



DELACOTERA HEALTH CARE ASSOCIATION

129 Vision Park Blvd., Shenandoah TX 77384

Phone: (281) 248-8872 Fax: (281) 248-8875

Email: support@delacotera.com

INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ FECHA DE

NACIMIENTO: _____

SEGURO SOCIAL: _____ GENERO: _____ F _____ M

ESTADO CIVIL: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____ CELULAR: _____

EMERGENCIA: _____ TRABAJO: _____

RAZA: _____ IDIOMA: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ RELACION: _____

TELEFONO: _____

EMPLEADOR

LUGAR DE TRABAJO: _____

TELEFONO: _____

DIRECCION: _____

FARMACIA DE PREFERENCIA: _____ TELEFONO: _____

DIRECCION: _____

COMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA: _____



DELACOTERA HEALTH CARE ASSOCIATION

129 Vision Park Blvd., Shenandoah TX 77384

Phone: (281) 248-8872 Fax: (281) 248-8875

Email: support@delacotera.com

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION ACERCA DE LAS CONDICIONES/ TRATAMIENTO DEL PACIENTE

ESTIMADO PACIENTE:

DE ACUERDO CON LA LEY DE PRIVACIDAD MEDICA DE TEXAS, EL MEDICO Y/O PERSONAL DE LA OFICINA DEL DR. RODRIGO DELACOTERA SON INCAPAZ DE DAR Y/O OBTENER CUALQUIER INFORMACION QUE PERTENECE A SU CONDICION, TRATAMIENTO, Y/O OBTENER INFORMACION CON RESPECTO A SU CUIDADO A CUALQUIERA OTRA PERSONA QUE NO SEA USTED MISMO, POR FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE AUTHORIZACION.

YO POR LA PRESENTE AUTHORIZO AL MEDICO Y/O EL PERSONAL DE LA OFICINA DEL DR. RODRIGO DELACOTERA PARA DAR Y/O OBTENER INFORMACION PERTINENTE A MI CONDICION Y/O CUIDADO A SOLO AQUELLOS MIEMBROS DE LA FAMILIA Y/O OTROS IMPLICADOS CON MIS CUIDADOS LISTADOS ABAJO:

NOMBRE RELACION

NOMBRE RELACION

Mensajes

Porfavor llamar: _____

Si no me pueden contactar: _____ dejar un mensaje detallado.

_____ Porfavor dejar un mensaje pidiendome llamar de regreso.

_____ Otro: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____



DELACOTERA HEALTH CARE ASSOCIATION

129 Vision Park Blvd., Shenandoah TX 77384

Phone: (281) 248-8872 Fax: (281) 248-8875

Email: support@delacotera.com

MEDICAL RECORDS RELEASE

LIBERACION DE REGISTROS MEDICOS

If you have other doctors that have cared for you and have medical records of your treatment, this form enables us to obtain those records for Dr. Rodrigo DeLaCotera's review.

I hereby give my permission to release my medical records to :

Si usted tiene a otros médicos que han cuidado de usted y tienen los registros médicos de su tratamiento, esta forma nos permite obtener esos registros para la revisión del Dr. Rodrigo Delacotera

Yo por presente doy mi permiso de liberar mis registros médicos a:

DELACOTERA HEALTH CARE ASSOCIATION

DR RODRIGO DELACOTERA

129 Vision Park Pkwy, Suite 200

Shenandoah, TX 77384

Patient Name: _____

D.O.B: _____

Signature: _____

Date: _____



DELACOTERA HEALTH CARE ASSOCIATION

129 Vision Park Blvd., Shenandoah TX 77384

Phone: (281) 248-8872 Fax: (281) 248-8875

Email: support@delacotera.com

**SEGURO MEDICO AUTHORIZATION/ VERIFICACION
EXPLICACION DE BENEFICIOS**

Estimado Paciente:

1. LA VERIFICACION DE COBERTURA MEDICA SE HARA ANTES DE QUE USTED SEA EVALUADO.
2. SIN EMBARGO, ESTA VERIFICACION NO ES GARANTIA DE PAGO.
3. SU FIRMA AUTHORIZA A LA VERIFICACION DE COBERTURA Y LO RESPONSABILIZA POR LOS SERVICIOS NO CUBIERTO POR SU SEGURO MEDICO.

