

Brian Bluth M.D

Bluth Medical Associates

1315 N Washington

Weatherford OK 73096

A quien se pertenece:

Nos gustaria dar la bienvenida a nuestra practica medica y explicar un poco sobre nuestros objectivos y politicas de la oficina. Creemos en las teorias de la atencion medica moderna que indica que el consultoriono es solo un lugar para el gravemente enfermo. La mayoria pueden tratarse eficazmente con deteccion temprana. Por esa razon se recomienda un sistema de cuidado preventive y chequeos regulares. Si se adhieren a esta filosofia simple, cuiden se dieta y ejercicio regularmente, se riesgo de enfermedad(es) debilitatorias.

Nuestro pacientes pueden esperar de nosotros: un alto grado de habilidad professional y capacidad. Una dedicacion a su estado general de salud y bienestar. Una minimazacion de los gastos medicos traves de la adecuada atencion preventive. El mayor esfuerzo para hacer su visita lo mas comoda possible. Mantener la confidencialidad de su informacion de salud conforme a las regulaciones de HIPPA.

A cambio esperamos de nuestros pacientes: Cooperacion en la elaboracion y mantenimiento de las cita. Un esfuerzo conciente para seguir los tratamentos prescritos. Atencion a la dieta adecuada y ejercicio. Un acuerdo definitive para el pago de cuotas al tiempo de servicio.

A fin de ser mutuamente beneficioso y satisfactorio pedimos que cada vez que tenga una pregunta o esta descontentos con cualquier tratamiento (Propuesto o realizado), cuota de servicio o la actitud de nuestro personal usted se la communicara con nosotros prontitud y abiertamente.

Gracias,

Brian Bluth M.D.

**Informacion del paciente**

Nombre Del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Direccion postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Zip\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono particular # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ Seguridad Social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo:\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Farmacia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Titulares De Tarjetas De Seguro**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha De Naciemiento \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direccion postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Zip\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono particular # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ Seguridad Social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo:\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Farmacia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Seguro**:

Seguro principal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro secundaria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto De Emergencia**

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_

 **POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

Queda autorizado la liberacion de informacion medica con el fin de procesar mis reclamaciones de seguros y autorizado el pago al Dr Bluth para los benificios pagados por servicios prestados. Entiendo que soy responsible de todos los honorarios, indepientemente de la cobertura del seguro. Tambien entiendo que pago se espera en el momento de servicios si no se hacen otros arreglos antes de cada visita.

Comprendo y han recibido un aviso de privacidad del paciente que proporciona una descripcion mas completa de informacion de usos y divulgaciones. Entiendo que tengo el derecho a revisar el aviso de privacidad del paciente antes de firmar este consentimiento. Entiendo que tengo derecho de oponerse el uso de mi informacion de salud para fines de directorio. Entiendo que tengo a solicitor restricciones sobre como se puede utilizer o divulger mi informacion de salud para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atencion medica y el Dr. Bluth no es requrido estar que de acuerdo a las restricciones pedidas.

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

**Completa Medicamentos y Historia Lista:**

**Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Donde trabajas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono de trabajo(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_

**MIS MEDICAMENTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medicacion | Cuanto | Con Que Frecuencia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Mi Farmacia (por favor haga un circulo)

\*Allens \* More than medicine \* Walmart (weatherford)

\* Walgreens \* Homeland (Clinton) \* Liberty Drug \*K-Mart

\*Pharmcare \*Salisbury \*S&D Drug \*Eagle Pharmacy

\*Health Express \*Clinic (cordell) \*Hinton Pharmacy

Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mi salud de Hogar** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mis Pruebas de Detaccion**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | FECHA  | RESULTADOS Y DONDE LO HICIERON |
| Mamografia |  |  |
| Pruea de Papanicolau |  |  |
| PSA |  |  |
| Colonoscopia |  |  |
| Vacuna contra la neumonia |  |  |
| Vacuna contra Influenza |  |  |
| Tetanos  |  |  |

