. Autorización para divulgar información:

Autorizo a **METHODIST TRANSPLANT SPECIALISTS** a proporcionar la información solicitada de los registros médicos y otros registros del paciente a: (1) cualquier compañía de seguros o tercero pagador con el fin de obtener un pago por cuenta de (1) **METHODIST TRANSPLANT SPECIALISTS**, (2) cualquier otra persona o entidad financieramente responsable de la atención o del tratamiento del paciente, y (3) representantes de agencias locales, estatales o federales de conformidad con la ley. Dicha información puede incluir, entre otras cosas, información relacionada con enfermedades transmisibles como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (“SIDA”). Autorizo la divulgación de información de los registros del paciente o la revisión de dichos registros con el objetivo de realizar auditorías médicas, revisiones de utilización o revisiones de garantía de calidad.

#### 2. Cesión de beneficios:

Hemos celebrado acuerdos previos con numerosos aseguradores y planes de salud para aceptar una cesión de beneficios. Esto significa que les facturaremos a aquellos planes para los cuales tengamos un acuerdo y solamente exigiremos que usted pague el copago autorizado en el momento del servicio. Será responsabilidad suya pagar cualquier monto deducible, coaseguro o cualquier otro saldo que pague su seguro en el momento del servicio.

Si esta cuenta se asigna a un abogado para su cobro o demanda judicial, la parte vencedora tendrá derecho a los honorarios razonables de abogados por los costos de cobranza.

Entiendo que soy responsable de proporcionarle a **METHODIST TRANSPLANT SPECIALISTS** toda la información del seguro en el momento del registro para permitir la verificación de beneficios y que, independientemente de mis beneficios de seguro cedidos, seré responsable de los cargos totales por los servicios prestados.

Por este medio cedo todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, lo cual incluye beneficios médicos mayores, a los cuales tengo derecho, incluidos Medicare, seguro privado y otros planes de salud, a **METHODIST TRANSPLANT SPECIALISTS**. Esta cesión permanecerá en vigencia hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión deberá considerarse con la misma validez que un original. Entiendo que, en caso de que mi plan de salud determine que un servicio no está cubierto, seré responsable de todos los cargos no cubiertos y permitidos. Por este medio autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para obtener el pago.

#### 3. Cesión de beneficios de Medicare / Medicaid: (No complete esta sección a menos que reciba beneficios de atención médica de Medicare/Medicaid)

a. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago en virtud del Título XVII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo la divulgación de información sobre mi persona a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o proveedores, así como cualquier información necesaria para presentar una reclamación de Medicare. Solicito que se realice en mi nombre el pago de los beneficios autorizados. Realizo la cesión de beneficios pagaderos por servicios al médico u organización que presente a mi nombre una reclamación a Medicare. **Iniciales** \_\_\_\_\_

b. Entiendo que los beneficiarios de Medicaid son responsables del pago de cualquier atención o servicio médico recibido que supere el monto, la duración y/o el alcance del Programa Medicaid de Texas, según lo determina el Departamento de Medicaid o su agencia de seguro médico. Todos los pagos por servicios no cubiertos son adeudados y pagaderos al finalizar cada visita al consultorio, a menos que se hayan celebrado acuerdos de pago anteriores. **Iniciales** \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (y relación si no es el paciente)

Paciente menor de 18 años de edad

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Traductor (Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Traductor (Firma)

Evaluación / historial inicial del paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Derivado por \_\_\_\_\_ (MD)

Médico de atención primaria / familiar \_\_\_\_\_ (MD)

Historial de la enfermedad actual

Motivo principal de la visita \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo se le diagnosticaron por primera vez problemas hepáticos? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué tipo de problemas hepáticos se le diagnosticaron? \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para sus problemas hepáticos? (Marque una opción con un círculo)    **Sí**    **No**

En caso afirmativo, ¿qué se utilizó para su tratamiento? (Factores modificativos) (Marque todas las opciones que correspondan)

Interferón pegilado     Ribavirina     Interferón     Esteroides     Flebotomía     Otro \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo le hizo/hace sentir este tratamiento?    Peor o mejor

Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_\_\_ Fecha de finalización/interrupción \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_\_\_ Fecha de finalización/interrupción \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_\_\_ Fecha de finalización/interrupción \_\_\_\_\_

Efectos secundarios experimentados durante el tratamiento \_\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez le han realizado una biopsia de hígado?    (Marque una opción con un círculo)    **Sí** / **No**

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? (Hospital) \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez le han realizado alguna de las siguientes pruebas?

