

- Race - Based on the US Census Guidelines
- American Indian or Alaskan Native (I)
 - Asian (A)
 - Black (B)
 - Caucasian (C)
 - Other (E)
 - Pacific Islander (P)
- Ethnicity - Based on the US Census Guidelines
- Hispanic (H)
 - Non-Hispanic (N)

PATIENT INFORMATION

WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE

- Ramon Creixell, M.D.
- T. Detter, M.D.
- Sorab M. Italia, D.O.
- Cheryl K. Johnson, M.D.
- C. Pham, D.O.
- L. Tschen, M.D.
- G. Yee, M.D.

Date:	Cellphone No.:
-------	----------------

Email Address:

PATIENT DATA	Patient Name			Social Security #
	Address			Phone No. ()
	City, State, Zip			Occupation
	Date of Birth	Sex	Marital Status	Drivers License #
	Employer			Phone No. ()
Emergency Contact			Phone No. ()	

INSURANCE DATA

1. **PRIMARY INSURANCE CO. NAME:** _____
NAME OF INSURED _____ EMPLOYER _____ WK NO. () _____
S.S. # OF EMPLOYEE _____ GROUP NO. _____
EMPLOYEE DATE OF BIRTH _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____
2. **SECONDARY INSURANCE CO. NAME:** _____
NAME OF INSURED _____ EMPLOYER _____ WK NO. () _____
S.S. # OF EMPLOYEE _____ GROUP NO. _____
EMPLOYEE DATE OF BIRTH _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____

ASSIGNMENT / AUTHORIZATION

INSURANCE AUTHORIZATION:

I hereby authorize **WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE ASSOCIATES, P.A.** to furnish information to my insurance carriers concerning my illness and treatments.

ASSIGNMENT OF BENEFITS:

I hereby assign to **WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE ASSOCIATES, P.A.** all payments for medical services rendered to myself or my dependents. I understand that I am responsible for any amount not covered by insurance.

DATE: _____ SIGNATURE: _____

NAME _____ DATE: _____

Do you have any currently active medical problems other than the one for which you are being seen today? (Include high blood pressure, diabetes, etc.) _____

List any prior hospitalizations. (Include the year, illness, and operations.) _____

Have you ever had a blood transfusion? If so, what year? _____

List all medications you are currently taking. (Include birth control pills and over the counter products.) _____

Do you have any allergies to medication or food? _____

What year was your last tetanus booster? _____
Pediatrics (Less than 12) Immunizations to date? _____

(Please provide complete copy of immunizations.)

Are you a smoker? _____
Non-smoker? _____
Recreational Drugs? _____

Former smoker? _____
Alcohol? _____

Females: Last Pap-Pelvic exam _____
OB-GYN (Female problems): _____

Last mammogram _____

Last Cholesterol check _____

NAME _____ DATE: _____

Family History:

If any blood relative has suffered any of the following, please indicate which relative:

_____ **Tuberculosis** _____

_____ **Arthritis** _____

_____ **Diabetes** _____

_____ **Migraines** _____

_____ **Kidney Disease** _____

_____ **Allergies** _____

_____ **Hypertension (High Blood Pressure)** _____

_____ **Heart Attack** _____

_____ **Epilepsy** _____

_____ **Stroke** _____

_____ **Gout** _____

_____ **Cancer** _____

_____ **Mental Illness** _____

_____ **Glaucoma** _____

_____ **High Cholesterol** _____

WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE

Patient Record of Disclosures

In general, the HIPAA privacy rule gives individuals the right to request a restriction on uses and disclosures of their protected health information (PHI). The individual is also provided the right to request confidential communication or that a communication of PHI is made by alternative means, such as sending correspondence to the individual's office instead of the individual's home.

I WISH TO BE CONTACTED IN THE FOLLOWING MANNER (check all that apply)

Home Telephone _____ Cell Phone _____

_____ Ok to leave message with detailed information

_____ Leave message with call back number

Other _____

PERSONS AUTHORIZED TO RECEIVE INFORMATION:

Name of person / relation / organization

Name of person / relation / organization

USE AND DISCLOSURE OF INFORMATION

_____ I AUTHORIZE THE PERSON(S) LISTED ABOVE TO RECEIVE ALL HEALTH INFORMATION ABOUT APPOINTMENTS, TREATMENT AND/OR OTHER INFORMATION PERTINENT TO MY HEALTHCARE AND/OR PAYMENT OF MY HEALTHCARE PROVIDED AT WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE.

Expiration Date of Authorization

This authorization is effective through _____ / _____ / _____ unless revoked or terminated by the patient or patient's personal representative.

_____ I DO NOT AUTHORIZE THE FOLLOWING INFORMATION TO BE DISCLOSED TO ANY OTHER PARTIES EXCEPT ME AS THE PATIENT.

Signature of patient

Date

Printed name of patient

Raza - De acuerdo con las pautas del censo de Estados Unidos

- Indio americano o Natural de Alaska (I)
- Asiático (A)
- Negro (B)
- Caucásico (C)
- Otro (E)
- Isleño pacífico (P)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Pertenencia étnica - De acuerdo con las pautas del censo de Estados Unidos

- Hispanico (H)
- No-Hispanico (N)

WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE

- Ramon Creixell, M.D.
- T. Detter, M.D.
- Sorab M. Italia, D.O.
- Cheryl K. Johnson, M.D.
- C. Pham, D.O.
- L. Tschen, M.D.
- G. Yee, M.D.

