



Family Medical Clinic of JACKSON

Patient Information			
Nombre:	Fecha De Nacimiento:	Numero De Seguro Social:	
Sexo:	Estado Civil:	Numero De Casa:	Numero De Telefono:
Direccion:	Cuidad:	Estado:	Codigo Postal:
Email:			

Lives with: Spouse Alone Mother Father Both Grandparent Other

Responsible Party Information	
Mother:	Father:
Fecha De Nacimiento:	Fecha De Nacimiento:
Numero De Segura Social:	Numero De Segura Social:
Direccion:	Direccion:
Cuidad: Estado: Codigo Postal:	Cuidad: Estado: Codigo Postal:
Numero De Telefono:	Numero De Telefono:
Occupacion:	Occupacion:
Email:	Email:

Contacto De Emergencia: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Insurance Information	
Nombre De Aseguransa:	Nombre De Aseguransa
Numero De Poliza:	Numero De Poliza:
Numero De Grupo:	Numero De Grupo:
Nombre Del Titular De la Poliza:	Nombre Del Titular De la Poliza:
Tomadora Del Segura Fecha De Nacimiento:	Tomadora Del Segura Fecha De Nacimiento:

Consentimiento general para la atención y el tratamiento Consentimiento: Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe por naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite de propiedad común. Este consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento. Asignación de beneficios - Acuerdo financiero: Por la presente doy autorización de por vida para que el pago de los beneficios del seguro se realice directamente a Family Medical Clinic y a cualquier médico que asista por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que estén cubiertos por un seguro. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobranza y los honorarios razonables de los abogados. Por la presente autorizo a los proveedores de atención médica de Family Medical Clinic a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Además, acepto que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original.

Signature: _____ Date: _____

PATIENT HISTORY/ HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE DE FARMACIA: _____

MEDICATION ALLERGIES/ ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

CURRENT MEDICATION/ MEDICACIÓN ACTUAL: _____

PAST HISTORY/ HISTORIA PASADA

___ DIABETES

___ ASMA

___ ARTRITIS

___ HIPERTENSION

___ COLESTEROL ALTO

___ ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

___ OSTEOPOROSIS

___ PSIQUIATRICO

___ ENFERMEDAD DEL RIÑÓN

___ CÁLCULOS RENALES

___ COLON ESPÁSTICO

___ ENFERMEDAD DEL HIGADO

___ ENFERMEDAD DE TIROIDES

___ TRASTORNO CONVULSIVO

___ ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA

___ PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

___ PROBLEMAS ESTOMACALES

___ CÁNCER

PAST SURGICAL/PROCEDURE HISTORY/CIRUGIAS PREVIAS

___ LIGADURA DE TROMPAS

___ ELIMINACIÓN DEL OVARIO

___ HISTERECTOMÍA

___ CIRUGÍA DE LA ESPALDA

___ LAPAROSCOPIA

___ ELIMINACIÓN DE MAMA

___ BIOPSIA DE MAMA

___ TUBOS DE OÍDO

___ VEJIGA DE GALA

___ APENDECTOMÍA

___ TIROIDES

___ REPARACIÓN DE HERNIA

___ AMIGDALECTOMÍA

___ CIRUGÍA DE BYPASS

___ CIRUGÍA DE VEJIGA

___ VASECTOMIA

___ CATH CORAZON

___ HUESOS ROTOS

TOBACCO USE/ EL CONSUMO DE TABACO: ___ NO ___ SI

ALCOHOL USE/ USO DE ALCOHOL: ___ NO ___ SI

STREET DRUGS/DROGAS CALLEJERAS: ___ NO ___ SI

FAMILY HISTORY/ HISTORIA FAMILIAR

	MADRE	PADRE	HERMANAS	HERMANOS	MADRE DE LA MADRE	EL PADRE DE LA MADRE	LA MADRE DEL PADRE	EL PADRE DEL PADRE
DIABETES								
HIPERTENSION								
INFARTO								
ENFERMEDAD DEL CORAZÓN								
CÁNCER DE COLON								
CÁNCER DE MAMA								
CANCER UTERINO		N/A		N/A		N/A		N/A
CÁNCER DE OVARIOS		N/A		N/A		N/A		N/A
CÁNCER DE PULMÓN								

PREGNANT HISTORY/ HISTORIA DE EMBARAZADA:

NUMERO DE EMBARASOS: _____ NUMERO DE HIJOS VIVOS _____

NÚMERO DE NACIMIENTOS EN VIVO: _____ ABORTOS ESPONTÁNEO: _____

ABORTOS: _____

NACIMIENTO VAGINAL O SECCIÓN CESAREA: _____

GYNECOLOGICAL HISTORY/ HISTORIA GINECOLOGICA:

DATE OF LAST PAP SMEAR/ FECHA DE ÚLTIMO PAPANICOLAOU: _____

HISTORY OF ABNORMAL PAP SMEAR/ HISTORIA DE PAPANICOLAOU ABNORMAL? ___ NO ___ SI

DATE OF LAST MAMMOGRAM/ FECHA DE ULTIMO MAMOGRAMA: _____



Family Medical Clinic
of JACKSON

© 2014 Family Medical Clinic, P.C.