	Fecha		Comentario (Médico/personal únicamente)
Ecografía de hígado	Sí	No	_____
Tomografía computada abdominal	Sí	No	_____
Resonancia magnética del hígado	Sí	No	_____
Endoscopia superior (esofagogastroduodenoscopia)			Sí _____ No _____
Colonoscopia	Sí	No	_____

Comentario (Médico/personal únicamente) \_\_\_\_\_

Factores de riesgo de enfermedad hepática

Fecha

Comentarios

1. ¿Alguna vez ha utilizado drogas endovenosas?      Sí      No      \_\_\_\_\_
2. ¿Alguna vez se ha realizado un tatuaje?      Sí      No      \_\_\_\_\_
3. ¿Le han realizado un transfusión de sangre?      Sí      No      \_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez ha consumido cocaína?      Sí      No      \_\_\_\_\_
5. ¿Se ha realizado algún piercing?      Sí      No      \_\_\_\_\_
6. ¿Ha tenido múltiples parejas sexuales?      Sí      No      \_\_\_\_\_
7. ¿Alguna vez se ha pinchado con una aguja sucia o infectada?      Sí / No      ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
8. ¿Bebe alcohol o ha bebido alcohol en el pasado?      Sí / No

Cantidad: \_\_\_\_\_      Tipo: \_\_\_\_\_      ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_      ¿Cuándo dejó de hacerlo? \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene antecedentes familiares de enfermedad hepática?      Sí / No

En caso afirmativo, ¿cuál es el parentesco? \_\_\_\_\_      Tipo: \_\_\_\_\_

Síntomas actuales de enfermedad hepática

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas?

Sí	No		Fecha	Comentario (Médico/personal únicamente)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga/cansancio	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación de las articulaciones	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones	_____	_____

10. Califique su dolor/otros síntomas en una escala de 1 a 10      1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

11. ¿Cómo describiría el dolor/otros síntomas? Leve / agudo / irradiante / punzante / acalambante / hormigueante

Síntomas de enfermedad hepática grave

¿Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes síntomas?

Sí	No		Fecha	Comentario (Médico/personal únicamente)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picazón	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ascitis (líquido en abdomen)	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de los pies / tobillos	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado variceal (vómitos de sangre)	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia (piel / ojos de color amarillo)	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encefalopatía (confusión mental olvidos / somnolencia)	_____	_____

12. ¿Cuándo siente estos síntomas? Día / Noche      Constantemente / Ocasionalmente

Historial médico anterior

Comentario

Sí	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Complicaciones diabéticas	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	_____

- |                          |                          |  |       |
|--------------------------|--------------------------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal                             | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad autoinmune                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad pulmonar (EPOC, asma, enfisema)   | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer                                       | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH  | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno convulsivo                         | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la tiroides                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor crónico en la parte baja de la espalda | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de peso                              | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol alto, lípidos altos               | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro _____                                   | _____ |

Historial quirúrgico anterior

**Cirugía anterior (Marque una opción con un círculo)    Sí    No    En caso afirmativo, tipo de cirugía y fecha de realización.**

Fecha/procedimiento: \_\_\_\_\_  
 Fecha/procedimiento: \_\_\_\_\_  
 Fecha/procedimiento: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares anteriores

**¿Algún miembro de su familia (pariente de sangre) ha tenido alguna de las siguientes afecciones?**

- |                          |                          |                           |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Sí                       | No                       |                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad hepática _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer _____              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes _____            |

**¿Su pareja se ha realizado pruebas para detectar hepatitis C? (Marque una opción con un círculo)    Sí    No    N/C**  
**¿Su pareja se ha realizado pruebas para detectar hepatitis B? (Marque una opción con un círculo)    Sí    No    N/C**

Antecedentes sociales

**Estado civil (marque una opción con un círculo)    Soltero(a)    Casado(a)    Separado(a)    Divorciado(a)    Viudo(a)**

**Cantidad de hijos \_\_\_\_\_**

**¿Tiene empleo actualmente? (Marque una opción con un círculo)    Sí / No**  
**En caso afirmativo, ¿trabaja a tiempo completo? (Marque una opción con un círculo)    Sí / No**