**Mis Alergias**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
| 6. | 7. | 8. | 9. | 10. |

Bluth Family Medicine

Registro De Pacientes

**Mis Cirugias**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cirugias** | **Fecha** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Historial de salud familiar**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adoptado? Y-N | Madre | Padre | Hermano | Hermana | Otro (por favor especifica) |
| Enfermedad de Alzheimer |  |  |  |  |  |
| Asthma |  |  |  |  |  |
| Enfermedad de la sangre |  |  |  |  |  |
| Ataque al Corazon/ Paro Cardiaco |  |  |  |  |  |
| Tipo de cancer |  |  |  |  |  |
| Depresion |  |  |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |  |  |
| Hypertension |  |  |  |  |  |
| Syndrome del intestine irritable (IBS) |  |  |  |  |  |
| Enfermedad mental |  |  |  |  |  |
| Obesidad |  |  |  |  |  |
| Otro |  |  |  |  |  |
| Otro |  |  |  |  |  |

Historia Social

El consume de Tobacco \_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ Dario \_\_\_\_\_\_Semanal Ano quit\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuantos cigarettes al dia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uso de Alcohol \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_\_\_Dario \_\_\_\_\_\_\_ Semanal

Cerveza \_\_\_\_\_\_ Licor \_\_\_\_\_ Vino\_\_\_\_\_\_

Consentimiento al uso y divulgación de información de salud para tratamiento, de atención médica.

Entiendo que, como parte de mi salud y atención médica, medicina de familia Bluth, LLC- Dr. Bluth de Brian Luis se origina y mantiene registros médicos y salud que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de examen y prueba, diagnósticos, tratamiento y planes para la futura atención o tratamiento. Además, entiendo que esta información sirve como:

1. Una base para la planificación de mu cuidado y tratamiento:
2. Un médico de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado:
3. Una fuente de información para aplica mi información de diagnostico y tratamiento a mi factura:
4. Un medio para que tercero pagador verificar que los servicios fueron fracturados efectivamente prestados:
5. Y una herramienta para operaciones de atención medica de rutinarias como evaluar la calidad y revisión de la competencia de los profesionales de salud:
6. **Además, entiende y acepta que este acuerdo a divulgar información se aplicara a toda la información acumulada hasta la fecha y cualquier información adquirida en el futuro. Este acuerdo para lanzar la información permanecerá en vigor hasta el momento en que voy a revocar por escrito.**

Comprendo y han recibido un aviso de privacidad del paciente que proporciona una descripción más complete de información de usos y divulgaciones. Entiendo que tengo el derecho a revisar el aviso de privacidad del paciente antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la medicina de familia Bluth, LLC Brian L Bluth M.D. se reserva el derecho a modificar sus practicas y aviso pero que antes de la aplicación le enviara por correo una copia de cualquier revisión aviso a la dirección he proporcionado. Entiendo que tengo derecho de oponerse al uso de mi información de salud para fines de directorio. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones medica y que LLC de medicina de familiar Bluth. Dr. Bluth no es necesario que acuerdo a las restricciones solicitadas. Entiendo que yo debo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en la organización ya ha tomado medidas en dependencia al respecto.

Por la ley de Oklahoma estamos obligados a notificar…**que la información autorizada para lanzamiento puede incluir registros que pueden indicar la [presencia de un transmisibles o las enfermedades veneras que pueden incluir, pero no se limitan a enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de inmunodeficiencia humana, también conocida como síndrome de inmunodeficiencia Adquira (SIDA).**

Además, se la versión esbozada información puede entregarse personas y organizaciones para la finalidad indicada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Solicito las siguientes restricciones a la utilización o revelación de mi información de salud:

SI / No ---- De mayo puede no dejar (recordatorios de citas) (información médica) en mi maquina o servicio de mensajes.

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha aviso eficaz \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_



Brian Bluth, M.D.

1315 N Washington

Weatherford Oklahoma 73096

(580) 772-2344

Todos los servicios profesionales se cargan a la paciente. Se completan formularios necesarios para agilizar las reclamaciones de seguros. El paciente es responsable de todas las cuotas, independientemente de la cobertura del Seguro. Se requiere pago en el momento en que se prestan los servicios, a menos que otros acuerdos se hacen por adelantado.

**AUTORIZO BRIAN BLUTH, MD A PROPORCIONAR INFORMACION A LAS COMPANIAS DE SEGURO EN CUANTO A MI ENFERMEDAD Y LOS TRATAMIENTOS Y QUEDA ASIGNAO EL PAGO MEDICO POR TODOS LOS SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS A MI O A MIS DEPENDIENTES. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER PAGO NO COBIERTO POR EL SEGURO.**

Firma del paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Firma del asegurado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_