YO AUTHORIZO QUE MI SEGURO MEDICO PAGAR POR : EVALUACION, TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES MEDICAS, DADOS POR EL PERSONAL O DOCTOR DE DELACOTERA HEALTH CARE.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA



DELACOTERA HEALTH CARE ASSOCIATION

129 Vision Park Blvd., Shenandoah TX 77384

Phone: (281) 248-8872 Fax: (281) 248-8875

Email: support@delacotera.com

FORMA DEL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos a la intimidad considerando la información protegida de mi salud. Estos derechos son dados a mi bajo la Transportabilidad de Seguro de Enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Entiendo que firmando este consentimiento, yo autorizo usted a utilizar la información protegida de mi Salud para llevarse a cabo:

- Tratamiento (incluyendo directo o indirecto tratamiento por otros proveedores de la asistencia de la Salud involucrados en mi tratamiento);
- Obteniendo plan de pagos desde tercero pagadores (ex: mi compañía de seguridad);
- Día al día operaciones de la asistencia de salud de su practica

He sido informado también de, dado el derecho de revisar y asegurar una copia de su nota de practicas de intimidad, que contiene una descripción más complete de los usos y revelaciones de mi información protegida de la salud, y de mis derechos bajo HIPAA. entiendo que usted reserve el derecho de cambiar los términos de esta nota del tiempo al tiempo y que yo lo puedo contactar en cualquier tiempo para obtener la copia más actual de esta nota.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar las restricciones en como mi información protegida de salud es utilizado y es revelada para llevarse a cabo el tratamiento, el pago, y las operaciones de asistencia sanitaria pero que usted no es requerido a concordar a estas restricciones. Sin embargo, si usted concuerda, usted es entonces atado conformarse con esta restricción.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento a escribir, en cualquier tiempo. Sin embargo, ningún uso no la revelación que ocurrió antes de esta fecha yo revoque este consentimiento no es vigente.

Firma del Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ D.OB: _____ ALTURA: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSE	CUANTAS VES AL DIA LO TOMA	PARA QUE LO TOMA
EJEMPLO: METFORMIN	500 MG	UNA VEZ AL DIA	DIABETES

HISTORIAL MEDICO (Por favor marque todas las condiciones que usted tenga o haya tenido)

- NINGUNO ANSIEDAD COLESTEROL ALTO CONVULSION
 EDEMA PRESION ALTA HEPATITIS A B OR C ENFERMEDADES DEL CORAZON
 VIH HIPOTIROIDISMO ASMA DEPRESION
 HIPERTIROIDISMO DIABETES OSTEOPOROSIS APNEA DEL SUENO
 ARTRITIS (TIPO) _____ CANCER: TIPO/TRATAMIENTO: _____

 OTROS (Especifique): _____

HISTORIA DE CIRUGIA: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS / TIPO DE REACCION: _____
 NO ALERGIAS MEDICAS CONOCIDAS

HISTORIAL SOCIAL

- Consumo de alcohol Uso del tabaco Uso de Drogas
 Nunca Nunca Nunca
 Socialmente Dejar de Fumar/cuando? _____ Marihuana
 Diario Cigarillos/ paquete por dia? _____ Las Anfetaminas

HISTORIAL FAMILIAR

MADRE: VIVE DIFUNTA Medical History: Ninguno Alta pression Diabetes Colecterol alto
 Cancer : Type: _____ Otros: _____
 PADRE: VIVE DIFUNTA Medical History: Ninguno Alta pression Diabetes Colecterol alto
 Cancer: Type: _____ Otros: _____