

**INTERNATIONAL ROBOTIC SURGERY CENTER FOR THE HEART AND CHEST
HOUSTON VEIN INSTITUTE**

Nombre del Paciente		Fecha de nacimiento	Edad	Sex (M or F)	SS#
Dirección		Ciudad, Estado, Postal		Estado civil	
Número de casa		Número de celular		Número de Farmacia	
CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE (necesario)				Idioma preferido	
Nombre del Empleador		Paciente's Ocupación		Número de Trabajo	
Cónyuge o persona de contacto de emergencia		Número del cónyuge		Otro número del cónyuge	
Nombre del Médico Referente		Número de teléfono		Número de Fax	
Nombre del médico de atención primaria				Número de Fax	

RESPONSIBLE PARTY (if other than Patient) (PARTE RESPONSABLE (si no es Paciente))

Nombre		Fecha de nacimiento	SS#
Dirección		Ciudad, Estado, Postal	Relación con el paciente
Número de casa	Número de celular	Número de Trabajo	

PRIMARY INSURANCE (SEGURO PRIMARIO)

Nombre de la compañía de seguro		ID de la póliza	ID de grupo
Nombre del titular de la póliza	Número de teléfono	Sex (M or F)	Fecha de nacimiento
Dirección del titular de la póliza (si no es Paciente)	Ciudad, Estado, Postal	SS#	
Relación con el paciente		Número alternativo	

SECONDARY INSURANCE (SEGURO SECUNDARIO)

Nombre de la compañía de seguro		ID de la póliza	ID de grupo
Nombre del titular de la póliza	Número de teléfono	Sex (M or F)	Fecha de nacimiento
Dirección del titular de la póliza (si es diferente del paciente)	Ciudad, Estado, Postal	SS#	
Relación con el paciente		Número alternativo	

Presento que el declaro de la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del Paciente/Responsible Party

Nombre Impreso

Date

**INTERNATIONAL ROBOTIC SURGERY CENTER FOR THE HEART AND CHEST
HOUSTON VEIN INSTITUTE
CONFIDENTIAL HEALTH HISTORY**

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sex: Male Female

Altura: _____ Peso: _____

Empleo: _____

Cardiólogo: _____

Médico referente: _____

(Si es diferente)

Explique brevemente su razón para ver al doctor hoy: _____

Liste cualquier alergia que tenga (incluyendo alergias a medicamentos): _____

MEDICAMENTOS: Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente y la dosis (o adjunte una lista):

CIRUGÍAS:

Año	Hospital	Motivo de la Hospitalización
-----	----------	------------------------------

HISTORIA SOCIAL: Compruebe las sustancias que utiliza e indique el uso por semana.

___ Tobacco ___ # Año ___ # Paquetes por día ___ Drogas ___ Alcohol ___ # Bebidas diarias

Miguel A. Gomez, MD, PA
18400 Katy Frwy, Suite 480
Houston, TX 77094

RECONOCIMIENTO DEL FORMULARIO HIPAA

Reconozco que he leído el Aviso de HIPAA de Miguel A. Gómez, MD, PA y abajo se enumeran los miembros de la familia y / o amigos con los cuales es permisible compartir mi PHI (Protected Healthcare Information). Esta autorización permanecerá en efecto a menos que sea cambiada por mí.

NOMBRE DE LA PERSONA (S) QUE PUEDE RECIBIR MI INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO

Acepto mi permiso para ser contactado por cualquiera de los siguientes medios de comunicación (marque todas las que apliquen):

_____ Numero de Casa _____ Numero de Celular _____ Email _____ Mensaje de Voz

FIRMA

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

FECHA

Miguel A. Gomez, MD, PA
18400 Katy Frwy, Suite 480
Houston, TX 77094

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir nuestra oficina para su atención médica. Nuestra relación profesional será reforzada por su clara comprensión de nuestras políticas de oficina. Con el fin de servirle mejor, le rogamos que lea cuidadosamente e indique la aceptación de estas políticas en cada párrafo y su firma en la parte inferior. Para reducir la confusión y el malentendido entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si tiene alguna pregunta relacionada con estas políticas, hable con nuestro personal de la oficina. Estamos dedicados a brindarle el mejor cuidado y servicio posible y considerar su completa comprensión de sus responsabilidades financieras como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento.

_____ **PAGO PARA EL SERVICIO:** A menos que otros acuerdos hayan sido hechos por adelantado por usted o su compañía de seguros de salud, el pago total es debido en el momento del servicio. Todas las tarifas aplicables como deducible, coaseguro y copagos deben ser pagadas en el momento de su visita. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques, débito y MasterCard, Visa o Discover. El pago devuelto a nuestra oficina por fondos insuficientes, cierre de cuenta y / o rechazo de tarjeta de crédito resultará en una evaluación de \$ 35 aplicada a su cuenta.