Fecha:	Num. del Celular:
--------	-------------------

Dirección de correo electrónico:

DATOS DEL PACIENTE	Nombre del Paciente		Num. de Seguro Social	
	Dirección		Num. residencial ()	
	Ciudad, Estado, Código postal		Ocupación	
	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil	Num. de Licencia De Conducir
	Empleador			Teléfono del trabajo ()

Contacto de Emergencia: 	Teléfono ()
--	-----------------

DATOS DEL SEGURO

1. **SEGURO PRIMARIO** NOMBRE DE COMPAÑÍA: _____

TITULAR DE LA PÓLIZA _____ EMPLEADOR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO () _____

NUM. S.S. DEL EMPLEADO _____ NUM. DEL GRUPO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO _____ RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA _____

2. **SEGURO SECUNDARIO** NOMBRE DE COMPAÑÍA: _____

TITULAR DE LA PÓLIZA _____ EMPLEADOR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO () _____

NUM. S.S. DEL EMPLEADO _____ NUM. DEL GRUPO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO _____ RELACIÓN AL PACIENTE _____

ASIGNACIÓN / AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN DEL SEGURO:

Autorizo por este medio a **WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE ASSOCIATES, P.A.** a divulgar la información a mis portadores de seguro referentes mi enfermedad y tratamientos.

ASIGNACIÓN DE VENTAJAS:

Asigno por este medio a **WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE ASSOCIATES, P.A.** todos los pagos para los servicios médicos rendidos a mi o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.

FECHA: _____ FIRMA: _____

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Historia Familiar

Algun familiar a sufrido alguna de las siguientes enfermedades, por favor escriba quien es el familiar.

_____ Tuberculosis _____

_____ Artritis _____

_____ Diabetis _____

_____ Migrañas _____

_____ Enfermedad Del Riñón _____

_____ Alergias _____

_____ Hipertensión (Tensión arterial alta) _____

_____ Ataque Del Corazón _____

_____ Epilepsia _____

_____ Infarto o Trombosis _____

_____ Gota (Otro tipo de artritis, Inflamacion) _____

_____ Cáncer _____

_____ Enfermedad Mental _____

_____ Glaucoma _____

_____ Colesterol Alto _____

NOMBRE: _____ FECHA: _____

HISTORIA MEDICA

¿Usted tiene problemas médicos actualmente? A parte de su consulta de hoy? (Incluya presión alta, diabetes, colesterol, etc.) _____

Enumera cuantas hospitalizaciones a tenido en el pasado? (Incluya el año, la enfermedad, y las operaciones.) _____

¿Usted ha tenido una transfusión de sangre? ¿Si o No ? Si es así en qué año? _____

Enumera todos los medicamentos que usted está tomando actualmente. (Incluya el anticonceptivo y las medicinas que se encuentran en el mostrador de la farmacia?) _____

¿Es usted alergico a algunos medicamentos o comidas? _____

En que año fue su ultima vacuna del tetano? _____

¿Vacunas menos de 12 años de edad hasta la fecha actual? _____

(proporcione por favor la copia completa de inmunizaciones.)

¿Usted fuma? _____

¿Usted fumaba antes? _____

¿No fuma? _____

¿Usted toma Alcohol?

¿Drogas Recreacionales? _____

Si _____ No _____

Cuando fue su ultimo Papanicolaou? _____

Cuando fue su ultimo Mamograma? _____

OB-GYN (problemas femeninos): _____

¿Cuando fue su ultimo chequeo del Colesterol? _____

WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE

Registro de Paciente de Divulgaciones

En general, las reglas de privacidad de HIPAA dan a individuos el derecho de solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (ISP). El individuo también es dado el derecho de solicitar comunicación confidencial o que la comunicación de ISP sea hecha por medidas alternativas, como mandando correspondencia a la oficina de un individuo en vez de su casa.

DESEO SER CONTACTADO DE LA SIGUIENTE MANERA (marque todos los que apliquen)

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____

_____ Está bien dejar un mensaje con información detallada

_____ Dejar mensaje con numero de volver llamada

Otro _____

PERSONAS AUTORIZADAS A RECIBIR INFORMACIÓN:

Nombre de persona / relación / organización

Nombre de persona / relación / organización

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN

_____ YO AUTORIZO A LAS PERSONA(S) MENCIONADAS ARRIBA PARA RECIBIR TODA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE CITAS, TRATAMIENTO Y/O OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE A MI CUIDADO DE SALUD Y/O PAGO POR MI CUIDADO DE SALUD PROVEIDO EN WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE.

Fecha de Espiración de Autorización

Esta autorización es vigencia a través de _____ / _____ / _____ a menos que sea revocada o terminada por el paciente o representante personal del paciente.

_____ YO NO AUTORIZO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE SEA DIVULGADA A CUALQUIER OTRA PERSONA EXCEPTO A MI COMO PACIENTE.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre Impreso del Paciente