Family Medical Clinic

Release of Medical Information

Yo, _____, autorizo a Family Medical Clinic para que se comuniquen conmigo o con cualquiera de las siguientes personas en esta lista con respecto a mi condición médica. Esta información incluye, pero no se limita a: citas, pruebas, contenido de la visita, medicamentos o información médicamente necesaria. Se les puede informar por los siguientes medios: hablando en persona, hablando por teléfono, correo de voz, fax o correo electrónico.

Persona Autorizada:

<u>Nombre</u>	<u>Relacion</u>	<u>Telefono</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma: _____ Fecha: _____



Family Medical Clinic
of JACKSON

**Family Medical Clinic
HIPPA Privacy and Release of Information Authorization**

Nombre Del Paciente:

Fecha De Nacimiento Del Paciente:

Yo, _____ autorizo a FMC de JACKSON y sus afiliados, sus empleados y agentes a usar y divulgar informacion medica protegida (por ejemplo, informacion relacionada con el diagnóstico, tratamiento, pago de reclamaciones y servicios de atención médica brindados o que se me brindarán identifica mi nombre, dirección , número de seguro social, número de identificación de miembro) con el fin de ayudarme a resolver reclamos y problemas de cobertura de beneficios de salud.

Entiendo que cualquier información de salud personal divulgada a la persona u organización identificada anteriormente puede estar sujeta a una nueva divulgación por dicha persona / organización y puede que ya no esté protegida por la ley de privacidad federal y estatal aplicable. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización mediante notificación por escrito. Sin embargo, esta autorización no puede ser revocada si sus empleados o agentes han tomado acción sobre la autorización antes de recibir mi notificación por escrito. También entiendo que tengo derecho a tener una copia de esta autorización. Entiendo que la información utilizada para divulgar de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar esta autorización. Negarme a firmar no afectará mi elegibilidad para los beneficios o la inscripción o la cobertura de pago de los servicios. Se me ha informado sobre esta Política de divulgación de información de facturación y prácticas de privacidad de la práctica, la política de Asignación de beneficios y la concesión de la Autoridad de Historial de Medicamentos de la práctica.

Si corresponde, representante legal firme a continuación

Al firmar este formulario, declaro que soy el representante legal del miembro identificado anteriormente y proporcionaré prueba por escrito (por ejemplo, poder notarial, testamento vital, documentos de tutela, etc.) de que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del miembro. con respecto a esta autorización.

Firma Impresa Del Paciente: _____

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____



Family Medical Clinic of JACKSON

All portions of this form must be completed to constitute a valid authorization for release of health information under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) privacy regulations. If any field is left blank, the authorization will be considered defective.

Patient's Name:	DOB:	SSN:
Address:	Phone #:	Email:

I authorize the use and disclose of health information about me as described below:

Agency or Individual(s) Authorized to Receive my Health Information: Family Medical Clinic of Jackson

Health information that may be used/disclosed is limited to the following:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prognosis Notes | <input type="checkbox"/> Lab |
| <input type="checkbox"/> Emergency Room Record | <input type="checkbox"/> Pathology Reports |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Operative Note(s) |
| <input type="checkbox"/> History & Physical | <input type="checkbox"/> Imaging/X-ray |
| <input type="checkbox"/> Consultation(s) | <input type="checkbox"/> X-ray reports |
| | <input type="checkbox"/> Entire record |

“Health Information” identifies you (the patient) by name and includes other demographic information about you. “Health Information” may include, but is not limited to medical records, X-ray films, slides, tracing, strips, etc.

I hereby discharge the releasing facility, its agents, and employees from any and all liabilities, responsibilities, damages, and claims which might arise from the release of information authorized herein, to include alcohol, drug abuse, communicable diseases including HIV status, and/or psychiatric diagnosis compiled during my visit, encounter or hospitalization, or make copies hereof in accordance with the policies of the facility.

Yes No If applicable, I agree to the release of my medical or billing records containing the sensitive information listed above. Protected Health Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclose by the receipt and is no longer protected by this privacy rule. If research-related Health Information is used or disclosed for continued research purposes, an expiration date or event does not apply.

Patient or Authorized Personal Representative Signature

Date/Time

Witness/ Clinic Staff Signature

Date/Time