_____ **VERIFICACIÓN DEL SEGURO:** Como titular de la póliza, es su responsabilidad verificar con su aseguradora que Miguel A. Gómez, MD, PA es un proveedor participante con su plan. Nuestra oficina hace todo lo posible para obtener información sobre los beneficios actuales de su compañía de seguros; Sin embargo, es su responsabilidad entender sus beneficios. Por favor notifique a nuestra oficina inmediatamente de cualquier cambio en su póliza de seguro médico para que podamos tomar las medidas necesarias para ayudarle a obtener su nivel máximo de beneficios.

_____ **CANCELACIONES:** Si tiene que cancelar o reprogramar su cita, por favor notifique a nuestra oficina con 48 horas de antelación. Usted puede llamar después de horas y dejar un mensaje con el servicio de contestador. Cancelaciones o no presentaciones dentro de las 24 horas del horario programado dará lugar a una cuota de cancelación de \$ 75. Su seguro no cubrirá este cargo.

Nombre impreso del paciente

Firma del Paciente o parte responsable si es un menor

Fecha

Miguel A. Gomez, MD, PA
18400 Katy Frwy, Suite 480
Houston, TX 77094

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, ASIGNACIÓN DE DERECHOS PARA EJERCER ERISA Y OTRAS RECLAMACIONES JURÍDICAS Y ADMINISTRATIVAS ASOCIADAS CON MI PLAN DE SEGURO DE SALUD Y / O DE SALUD (INCLUYENDO INCUMPLIMIENTO DE DERECHO FIDUCIARIO) Y DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Por la presente asigno y transmito directamente a Miguel A. Gomez, MD, PA como mi representante autorizado designado, todos los beneficios médicos y / o reembolso del seguro, si los hubiera, pagados a mí por servicios, tratamientos, terapias y / o medicamentos prestados o Proporcionado por Miguel A. Gomez, MD, PA, independientemente de su estado de participación en la red de atención administrada. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sin importar cualquier seguro o pagos de beneficios aplicables. Por la presente autorizo a Miguel A. Gomez, MD, PA, a liberar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamaciones. Además, por la presente autorizo a mi administrador del plan fiduciario, asegurador y / o abogado a divulgar a Miguel A. Gómez, MD, PA cualquier y todos los documentos del Plan, descripción resumida del beneficio, póliza de seguro y / A. Gomez, MD, PA o sus abogados con el fin de reclamar tales beneficios médicos.

Además de la asignación de los beneficios médicos y / o el reembolso de seguro arriba, también asigno y / o transmito a Miguel A. Gomez, MD, PA cualquier reclamo legal o administrativo o escogí una acción que surja bajo cualquier plan de salud grupal, beneficios para empleados Plan, seguro médico o seguro de responsabilidad civil relacionados con gastos médicos derivados de los servicios médicos, tratamientos, terapias y / o medicamentos que reciba de Miguel A. Gomez, MD, PA (incluyendo cualquier derecho a perseguir los derechos legales o administrativos Reclama o elige una acción). Esto constituye una asignación expresa y consciente de ERISA incumplimiento de las reclamaciones de derechos fiduciarios y otras reclamaciones legales y / o administrativas.

Tengo la intención, por medio de esta cesión y designación de representante autorizado, de transmitir a Miguel A. Gómez, MD, PA todos mis derechos para reclamar (o colocar un gravamen sobre) los beneficios médicos relacionados con los servicios, tratamientos, terapias y / o mediaciones Proporcionados por Miguel A. Gómez, MD, PA, incluyendo derechos sobre cualquier acuerdo, seguro o los recursos legales o administrativos aplicables (incluyendo los daños y perjuicios derivados de incumplimiento por ERISA de las reclamaciones de derechos fiduciarios). El cesionario y / o representante designado (Miguel A. Gómez, MD, PA) tiene el derecho de mí (1) obtener información sobre la reclamación en la misma medida que yo; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o ley; (4) hacer cualquier petición incluyendo proveer o recibir notificación de procedimientos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y perseguir demandas o elegir en acción o derecho contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de atención médica o administrador del plan. Miguel A. Gómez, MD, PA como mi cesionario y mi representante autorizado designado pueden entablar una demanda contra cualquier plan de beneficios de atención médica, plan de beneficios para empleados, administrador del plan o compañía de seguros en mi nombre.

A menos que sea revocada, esta asignación es válida para todos los exámenes administrativos y judiciales bajo PPACA (legislación de reforma del cuidado de la salud), ERISA, Medicare y las leyes federales y estatales aplicables. Se considerará válida una fotocopia de esta asignación, como si fuera el original.

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE ACUERDO.

Firma del Paciente

Fecha

**International Robotic Surgery Center for the Heart and Chest
Houston Vein Institute**

Miguel A. Gomez, M.D.
Cardiovascular & Thoracic Surgery
18400 Katy Freeway, Suite 480
Houston, TX 77094
(832) 260-0500

Fax: (832) 260-0488

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS

PARA: _____

NO. DE FAX NO: _____ DE LA OFICINA NO: _____

Por favor, libere los registros médicos recientes, así como otra información pertinente con respecto a su tratamiento de mí.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE BIRTH _____

Firma del paciente

Fecha