

MARSHALL D. NATHAN, M.D., P.A.

Medical Center Tower 1, 7950 Floyd Curl Dr., Ste. 1002

San Antonio, TX 78229-3926

Phone: (210) 614-3939 – Fax: (210) 614-4747

HISTORIA PACIENTE CUESTIONARIO

Toda Información es Estrictamente Confidencial y Será Soltado Sólo con Su Permiso Escrito

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Edad _____ Sexo: _____

Que usted Tuvo: (Círculo Y o N)

Hepatitis (A / B / C)	Y	N	Anemia	Y	N
Pérdida auditiva	Y	N	Asma	Y	N
Migrañas	Y	N	Artritis	Y	N
Enfermedad de Nacimiento	Y	N	Expuesto a SIDA/HIV	Y	N
Problemas Sangrientos	Y	N	Enfisema	Y	N
El Vértigo	Y	N	Enfermedad de Ulceras	Y	N
Epilepsis o Tomas	Y	N	Enfermedad de Oreja	Y	N
Tuberculosis	Y	N	Colesterol	Y	N
Diabetes	Y	N	Hipertensión	Y	N
Enfermedad de tiroides	Y	N	Enfermedad de Bocio	Y	N
Enfermedad de Seno	Y	N	Sufrido Acaricie	Y	N
Problemas de corazón	Y	N	Tipo: _____		

Las alergias: (La lista Abajo) Ninguno: _____

El nombre de Medicina/Artículo de Alergia:

Medicinas

Actualmente Tomado:

Historia de OB/GYN

La fecha de Ultimo Período Menstrual: _____ N/A _____
 Es usted Embarazada Y N N/A _____
 Histerectomía Y N N/A _____
 Fecha de Operacion: _____

Historia Quirúrgica

El nombre Opercion,	Fecha,	Complicaciones
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Jamás ha tenido usted una Transfusión de Sangre? Y N
 Fecha de Transfusión: _____
 Tuvo complicaciones durante la cirugía? Y N

El nombre: _____ La Fecha: _____

MARSHALL D. NATHAN, M.D., P.A.

Medical Center Tower 1, 7950 Floyd Curl Dr., Ste. 1002

San Antonio, TX 78229-3926

Phone: (210) 614-3939 – Fax: (210) 614-4747

Tiene usted niños?

Y

N

Si sí, lista por favor número de niños y edad (las edades)?

El Estatus actual de su Salud: _____

Qué es la razón primaria para esta visita? _____

Los síntomas que ocurrieron primero o la fecha cuando la herida sucedió? _____

Si herida, dónde ocurrió el accidente? _____

Qué síntomas tiene usted? (Hinchándose, el dolor, etc.): _____

Que usted ha sido tratado por otro médico para este problema? Y N

Usted trató usted mismo y con que? (Advil, la aspirina, Ibuprofen, etc.): _____

Qué clase de tratamiento fue recibido? _____

Ha herido usted esta área antes y cuando? _____

Otros Problemas no Listaron:

La firma de Paciente o Representante Legal:

(Nombre de Impresión de Paciente/Guardián Legal)

(La Relación al Paciente)

____/____/____
(Fecha)

(Firma de Paciente/Guardián Legal)

MARSHALL D. NATHAN, M.D., P.A.

Medical Center Tower 1, 7950 Floyd Curl Dr., Ste. 1002

San Antonio, TX 78229-3926

Phone: (210) 614-3939 – Fax: (210) 614-4747

La TAREA DE BENEFICIOS A MEDICO

Yo por la presente asigno, la transferencia, y el conjunto sobre a **Marshall D. Nathan, M.D., P.A.**, todos mis derechos, el título, y el interés a mi reembolso médico benefician bajo mi póliza de seguros con compañía de seguros _____.

Comprendo aún más que beneficios son basados sobre un porcentaje de esas cargas, que mi compañía de seguros considera "razonable y de costumbre" y no puede ser basado sobre un porcentaje de las cargas de médicos. Yo también concuerdo en pagar por todas cargas no cubrió por mi póliza de seguros o pólizas.

Los PACIENTES que RECIBEN EVALUACION de AUDIOMETRIC

Su compañía de seguros determina los servicios para que ellos le reembolsarán. Si un estudio de audiometric es deseado por usted u ordenado por un médico, su compañía de seguros determinará después de que el reclamo haya sido archivado si ellos cubrirán este servicio. Su compañía de seguros hace la determinación basada en el diagnóstico para que el servicio fue realizado. Sin embargo, el diagnóstico no puede ser hecho hasta la terminación del probar. Por lo tanto, su compañía de seguros puede en su discreción, no cubrir los servicios de audiometric.

