



Estimado paciente,

A nombre de los médicos, profesionales de la salud asociados, enfermeras y otros empleados de USMD Physician Services, quiero darle la bienvenida a nuestra organización y agradecerle por haber elegido a un médico de USMD para que cuide de usted y/o de sus seres queridos.

En USMD, nuestros médicos siempre ponen las necesidades de sus pacientes primero. Estamos comprometidos a brindarles a usted y a su familia un cuidado de la más alta calidad y un servicio al cliente excepcional. Nuestros médicos están certificados por sus respectivas especialidades y están comprometidos a promover la buena salud y a guiar a los pacientes hacia un estilo de vida saludable.

Con cerca de 70 sucursales y más de 250 médicos y profesionales de la salud asociados en casi 20 diferentes especialidades, USMD ofrece ubicaciones convenientes por toda el área metropolitana de Dallas-Fort Worth para poder cuidar a todos los miembros de su familia en cada una de las etapas de sus vidas.

Uno de los servicios únicos que ofrece USMD es NextMD para pacientes de MCNT y Follow My Health para pacientes de UANT. A través de NextMD y Follow My Health, los pacientes mantienen comunicación con el consultorio de su médico por medio de un portal web protegido. NextMD y Follow My Health también les brindan a los pacientes la habilidad de acceder y revisar, los resultados de las pruebas de laboratorio y de concertar una cita y solicitar rellenos de recetas. Por favor hable con un miembro del personal en caso de que tenga cualquier duda o desee obtener más información.

Para mayor información acerca de USMD, favor de visitar nuestro sitio web en www.usmd.com.

Nuevamente, gracias por elegir a USMD para cubrir sus necesidades de cuidado de la salud.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Richard C. Johnston MD, FACP". The signature is fluid and cursive, written over a light blue horizontal line.

Richard C. Johnston MD, FACP
Director Ejecutivo y Director Médico
USMD Health System



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (Primero, Segundo, Apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Email: _____

Contacto principal #: _____ Alterno #: _____ Trabajo #: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino SS# (opcional): _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Ocupación: _____

Paciente referido por: _____ Nombre del cónyuge: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: ____/____/____ Contacto principal #: _____ Alterno #: _____

Contacto de emergencia _____ Relación: _____ Tel. #: _____

Médico de atención primaria: _____ Tel. #: _____

Medico que lo refirió: _____ Tel. #: _____

Otra información del paciente

¿Con cuál categoría racial se identifica el paciente?

- Africano Americano Asiático Caucáseo Hispano
 Americano Nativo Hawaiano Nativo Islas del Pacifico Otro: _____ (Por favor especifique)

Raza: ¿Cual es la raza del paciente? Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿Cuál es el idioma preferido del paciente? Inglés Español Otro: _____ (Por favor especifique)

Información del seguro

Seguro primario: _____ Póliza/ID# _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Féc. Nac.: ____/____/____ Grupo/Cuenta #: _____

Empleador: _____ Dirección de empleo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Trabajo #: _____

Seguro secundario: _____ Póliza/ID# _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Féc. Nac.: ____/____/____ Grupo/Cuenta #: _____

Empleador: _____ Dirección de empleo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Trabajo #: _____

Completar – Solamente si el paciente es un menor

Nombre del Padre/Guardián: _____ Parentesco: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Parentesco: _____

Hermanos: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Otros hermanos: _____ Fecha Nac.: ____/____/____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: ____ / ____ / ____

Cesión de beneficios. Autorizo a USMD Physician Services, ("USMD") para que presente reclamos en mi nombre directamente a Medicare/Medicaid/mi corredor privado de seguro de salud. Esto significa que USMD cobrará cualquier pago que se haga por provisiones y servicios. Entiendo que soy financieramente responsable ante los proveedores por los cargos no pagados o adeudados. Le autorizo a revelar cualquier información necesaria a los corredores de seguro en conexión con enfermedades y tratamientos para procesar los reclamos. Esta cesión permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí, por escrito.

Iniciales del Paciente: _____

Consentimiento para recibir tratamiento. Entiendo que USMD utiliza tecnología de prescripción electrónica y participa con SureScripts. SureScripts opera Pharmacy Health Information Exchange, que facilita la transmisión electrónica de información sobre prescripciones entre proveedores y farmacias. SureScripts también brinda datos de prescripciones sobre cualquier medicamento, historial médico conocido, que hayan sido prescritos a mi persona/al paciente.

