



Dr. Adila Siddiqi

2771 Sherman
St. Grand Prairie,
TX 75050

T: (972) 647-0550
F: (972) 647-1010

Farah Siddiqi, FNP-C

3501 N. MacArthur Blvd.
Suite 330 Irving,
TX 75038

T: (972) 887-3376
F: (972) 887-3394

Registro de Paciente - Consentimiento de tratamiento

Información del paciente

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Seg. nombre (Inicial) _____
Número de seguro social: _____ Estado marital: _____
Género: Masculino Femenino Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono (Hogar): _____ Teléfono (Celular): _____
Dirección postal: _____
Dirección de residencia: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código ZIP: _____
Correo electrónico: _____
Raza/Etnia: _____ Language preferido: _____

Información Sobre el Seguro - (Por favor entregue su(s) tarjeta(s) del seguro a la recepcionista)

Seguro principal: _____
Nombre del titular de la póliza/suscriptor: _____
Fecha de nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino
Relación del paciente con el titular de la póliza/suscriptor: _____

Seguro secundario: _____
Nombre del titular de la poliza/suscriptor: _____
Fecha de nacimineto: _____ Género: Masculino Femenino
Relación del paciente con el titular de la póliza/suscriptor: _____

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre: _____
Relación: _____ Número de contacto: _____

Información sobre el proveedor o el médico remitente

Nombre del médico remitente/Número: _____
Cómo se enteró de nosotros? Anuncio de google Búsqueda de google Red social
 Amigo/Familiar Proveedor de seguro Otro proveedor

Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar este reclamo para el pago de los beneficios del seguro a **DFW Family Clinic**. Entiendo que soy responsable de todos los cargos que el seguro no paga, incluyendo los procedimientos no cubiertos. También entiendo que si la información del seguro que proporcioné no es correcta esto podría resultar en que mis reclamos no sean procesados por la compañía de seguros correcta y yo seré responsable de todos los cargos. Doy mi consentimiento para el tratamiento que se considere necesario por los proveedores y empleados.

Firma del paciente: _____

Farmacia de elección

Nombre: _____

Dirección: _____

Formulario de historia clínica

Este es un registro confidencial.

La información aquí contenida no será divulgada a nadie sin su autorización para hacerlo.

Fecha de hoy: _____ Fecha de último examen: _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Prescripción

Ninguna

Mostrar el empaque del medicamento al enfermero(a)

Nombre del medicamento:

Dosis:

Cantidad (# veces al día):

Frecuencia (# veces al día):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Historial médico, familiar y social

Enumere las enfermedades y/o cirugías personales pasadas y cuándo se produjeron.

Enfermedad o Cirugía:

Fecha:

¿Usa tabaco?

Nunca

Ocasionalmente

Diario

Tipo de tabaco usado:

Tabaco

Dip

Cigarrillos

Pipa

Cigarrillo electrónico

¿Usa alcohol?

Nunca

Ocasionalmente

Cerveza

Vino

Licor

¿Usa drogas ilegales?

Nunca

Ocasionalmente

Diario

Enumere todas las enfermedades crónicas de su familia inmediata:

Relación:

(ej. diabetes, tuberculosis, cáncer de mama, enfermedades cardíacas, etc.)

Última mamografía/Resultados: _____ Última citología/Resultados: _____

Última densidad ósea/Resultados: _____ Último electrocardiograma/Resultados: _____

Último PSA/Examen de próstata: _____ Última prueba de esfuerzo/Resultados: _____

Última Colonoscopia /Resultados: _____ Último examen ocular: _____

Último examen dental: _____

¿Tiene alguna dieta especial? Si No Solo si, explique: _____
¿Hace ejercicio regularmente? No Diario Semanal Otro: _____
¿Tiene alergias? Si No Solo si, explique: _____

¿Directiva avanzada? Si No (Testamento vital)
¿Hepatitis A, B, C? _____
Exposición a la hepatitis: Si No
¿Tatuajes? Si No
¿Transfusión de sangre antes de 1992? Si No

Vacunas (fecha)

Gripe: _____

Neumonía: _____

Difteria/Tétano: _____

Culebrilla: _____

COVID: _____

Otro: _____

Proveedor: _____ Fecha: _____

Información y consentimiento de la Ley de Privacidad HIPAA

Por favor, marque una de las casillas siguientes para la divulgación de información médica:

Dar información **sólo a mí**: Si No

Dar información a otras personas: Si No

Por favor responder las siguientes preguntas

¿Deberíamos comunicarnos con usted vía llamada telefónica? Si No

¿Deberíamos comunicarnos con usted vía correo electrónico? Si No

¿Podemos dejar un mensaje/correo de voz cuando le llamamos por teléfono? Si No

¿Podemos hablar de su estado de salud con alguien que no sea usted, el paciente? Si No

¿Deberíamos comunicarnos con usted vía mensaje de texto? Si No

En caso afirmativo, indique el nombre de la(s) persona(s) a la(s) que autoriza a recibir información médica: **Las siguientes personas pueden recibir consultas relacionadas a información médica:**

Nombre: _____

Relación: _____ Número de contacto: _____

Liberar la información especificada (indicar todo o Especificar): _____

Nombre: _____

Relación: _____ Número de contacto: _____

Liberar la información especificada (indicar todo o Especificar): _____

**Los nombres adicionales deben registrarse en un formulario adicional.*

Firma del paciente

Nombre impreso

Fecha

Acuse de recibo de la notificación de prácticas de privacidad

DFW Family Clinic se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso. He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente

Nombre impreso

Fecha

Nombre del tutor legal (si procede)

Fecha

Relación con el paciente: _____

Necesario si el paciente es menor de edad o un adulto que no puede firmar el formulario.