La Firma de el Asegurada o Autorizada de Persona

Fecha

Autorizo la liberación de información médica necesaria para procesar reclamos.

La Firma de el Asegurada o Autorizada de Persona

Fecha

MARSHALL D. NATHAN, M.D., P.A.

Medical Center Tower 1, 7950 Floyd Curl Dr., Ste. 1002

San Antonio, TX 78229-3926

Phone: (210) 614-3939 – Fax: (210) 614-4747

AUTORIZACIONES

El PERMISO para TRATAR a MENORES

Si mi niño/nina necesite atención médica inmediata y yo no puedo ser presente, yo doy mi consentimiento para el tratamiento. Esta declaración firmada servirá como mi autorización para Dr. Marshall D. Nathan para continuar con cualquier cuidado médico creído conveniente hasta que pueda ser alcanzado.

(Firma de Padre o Guardián Legal)

(Fecha)

SEGURO DE ENFERMEDAD

Según el Departamento de Tejas de Seguro, nosotros debemos ser informados de cualquier otro seguro de enfermedad, (seguro secundario), que usted quizás tenga. Esté por favor seguro listarlos en la Forma Paciente de Información. Permítanos por favor para saber si usted cambia compañías de seguros o si usted obtiene luego un seguro secundario. Si usted no tiene un seguro secundario, firma por favor la declaración siguiente:

En este momento yo no tengo cualquier otro seguro de enfermedad de otra manera que el uno yo he informado la oficina de Dr. Marshall D. Nathan de hoy. Si obtengo otro seguro de enfermedad, (secundario), o si cambio compañías de seguros, yo informaré la oficina inmediatamente.

(Firma de Paciente o Representante Legal)

(Fecha)

POLIZA de PAGO

Pago para servicios rendidos es esperado en aquel momento de servicio. Esto es de incluir todos co-pagos de SEGURO MEDICO GLOBAL-PPO/HMO necesarios por los miembros contratan. Los pacientes de SEGURO MEDICO GLOBAL-PPO/HMO serán facturados para "la responsabilidad de share/insured paciente" suma debido después de que pago de la Compañía de seguros haya sido recibido. EL SALDO DEUDOR EN SUS CUENTAS ES REQUERIDO a SER PAGADO TRAS LA RECEPCION DE DECLARACION. Comprendo y concuerdo eso (a pesar de mi estatus de seguro), soy últimamente responsable del saldo deudor en mi cuenta para algún servicio profesional rendido. He leído toda la información proporcionó y lo ha completado según mi leal saber y entender. Yo le notificaré de cualquier cambio con consideraciones a cómo y que proporcionará y o cambia mi cobertura.

Una \$25.00 carga para cheques regresados por con cualquier recuperación honorarios contraídos serán facturados a su cuenta. El Saldo deudor es esperado tras la recepción de declaraciones y o la notificación. Si usted no puede acudir a su cita, una nota de 24 horas es requerida cancelar/programa revisado esa cita o usted recibirá una \$25.00 carga. Sólo bajo circunstancias especiales puede este honorario es renunciado.

(Firma de Paciente o Representante Legal)

(Fecha)

MARSHALL D. NATHAN, M.D., P.A.

Medical Center Tower 1, 7950 Floyd Curl Dr., Ste. 1002

San Antonio, TX 78229-3926

Phone: (210) 614-3939 – Fax: (210) 614-4747

POLIZA FINANCIERA

Los médicos y el personal de Dr. Marshall D. Nathan es dedicado a dar el mejor cuidado médico posible que puede ser proporcionado. Queremos servirle en un amistoso y la manera que cuida. Usted es importante a nosotros. Con esto en la mente, nosotros querríamos explicarle nuestra política de pago a usted.

- I. Si usted tiene cobertura, nosotros archivaremos una forma completada de reclamo al seguro con su compañía de seguros.
1. Usted será esperado pagar cualquier co-paga, incumplido deducible, el coaseguro o el gasto incurrido, como su política dicta, en aquel momento de su visita a nuestra oficina y antes que la cirugía sea realizada.
 2. Archivamos automáticamente todo Medicare/Medicaid, Protector PPO y reclamos de SEGURO MEDICO GLOBAL, y Blue Cross/Blue Shield.

- II. Si usted no tiene cobertura, nosotros preguntamos que usted paga por su visita de la oficina y ningún procedimiento en aquel momento de servicio.