Iniciales del Paciente: _____

Llamadas telefónicas. Al proporcionar la información de contacto, autorizo a USMD, a sus cesionarios, y a agentes recolectores que sean terceras partes, a utilizar la información de contacto que he proporcionado para comunicarse conmigo y a hacer llamadas a mi hogar/número de celular/dispositivos de llamadas automáticas, en relación a cualquier comunicación con mi persona.

Iniciales del Paciente: _____

Participación de otros en mi cuidado. Autorizo a USMD a discutir mis cuidados en calidad de paciente y necesidades médicas con las siguientes personas:

Nombre	Fecha de nacimiento (para identificación)	Relación	Teléfono

NO deseo agregar un contacto adicional para discutir mis necesidades o las del paciente.

Iniciales del Paciente: _____

¿Podemos contactarle por teléfono y dejar un mensaje?

Teléfono Principal: _____ Teléfono Alternativo: _____

Dejar mensaje únicamente con número de contacto.

Dejar mensaje únicamente con número de contacto.

Dejar mensaje con información detallada.

Dejar mensaje con información detallada.

No dejar mensaje.

No dejar mensaje.

Política Financiera del Paciente

Yo reconozco que he recibido la "Política Financiera del Paciente."

Iniciales del Paciente: _____

Aviso de Practicas de Privacidad

Yo reconozco que he recibido la "Política Financiera del Paciente."

Iniciales del Paciente: _____

Fotografía de Pacientes Menores (cuando corresponda)

Yo doy mi consentimiento a USMD para fotografiar al paciente menor con motivo de identificación solamente.

Iniciales del Paciente: _____

Fecha

Firma del paciente o Representante Personal

Fecha de Nacimiento del Paciente

Nombre en letra de molde del paciente o Representante Personal

Relación con el Paciente

POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: ____ / ____ / ____

Por favor leer antes de recibir servicios.

USMD Physician Services ("USMD") reconoce la necesidad de un entendimiento claro entre el paciente y el proveedor de cuidados de la salud, con respecto a la información protegida de la salud y sobre los arreglos financieros para el pago por los servicios de salud. La información a continuación se proporciona para evitar cualquier mal entendimiento con respecto a la información protegida de la salud y el pago por los servicios profesionales.

- **PAGO: El pago debe realizarse al momento del servicio.** En caso de que su deducible no haya sido cubierto, o si usted es responsable por el pago de un porcentaje del mismo, nosotros esperamos recibir el pago cuando se brindan los servicios. **Aún cuando se presentará una reclamación a su compañía de seguros, usted es responsable por cualquier saldo pendiente después de que la compañía aseguradora haya procesado su reclamación.** Todos los costos por tratamientos brindados se vencen y deberán pagarse sesenta (60) días después de la fecha en la que se brindó el servicio. Estos periodos permiten el tiempo suficiente para procesar la reclamación con la aseguradora y liquidar por completo cualquier saldo pendiente por pagar. Se aplicará un recargo adicional de \$25.00 dólares por cheques sin fondos. En caso de que el saldo pendiente no haya sido liquidado después de 60 días, USMD iniciará varios procesos de recolección, incluyendo más no de manera limitativa, el presentar la cuenta morosa a una agencia de cobranzas.
- **AUTO-LIQUIDACIÓN (PAGO INDIVIDUAL, EN EFECTIVO):** En caso de que usted no cuente con cobertura de seguro médico, le pedimos que coordine su cuidado de la salud con nuestro departamento financiero antes de su cirugía. En dichos casos, requerimos de un pago por adelantado por concepto de los servicios profesionales.
- **ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ADMINISTRADOS: Todos los copagos en planes de servicios médicos administrados (HMO, PPO, etc.) deberán pagarse al momento que se le brinde el servicio.** Si su plan de seguro médico requiere de una autorización previa de un médico de atención primaria, favor de presentarla al momento de su visita inicial. Si usted solicita una consulta o una cirugía sin la autorización previa del médico de atención primaria correspondiente, su plan de seguros médicos podría considerarlo como un **tratamiento "fuera de red" o "no cubierto"**, y usted sería responsable por un porcentaje mayor o por el monto entero de los cargos. El paciente reconoce que es su responsabilidad el tener en cuenta cuáles son los servicios que cubre su seguro, y se compromete a pagar por cualquier servicio que su plan de seguro médico determine como no-cubierto o no-autorizado.
- **MEDICARE:** Los proveedores de USMD, son proveedores que participan en el programa de Medicare y aceptan como pago, el permisible por Medicare, el deducible del paciente y/0 un coseguro del 20%. Si usted cuenta con cobertura de seguro complementario (Medigap) para cubrir la porción de los cargos por los cuales Medicare no se hace responsable, por favor preséntenos una copia de su tarjeta de seguro médico y cualquier formulario que su compañía de seguros podría requerir. Medicare o algunas aseguradoras secundarias no cubren ciertos procedimientos o materiales. Por favor asegúrese de saber cuáles son los aspectos de su tratamiento que si estarían cubiertos antes de proceder. En estos raros casos se le podría requerir que firme un formulario de exención, donde usted declara que entiende que será responsable por estos cargos.
- **PACIENTES DE ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS:** Nosotros si aceptamos a pacientes de accidentes automovilísticos. Sin embargo, no podemos dar seguimiento a cuentas de largo-plazo y requerimos que se realice el pago como si fueran pacientes de pago auto-liquidado. No aceptaremos una carta de protección por parte de un abogado como garantía de pago, ni tampoco pagos de seguro por terceros.