**¿Qué tipo de trabajo realiza? \_\_\_\_\_**

**¿Es fumador? (Marque una opción con un círculo)    Sí / No**  
**En caso afirmativo, ¿cuánto fuma? \_\_\_\_\_                      ¿Cuánto tiempo hace que es fumador? \_\_\_\_\_**



**¿Alguna vez ha estado en AA (Alcohólicos Anónimos) o en algún otro tipo de programa de rehabilitación?**

**(Marque una opción con un círculo) Sí / No      En caso afirmativo, ¿cuándo?**

\_\_\_\_\_

Historial psiquiátrico

**¿Padece usted depresión y/o ansiedad?      (Marque una opción con un círculo)      Sí / No**

**¿Está actualmente bajo la atención de un psiquiatra?      (Marque una opción con un círculo)      Sí / No**

**¿Tiene actualmente pensamientos suicidas?      (Marque una opción con un círculo)      Sí / No**

**¿Alguna vez fue admitido(a) en un hospital o una institución por motivos psiquiátricos?**

**(Marque una opción con un círculo)      Sí / No      En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_**

Medicamentos

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos todos los medicamentos de venta libre.

**Nombre del medicamento / Dosis / Frecuencia**

1) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_ 10) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_ 11) \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_ 12) \_\_\_\_\_

Alergias

**¿Es usted alérgico(a) a algún medicamento?      (Marque una opción con un círculo)      Sí      No      No lo sé**

**¿Tiene alergias ambientales o alimentarias?      (Marque una opción con un círculo)      Sí      No      No lo sé**

Alergia

Tipo de reacción

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Revisión de síntomas (marque todas las opciones que correspondan)

**Constitucionales**

- Fiebre o escalofríos
- Pérdida de peso
- Aumento de peso
- Dificultades para dormir
- Fatiga
- Disminución del apetito
- Aumento del apetito

**Comentarios**

**OJOS**

- Enrojecimiento
- Cambios visuales
- Amarillez

**NARIZ/GARGANTA**

- Dolor de garganta
- Inflamación / infección nasal o sinusal
- Llagas en la boca

**Respiratorios**

- Tos
- Falta de aire (sin esfuerzo)
- Dificultades para respirar

**Corazón/cardíacos**

- Dolor en el pecho
- Falta de aire (con esfuerzo)
- Palpitaciones cardíacas

**Gastrointestinales**

- Dolor abdominal
- Náuseas
- Diarrea
- Vómitos de sangre
- Materia fecal negra o pálida
- Hinchazón abdominal
- Vómitos
- Estreñimiento
- Sangrado rectal
- Acidez estomacal

**Reproductivos/urinarios**

- Sangre en la orina
- Quemazón al orinar
- Orina frecuente
- Orina oscura

**Piel/integumentarios**

- Erupción
- Reacción en el lugar de la inyección
- Picazón
- Pérdida de cabello

**Musculoesqueléticos**

- Dolor en articulaciones
- Hinchazón en extremidades
- Dolor de espalda

**Neurológicos**

- Dolor de cabeza
- Debilidad
- Hormigueo / entumecimiento en extremidades
- Mareos

**TODOS LOS SISTEMAS NEGATIVOS A EXCEPCIÓN DE LO INDICADO EN EL HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD ACTUAL**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Médico(s) consultado(s):

- Dra. Maisha Barnes     Dr. Stephen Cheng     Dr. Richard Dickerman     Dr. Ed Dominguez     Dr. Carlos Fasola  
 Dr. Adil Habib     Dr. Parvez Mantry     Dr. Mangesh Pagadala     Dr. Vichin Puri     Dr. Alejandro Mejia  
 Dr. Hector Nazario     Dr. Zahid Vahora     Dr. Jeffrey Weinstein

1. Autorizo a la siguiente persona u organización a divulgar la información de salud de la persona arriba mencionada:

\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

2. Esta información podrá ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización:

The Liver Institute at Methodist Dallas  
1411 N Beckley Ave., Pavilion III, Suite 268  
Dallas, Texas 75203  
Tel.: 214-947-4400 o 877-4A-LIVER  
FAX: \_\_\_\_\_

Mansfield Satellite Office  
2800 E. Broad Street, Ste. 404  
Mansfield, Texas 76063  
Tel.: 214-947-4400 o 877-4A-LIVER  
FAX: 682-242-8906

