

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

☐ P. D'Souza, D.O.
☐ Sorab M. Italia, D.O.
☐ Cheryl K. Johnson, M.D.
☐ V. Kau, M.D.
☐ C. Pham, D.O.
☐ L. Tschen, 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	Driver's License #
	Employer			Phone No. ()
Emergency Contact / Name and Relationship				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.) _____

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? _____

Last shingles _____

Last pneumonia _____

Are you a smoker? _____

Former smoker? _____

Recreational drugs? _____

Alcohol? _____

Females: Last Pap/pelvic exam _____

Last mammogram _____

OB-GYN (Female problems): _____

Last colonoscopy _____

Last bone density _____

Last cholesterol check _____

Last primary doctor info. _____

Pharm. info. _____

NAME _____ DATE _____

Family History

Mother:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hypertension (high blood pressure)
- ☐ Heart attack
- ☐ Stroke
- ☐ Cancer (type) _____
- ☐ High cholesterol
- ☐ Others _____

Father:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hypertension (high blood pressure)
- ☐ Heart attack
- ☐ Stroke
- ☐ Cancer (type) _____
- ☐ High cholesterol
- ☐ Others _____

Siblings:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hypertension (high blood pressure)
- ☐ Heart attack
- ☐ Stroke
- ☐ Cancer (type) _____
- ☐ High cholesterol
- ☐ Others _____

Children:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hypertension (high blood pressure)
- ☐ Heart attack
- ☐ Stroke
- ☐ Cancer (type) _____
- ☐ High cholesterol
- ☐ Others _____

Maternal Grandmother:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hypertension (high blood pressure)
- ☐ Heart attack
- ☐ Stroke
- ☐ Cancer (type) _____
- ☐ High cholesterol
- ☐ Others _____

Maternal Grandfather:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hypertension (high blood pressure)
- ☐ Heart attack
- ☐ Stroke
- ☐ Cancer (type) _____
- ☐ High cholesterol
- ☐ Others _____

Paternal Grandmother:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hypertension (high blood pressure)
- ☐ Heart attack
- ☐ Stroke
- ☐ Cancer (type) _____
- ☐ High cholesterol
- ☐ Others _____

Paternal Grandfather:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hypertension (high blood pressure)
- ☐ Heart attack
- ☐ Stroke
- ☐ Cancer (type) _____
- ☐ High cholesterol
- ☐ Others _____

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 / phone number

Name of person / relation / phone number

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

- ☐ Hispano (H)
☐ No-Hispano (N)

WEST HOUSTON FAMILY PRACTICE

- ☐ P. D'Souza, D.O.
☐ Sorab M. Italia, D.O.
☐ Cheryl K. Johnson, M.D.
☐ V. Kau, M.D.
☐ C. Pham, D.O.
☐ L. Tschen, 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 / Nombre y Relación				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: _____

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 / numero de teléfono

Nombre de persona / relación / numero de teléfono

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

NOMBRE _____ FECHA _____

Historia Familiar

Madre:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión (Presión arterial alta)
- ☐ Ataque Del Corazón
- ☐ Infarto o Trombosis
- ☐ Cáncer (tipo) _____
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Otros _____

Padre:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión (Presión arterial alta)
- ☐ Ataque Del Corazón
- ☐ Infarto o Trombosis
- ☐ Cáncer (tipo) _____
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Otros _____

Hermanos:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión (Presión arterial alta)
- ☐ Ataque Del Corazón
- ☐ Infarto o Trombosis
- ☐ Cáncer (tipo) _____
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Otros _____

Niños:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión (Presión arterial alta)
- ☐ Ataque Del Corazón
- ☐ Infarto o Trombosis
- ☐ Cáncer (tipo) _____
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Otros _____

Abuela Materna:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión (Presión arterial alta)
- ☐ Ataque Del Corazón
- ☐ Infarto o Trombosis
- ☐ Cáncer (tipo) _____
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Otros _____

Abuelo Materna:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión (Presión arterial alta)
- ☐ Ataque Del Corazón
- ☐ Infarto o Trombosis
- ☐ Cáncer (tipo) _____
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Otros _____

Abuela Paterna:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión (Presión arterial alta)
- ☐ Ataque Del Corazón
- ☐ Infarto o Trombosis
- ☐ Cáncer (tipo) _____
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Otros _____

Abuelo Paterno:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión (Presión arterial alta)
- ☐ Ataque Del Corazón
- ☐ Infarto o Trombosis
- ☐ Cáncer (tipo) _____
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Otros _____

NOMBRE _____ FECHA _____

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

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

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? _____

Últimas tejas _____ Última neumonía _____

¿Usted fuma? _____ ¿Usted fumaba antes? _____

¿Drogas recreacionales? _____ ¿Usted toma alcohol? _____

Mujeres: Último examen de Papanicolaou/pélvico _____ Última mamografía _____

OB-GYN (Problemas femeninos): _____

Última la colonoscopia _____ Última densidad osea _____

Última chequeo del colesterol _____

Última información del médico de cabecera _____ Información de farmacia _____