POLÍTICA FINANCIERA

- **HIJOS DE PADRES DIVORCIADOS:** La responsabilidad por el pago del tratamiento médico proporcionado a un menor, cuyos padres estén divorciados, corresponde al que haya solicitado el tratamiento. Cualquier resolución jurídica con respecto a la responsabilidad deberá determinarse entre las partes involucradas, sin incluir a USMD.
- **SEGURO COMPLEMENTARIO:** El Departamento de Seguros de Texas requiere que el paciente le proporcione cobertura de seguro médico complementaria al proveedor cuando corresponda. El paciente se compromete a proporcionar dicha información como se indica a continuación. El paciente también se compromete a informar al proveedor de inmediato en caso de que en el futuro ocurriera cualquier adición, cambio o eliminación en su cobertura de seguro médico principal o complementario.
- **DESCUENTOS PRONTO PAGO:** USMD ofrece un descuento por pronto pago a los pacientes que no tienen seguro y pagan en su totalidad al momento del servicio o por adelantado. Los descuentos por pronto pago no aplican a los copagos o deducibles. Los pacientes que pagan en el momento de la visita deben tener en cuenta que cargos adicionales relacionados con la visita pudieran ser facturados posteriormente.
- Ofrecemos la oportunidad de establecer un plan de pago razonable si no puede pagar el monto total en el momento del servicio. Si tiene un saldo pendiente, esperamos que haga pagos o arreglos de pago antes de su próxima cita programada. Usted podría ser dado de alta de este consultorio si no hace los pagos.
- Si usted tiene cobertura de **Medicaid** de cualquier tipo, debe informarnos al respecto antes de su visita. Esto es parte de su acuerdo con Medicaid, y el **no informarnos** acerca de la cobertura de Medicaid resultará en que usted será completamente responsable por el pago de los servicios brindados.
- Antes de recibir los servicios, usted debe verificar que nosotros seamos proveedores participantes con su compañía de seguros. También es necesario que nuestro médico de atención primaria también esté registrado como su proveedor médico de atención primaria con su compañía de seguros, en caso de que su contrato con la compañía de seguros así lo requiera. En caso de que no seamos proveedores participantes con su compañía de seguros o de que nuestro médico de atención primaria no esté registrado como su proveedor médico de atención primaria con su compañía de seguros, nosotros presentaremos la reclamación inicial con su compañía de seguros como una cortesía. Sin embargo, el pago deberá ser pagado en su totalidad al momento que se brinden los servicios.
- Nosotros enviaremos una factura (al domicilio para facturación que usted nos proporcione) informándole de cualquier saldo que aún quede pendiente de pago. En caso de que usted tenga cualquier duda o que dispute la validez de este saldo, es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina de negocios dentro de un periodo máximo de 30 días a partir de haber recibido la factura inicial. Usted puede llamar al **(817) 514-5200**.
- Podremos aplicar un recargo por "inasistencia" en caso de que usted no se presente a su cita programada sin antes haber cancelado o reprogramado la cita con al menos 24 horas de anticipación.
- **La falta de mantener el saldo de su cuenta al corriente podría requerir que cancelemos o re-programemos su cita.**

USMD cree firmemente que una buena relación entre el paciente y su médico se basa en el entendimiento y la comunicación abierta. Esperamos que las políticas detalladas anteriormente nos permitan brindar un servicio de la más alta calidad a nuestros pacientes. En caso de que tuviera cualquier duda o requiera alguna explicación con respecto a estas políticas, favor de comunicarse con nosotros al (817) 514-5200.