Fort Worth Satellite Office  
914 Lipscomb Street; Ste. A  
Fort Worth, Texas 76104  
Tel.: 214-947-4400 o 877-4A-LIVER  
FAX: 817-347-8298

3. El tipo y la cantidad de información a utilizar o divulgar es la siguiente: (Marque las opciones que correspondan)

- Expediente médico completo     Procedimientos operativos     Informe de patología     Ecocardiograma  
 Historial y exámenes físicos     Informes de radiografías/imágenes     Placas de radiografía     Informes de laboratorio  
 Biopsia del hígado  
 Otro (por favor describa) \_\_\_\_\_

4. Entiendo que la información contenida en el expediente médico del Paciente puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios conductuales o mentales, y tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas.

5. Esta información podrá ser divulgada a y utilizada por las siguientes personas u organizaciones (*incluya el nombre y la dirección de la persona u organización*):

\_\_\_\_\_

6. Esta información se divulga para los siguientes fines: Continuidad de la atención

7. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para revocar esta autorización deberé hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a MedHealth, 3400 W. Wheatland Rd, Suite 453, Dallas, TX 75237. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía aseguradora cuando la ley le proporcione a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación en virtud de mi póliza.

8. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:

\_\_\_\_\_ **Esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha de la firma.**

9. Entiendo que mi tratamiento, mi pago o mi elegibilidad para realizar presentaciones ante la compañía de seguros no estarán condicionados al llenado y firma de este formulario.

10. Entiendo que una vez que la información se divulgue de conformidad con esta autorización, el destinatario podrá volver a divulgarla y la información podría no estar protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.

11. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de autorización después de firmarlo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/parte responsable o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si firma el representante legal, relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Preferencia del paciente en relación con la comunicación de información de salud**

A fin de proteger mejor su privacidad en virtud de la ley HIPAA, hemos creado este formulario de consentimiento para la divulgación de información médica a familiares y otras personas que usted elija. Esto también se utilizará para dar su consentimiento a que le dejemos mensajes telefónicos detallados en los números de teléfono que se indican a continuación, enviemos los resultados de sus pruebas de laboratorio por correo a su hogar y también enviemos por correo electrónico seguro los resultados a su dirección de correo electrónico personal una vez que esté inscrito(a) en MyChart. No estamos autorizados legalmente a divulgar información médica a miembros de la familia del paciente sin el consentimiento por escrito del paciente. El objetivo de este documento es proteger su privacidad.

¿Está permitido...	Sí	No	Por favor indique:
...llamar a su hogar?			Número de teléfono del hogar:
...dejar un mensaje en su casa?			Principal: [ ] Secundario: [ ] Tercero: [ ]
...llamar a su trabajo?			Número de teléfono laboral:
...dejar un mensaje en el trabajo?			Principal: [ ] Secundario: [ ] Tercero: [ ]
...llamar a su teléfono celular?			Número de teléfono celular:
...dejar mensajes en el teléfono celular?			Principal: [ ] Secundario: [ ] Tercero: [ ]
...enviar resultados por correo postal a su hogar?			Dirección:
...enviar resultados por correo electrónico a su hogar?			Dirección de correo electrónico:

**Comunicación a familiares, cónyuges u otros:**

Yo, (nombre del paciente en letra de imprenta) \_\_\_\_\_, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, por este medio doy mi permiso para la divulgación de información médica relacionada con citas y preguntas sobre mi afección y mis tratamientos a las siguientes personas:

**Contacto número 1:** \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_  
 Número particular: \_\_\_\_\_  
 Número laboral: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia: (S/N) \_\_\_\_\_

**Contacto número 2:** \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_  
 Número particular: \_\_\_\_\_  
 Número laboral: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia: (S/N) \_\_\_\_\_

**Comunicación para recordatorios de citas y seguimiento de citas:**

Es posible que Methodist Transplant Specialists ("MTS") necesite utilizar su nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico ("Información de contacto") y sus registros clínicos para comunicarse con usted en relación con recordatorios de citas e información sobre alternativas de tratamiento. Si esta comunicación se realiza por teléfono y usted no está disponible, se dejará un mensaje en su correo de voz o se le dejará a la persona que conteste el teléfono. Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento para que MTS se comunique con usted en relación con recordatorios de citas e información, y para dejar mensajes en un correo de voz o a personas que se encuentren en su hogar. La información que utilizemos o divulguemos sobre la base de este consentimiento puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de cualquier persona que tenga acceso al recordatorio y podría dejar de encontrarse protegida por las normas federales de privacidad.