Hay tres maneras en las que usted puede pagar:

1. Dinero efectivo
2. Verifique
3. Las acredita/Tarjetas de débito: (V, MC, AMEX, DISCOVER, el CLUB de COMENSAL)

- III. Si necesita la cirugía, usted será pedido hablar con uno de nuestros Representantes Pacientes para hacer arreglos de pago.

- IV. Si por alguna razón usted da cuenta no es pagado en una manera oportuna y tiene que ser entregado una agencia exterior para la colección, todos gastos de colección cargados por esa agencia serán añadidos al equilibrio de su cuenta. (Nosotros nos sentimos que esta acción puede ser evitada por comunicación apropiada y comprendiendo de nuestra política financiera)

(Firma de Partido Paciente/Responsable)

(Fecha)

MARSHALL D. NATHAN, M.D., P.A.

Medical Center Tower 1, 7950 Floyd Curl Dr., Ste. 1002

San Antonio, TX 78229-3926

Phone: (210) 614-3939 – Fax: (210) 614-4747

La CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACION PACIENTE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS

Dr. Marshall D. Nathan es cometido a la conformidad plena con las leyes y regulaciones de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), las Leyes y las regulaciones que protegen intimidad y confidencialidad de información para el paciente.

PROCEDIMIENTO

- I. Muchas restricciones federales de la revelación requieren "conformidad incondicional," significando que infracciones son procesadas incluso si el poseedor de la información creyera que revelación fue lícita.**
 - 1. La oficina del Dr. Nathan debe asegurar que esa información de nuestras copias de registros pacientes sea soltada sólo a individuos autorizados.**
 - 2. La oficina del Dr. Nathan debe asegurar que individuos no autorizados no puedan entrar a ni a registros de paciente de altar.**
 - 3. La oficina del Dr. Nathan debe establecer una cadena de la autoridad para la referencia de peticiones exteriores de información, con responsabilidad final para la confidencialidad en un oficial que actuando como a custodio de registros e información.**
 - 4. Los empleados encararon con cualquier petición para registros o información pacientes, si en la escritura, por teléfono, o en la persona por alguien que mira a funcionario y dice una historia convincente, debe referirse todo que tales peticiones arriba la cadena establecida de la autoridad o al asesoría legal corporativo para la consideración.**

- II. La información designada del Dr. Nathan y registra a custodio debe tener familiaridad con todas leyes, las regulaciones, y las reglas que relacionan a la revelación de información paciente.**
 - 1. Contacto regular debe ser mantenido con asesoría legal**
 - 2. El custodio o su subordinada debe estar fácilmente disponible a barrios pacientes de tratamiento y departamentos de paciente externo que reciben peticiones para la información paciente.**
 - 3. Las peticiones para la información paciente a menudo vienen de proveedores exteriores de asistencia sanitaria o sus empleados que pueden estar tratando al mismo paciente en común en una referencia u otra base y pueden necesitar, para propósitos de tratamiento, la información contenida en los registros de Dr. Nathan.**
 - 4. Todas peticiones deben ser referidas al Líder apropiado del Departamento antes que cualquier información sea soltada a cualquiera agente externo.**
 - 5. La identidad del requestor y la autorización de paciente para la liberación de información a ese partido debe ser verificada con cuidado antes que cualquier información sea soltada.**

- III. El Dr. Nathan tiene ciertos programas de orientación y educación en el lugar para reforzar la necesidad para la vigilancia en el área de la confidencialidad paciente, para nuevos y empleados existentes.**
 - 1. El custodio de información o un miembro de su departamento, o de otro oficial de alto rango con la oficina de Dr. Nathan realizan estos programas educativos, para inculcar una comprensión de nuestro compromiso de la oficina a la formidad con leyes de HIPPA y regulaciones.**

MARSHALL D. NATHAN, M.D., P.A.

Medical Center Tower 1, 7950 Floyd Curl Dr., Ste. 1002

San Antonio, TX 78229-3926

Phone: (210) 614-3939 – Fax: (210) 614-4747

- IV. Las infracciones de las políticas de Dr. Nathan y procedimientos con respecto a la confidencialidad paciente ocurren ocasionalmente, quizás por inadvertencia.**
- 1. El Dr. Nathan asegura que la empresa pero disciplina justa de tales infracciones y efectivamente los corrige antes que ellos sean repetidos.**
 - 2. Los empleados a son recordados que ellos son cada lazos esenciales de individuo en la cadena de conformidad.**
 - 3. Los empleados tienen un deber, sujeto a procedimientos disciplinarios, para reportear infracciones sospechadas o potenciales de la confidencialidad paciente.**

(Firma de representante paciente/legal)

(Fecha)