FECHA DE HOY: _____

Nombre del Paciente: _____ FECHA NAC. ____/____/____
Primer nombre Inicial 2^{do}. nombre Apellido

M F

MOTIVO DE LA VISITA HOY: _____

ALERGIAS (Incluir medicamentos, alimentos, colorantes de radiografía) o circule **NINGUNA CONOCIDA**

Nombre del alérgeno	Tipo de reacción	Fecha aproximada
1		
2		
3		

MEDICAMENTOS ACTUALES (Incluir receta, sin receta y medicamentos a base de hierba. Adjuntar una hoja adicional si es necesario) o circule **NINGUNO**

Nombre del medicamento	Dosis (mg)	Con que frecuencia lo toma	Motivo para tomar el medicamento	Médico que lo prescribe
1				
2				
3				

FARMACIA (liste la farmacia más utilizada para las recetas)

Nombre: _____ Tel. #: _____ Fax #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/C.P.: _____

HOSPITALIZACIONES PREVIAS (Incluir todas las hospitalizaciones no quirúrgicas. Adjuntar una hoja adicional si es necesario) o circule **NINGUNA**

Razones de estancia hospitalaria	Fecha (aproximada)	Hospital o ciudad, si se conoce
1		
2		
3		

CIRUGÍAS (Incluir todas las cirugías en su vida. Adjuntar una hoja adicional si es necesario) o circule **NINGUNA**

Tipo de cirugía	Fecha (aproximada)	Hospital o ciudad, si se conoce
1		
2		
3		

HISTORIAL FAMILIAR: Existe en su familia historia de:

Hay historia en la familia de	SI	NO	Relación	Edad que comenzó	¿Causa de Muerte?
TDA / TDAH (ADD/ADHD) *					
Alergias					
Asma					
Defectos de nacimiento					
Cáncer					
Enfermedad cardiovascular					
Enfermedad de arteria coronaria					
Sordera					
Depresión					
Retraso en el desarrollo					
Displasia del desarrollo de caderas					
Diabetes					
Eczema					
Lípidos elevados / Colesterol					
Problemas de la vista					

Hay historia en la familia de	SI	NO	Relación	Edad que comenzó	¿Causa de Muerte?
Enfermedad Genética					
Infarto – menor de 55					
Hemoglobinopatía/C. Falciformes					
Alta presión sanguínea					
Enfermedades del riñón					
Discapacidad de aprendizaje					
Discapacidad mental					
Migrañas					
Obesidad/Sobrepeso					
Escoliosis					
Trastorno convulsivo					
Derrame cerebral < 55					
Síndrome de muerte súbita infantil					
Enfermedad de las tiroides					
Otras: _____					

* Trastorno por déficit de atención / Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad

Nombre del Paciente: _____ FECHA NAC. ____/____/____
Primer nombre Inicial 2ºº. nombre Apellido

HISTORIA MÉDICA

Por favor, marque "X" en la queja(s) o dolencia(s) que apliquen al paciente. Si no está seguro, ponga un signo de (?)

Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sobrepeso / Obesidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Desorden de convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Acné	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
ADD/ADHD * (ADD/ADHD)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Prematuridad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Retraso en el habla	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Trastornos psiquiátricos/ salud mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dolor de estómago / GERD	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pielonefritis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Estrabismo/ Problema de la vista	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad Renal / Problema con riñones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Escoliosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Bajo peso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Autismo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Convulsiones, febriles	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otros? _____			Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____					
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____					
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____					
Varicela	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____					
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____					
Conmoción cerebral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____					
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No						

Enfermedad de arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sordera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dislocación en el desarrollo de la cadera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trastorno de la alimentación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Eczema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lípidos elevados/Enfermedad del colesterol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Desmayos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alergia a alimentos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trastorno genético	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de crecimiento / Peso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Historia de sibilancias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Uso de inhalador/Nebulizador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Migrañas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otitis media, recurrente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

HISTORIA DE NACIMIENTO

Lugar de nacimiento: _____

Peso del bebé al nacer: ____ lbs. ____ oz.

Duración del embarazo: _____

Edad de la madre _____ Edad del padre _____

¿Problemas acon el embarazo? Sí No
(Sí, por favor especifique) _____

¿Obtuvo cuidado prenatal? Sí No
(Sí, por favor especifique) _____

Tipo de Parto Vaginal Cesárea Fórceps / Ventosas

Si fue Cesárea, ¿Por qué? _____

¿Parto de nalgas? Sí No

¿Algún medicamento / fumó durante el embarazo? . Sí No
(Sí, por favor especifique) _____

¿Problemas con el embarazo/parto? Sí No
(Sí, por favor especifique) _____

Estadía en la unidad de recién nacidos: _____

¿Alguna complicación en la unidad de recién nacidos? Sí No
(Sí, por favor especifique) _____

¿Defectos al nacer? Sí No
(Sí, por favor especifique) _____

Peso del bebe al ser dado de alta: ____ lbs. ____ oz.

¿Se le hizo la circuncisión al bebé? Sí No

¿Se le dio HepB? Sí No Fecha: _____

¿Pasó la prueba de audición? Sí No

Nombre del Paciente: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Edad: _____
Primer Nombre Apellido Inicial 2^{do}. nombre

Yo, _____, por medio de la presente autorizo a
 (Nombre del Paciente o Representante Legal)

 (Nombre de la persona o entidad que recibirá la información)

 (Dirección de la persona o entidad que recibirá la información)

a divulgar la siguiente información por correo, fax u oralmente a:
Medical Clinic of North Texas (una filial de los servicios afiliados de USMD)

Dirección: _____ **La información es para:**
 _____ Dr. _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Para fines de: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la información de salud | <input type="checkbox"/> Notas de evolución |
| <input type="checkbox"/> Estados de cargos o pagos | <input type="checkbox"/> Registros del abuso de sustancias Iniciales _____ |
| <input type="checkbox"/> Información acerca del VIH / SIDA Iniciales _____ | <input type="checkbox"/> Información genética (incluir resultados de pruebas genéticas) Iniciales _____ |
| <input type="checkbox"/> Historial y Exploración Física | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta |
| <input type="checkbox"/> Copias de Registros de Informes proporcionados a la parte mencionada arriba (es decir: Hospital, Laboratorio, Clínica, etc.) | <input type="checkbox"/> Informes de Consultas |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para la salud mental y/o abuso de alcohol y drogas Iniciales _____ | <input type="checkbox"/> Información de Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Registros de visita para una fecha(s) en particular. Fechas específicas incluyen más no de forma limitativa: | <input type="checkbox"/> Fotografías, videos, digital, u otras imágenes |

Otro (debe especificar): _____

Esta autorización se otorga libremente con el entendimiento que:

- Cualquier registro, ya sea escrito, oral o en formato electrónico es confidencial y no puede divulgarse sin mi autorización previa por escrito, excepto en las circunstancias que estipule la Ley.
- Una fotocopia o fax de la presente autorización tiene la misma validez que este documento original.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto cuando la información ya haya sido divulgada.
- MCNT, una empresa filial de USMD Affiliated Services, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad legal por recibir la información indicada anteriormente según ha sido indicada y autorizada aquí.
- La información utilizada o divulgada bajo el marco de esta autorización podría estar sujeta a re-divulgación por parte del destinatario, y podría ya no estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.
- El tratamiento, pago, registro, o elegibilidad para obtener beneficios no puede estar condicionado con la obtención de esta autorización.

 Firma del paciente o Representante Personal

 Fecha

 Relación con el paciente

 Fecha de Expiración de esta Autorización
A menos que se indique algo diferente, esta autorización vence 1 año después de la fecha de su firma.

 Firma del Testigo

 Fecha

Se requiere la firma de un menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de cuidados reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias y/o alcohol, y de tratamiento para la salud mental (ver, por ejemplo, Código de la Familia (ver, por ejemplo, el Código Familiar de Texas §32.003

 Firma del Individuo Menor

 Fecha