Usted tiene derecho a negarse a darle a MTS su consentimiento para utilizar su número de teléfono y/o dirección de correo electrónico para recordatorios de citas y alternativas de tratamiento. Si decide dar su consentimiento, tiene derecho a revocarlo, por escrito, en cualquier momento en el futuro. Si usted se niega a otorgar a MTS este consentimiento o si lo revoca en el futuro, no afectará el tratamiento que le brindamos.

DOY MI CONSENTIMIENTO para las siguientes formas de comunicación para recordatorios de citas y comunicaciones de seguimiento (*coloque sus iniciales en todas las opciones que correspondan*):

\_\_\_\_\_ Correo electrónico (si corresponde) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Mensaje de texto (si corresponde)<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_ Portal seguro para pacientes que se utilizará de la manera descrita anteriormente.

Dirección de correo electrónico preferida \_\_\_\_\_ Número de teléfono preferido \_\_\_\_\_

**Si usted ha dado su consentimiento a la comunicación a través del portal seguro para pacientes,** se le notificará por correo electrónico cuando exista información segura para que la revise, como por ejemplo resultados de pruebas de laboratorio. El correo electrónico le proporcionará un enlace que podrá utilizar para acceder al sitio web seguro. Después de hacer clic en el enlace, deberá iniciar sesión y proporcionar su nombre de usuario único y su contraseña.

Al elegir su dirección de correo electrónico, tenga en cuenta las implicaciones de privacidad; por ejemplo, cualquier otra persona que pueda tener acceso a su correo electrónico o cualquier otra persona, como por ejemplo su empleador, que pueda tener el derecho y/o la posibilidad de revisar todos los mensajes de correo electrónico recibidos en su dirección laboral.

\_\_\_\_ (iniciales) Me niego a darle a MTS el consentimiento para usar mi información de contacto y mis registros clínicos para comunicarse conmigo en relación con recordatorios de citas e información sobre alternativas de tratamiento. Entiendo que posiblemente deba programar una cita de seguimiento con el médico para revisar los resultados de mis exámenes o que la recepción de los resultados por correo postal podría demorar hasta 10 días laborables.

**Consentimiento y acuerdo** He examinado detenidamente este documento y acepto cumplir plenamente con las pautas definidas en el presente para la comunicación de mi información de salud.

\_\_\_\_\_

Paciente (Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o del tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

1 Tenga en cuenta que el servicio de mensajes de texto es un servicio gratuito proporcionado por MTP, pero igualmente pueden aplicarse las tarifas estándar de mensajería de su proveedor de telefonía móvil. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su proveedor de telefonía móvil.

### Ratificación del aviso de privacidad

El Aviso de Prácticas de Privacidad de *Methodist Transplant Specialists* proporciona información sobre la forma en que *Methodist Transplant Specialists* puede utilizar y divulgar información protegida sobre su salud. Usted tiene derecho a examinar el Aviso antes de firmar esta ratificación. Se encuentra publicada una copia del Aviso actual en la sala de espera. El Aviso contiene la fecha de vigencia y, según lo estipulado en nuestro Aviso, los términos de nuestro Aviso pueden modificarse.

Usted tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que se utilice o se divulgue la información protegida sobre su salud para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. No tenemos la obligación de aceptar dicha restricción, pero si lo hacemos, estaremos obligados por nuestra aceptación.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información protegida sobre su salud para **operaciones de tratamiento, pago o atención médica**, según se describe en nuestro Aviso. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto en los casos en que ya hayamos realizado divulgaciones en base a su consentimiento anterior.

Esta Ratificación de Privacidad **no** nos da consentimiento para entregar registros a nadie excepto a quienes se mencionen. Deberá completarse un formulario de autorización de entrega de registros médicos firmado antes de que podamos entregar registros en nombre suyo.

*Gracias por comprender y aceptar nuestras Políticas del Consultorio. ¡Tenemos el compromiso de convertirnos en un miembro involucrado de su Equipo de Atención Médica, trabajando juntos por su salud!*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente, si la firma no es del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha