

BEST WAY CLINIC OF BURLESON

FORMA DE REGISTRACION

Nombre del Paciente (nombre y apellido)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)
Dirección (Calle, Ciudad, Estado Código postal)	
Número telefónico	E-mail
Estado Civil	Genero

CONTACTO DE EMERGENCIA

(Si Ud. desea que esta persona tenga acceso a su información médica, también escriba su nombre bajo la autorización HIPAA)

Nombre del Contacto (Nombre y apellido)
Relación con el Paciente (Padre, Hijo, Esposo (a) Otro especifique)
Número telefónico

HIPAA AUTORIZACION DE LIBERACION DE INFORMACION MEDICA

(Escriba abajo los nombre(s) de la(s) persona(s) a quien Ud. da permiso de tener acceso a su información médica)

Nombre de Contacto (Nombre y Apellido)
Relación con el Paciente (Padre, Hijo, Esposo (a) Otro especifique))
Número Telefónico

Si hay una persona adicional, escriba su nombre abajo:

Nombre de Contacto (Nombre y Apellido)
Relación con el Paciente (Padre, Hijo, Esposo (a) Otro especifique))
Número Telefónico



BEST WAY
CLINIC OF BURLESON

JOSE ROSADO-MORALES, MD
YULY JUAREZ-WOODWORTH, NP

GRACIELA BARAJAS, NP
MATTHEW A. WOODWORTH, NP

1

12300 BEAR PLAZA SUITE 408 BURLESON TX 76028 | PHONE: 817-585-1768

FAX: 817-585-1373

BEST WAY CLINIC OF BURLESON

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del Paciente (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)
---	----------------------------------

Yo comprendo y estoy de acuerdo en pagar mi co-pay o cualquier balance adeudado antes de ver al doctor.

- Inicial Yo entiendo y estoy de acuerdo que seré financieramente responsable for cualquier cargo por los servicios que mi seguro médico no cubra. Esto incluye cualquier servicio médico o visita, exámenes preventivos, físicos, laboratorios, exámenes de rayos X, Electrocardiogramas y/o otros servicios chequeo médico ordenados por el doctor o empleados de la clínica
- Inicial Yo entiendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad y no del médico o la clínica saber si mi seguro pagara o no por mi visita médica. Por exámenes preventivos o físico, laboratorios o exámenes de rayos X., Electrocardiogramas u otros servicios de chequeo médico, ordenado por el doctor o empleado de la clínica.
- Inicial Yo entiendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad saber si mi seguro tiene un deducible o co-pago, co-seguro médico, si esta fuera de nuestro contrato, o si mi seguro tiene un límite de servicios médicos que pudiera necesitar en mis visitas médicas. Pagare completamente todos los servicios que sean mi responsabilidad de acuerdo con mi seguro médico.
- Inicial Yo entiendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad saber si mi doctor o el proveedor que estaré viendo está en contrato con mi seguro, de no ser así, mi seguro puede negar el pago y resultara en mi responsabilidad pagarlo.
Entiendo y estoy de acuerdo que pagare la cantidad completa.
- Inicial Yo entiendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad saber si mi elección de mi doctor primario ha sido procesada por mi seguro. Si he requerido un cambio de doctor primario que no está procesado por mi seguro médico, puedo resultar en negación del pago por parte de mi seguro médico. Yo comprendo que seré responsable por el pago de estos servicios.
- Inicial Yo entiendo que estaré recibiendo un cobro de parte de BEST WAY CLINIC OF BURLESON, por cualquier balance que este adeudado por los servicios rendidos en la clínica.

Nombre completo del paciente o su representante legal	
Firma del paciente o su representante legal	Fecha



BEST WAY
CLINIC OF BURLESON

JOSE ROSADO-MORALES, MD
YULY JUAREZ-WOODWORTH, NP

GRACIELA BARAJAS, NP
MATTHEW A. WOODWORTH, NP

2

12300 BEAR PLAZA SUITE 408 BURLESON TX 76028 | PHONE: 817-585-1768

FAX: 817-585-1373

ACUERDO DE CODIGO DE CONDUCTA

Inicial

Yo entiendo que mi comportamiento en la clínica será cortés y amable. No causare ningún disturbo ni alzare mi voz a ninguno de los empleados de la clínica. Entiendo que, si mi comportamiento es lo contrario, la clínica tiene la libertad de darme de alta por lo cual tendré que buscar otro médico primario.

Nombre completo del paciente o su representante legal	
Firma del paciente o su representante legal	Fecha



BEST WAY CLINIC OF BURLESON

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL RECORDS

(This authorization complies with HIPAA)

(Por medio de esta forma usted nos da permiso de pedir su expediente medico de otros médicos que ha visto)

Nombre del Paciente (nombre y apellido)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)
---	----------------------------------

I hereby authorize the following health care professional, medical facility, mental health facility, laboratory, paramedical facility, medical examiner, medical records service, prescription history clearing house, consumer reporting agency, employer, or family member to release all health information about me.

The following person/organization is hereby authorized to receive my entire medical record, treatment record and diagnostic record to the following person or organization: **Best Way Clinic of Burleson, 12300 Bear Plaza suite 408, Burleson, TX 76028.**

By my signature below, I acknowledge that any prior agreement I have made to restrict or limit the disclosure of information about my health does not apply to this authorization.

Entire Medical Record including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent by other health care providers, Patient Histories, Office Notes (except psychotherapy notes), Test Results, Radiology Studies, Films, Referrals, Consults, Billing Records, Insurance Records, Records Sent by Other Health Care Providers, Treatment of communicable diseases, including sexually transmitted diseases, venereal diseases, tuberculosis, or hepatitis, HIV-Related Treatment, Mental Health Information or Psychological Conditions, Alcohol or Substance Abuse Treatment and Genetic Testing.

I understand and agree that health information about me, which is used or disclosed pursuant to this authorization, may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by law.

This authorization is valid for as long as I am become patient at the facility following the date of my signature shown below. A copy, electronic copy, image, or facsimile of this authorization is as valid as the original. I have the right to revoke this authorization in writing at any time. I acknowledge that such a revocation is not effective to the extent the above person/organization has relied on the use or disclosure of my health information.

I have read (or have had read to me) this authorization, and I agree to its terms as indicated by my signature below. I am entitled to a copy of this authorization.

Patient or legal representative Signature: _____ **Date:** _____



BEST WAY
CLINIC OF BURLESON

JOSE ROSADO-MORALES, MD
YULY JUAREZ-WOODWORTH, NP

GRACIELA BARAJAS, NP
MATTHEW A. WOODWORTH, NP

4

12300 BEAR PLAZA SUITE 408 BURLESON TX 76028 | PHONE: 817-585-1768

FAX: 817-585-1373

Telemedicina Forma de Consentimiento

Los servicios de telemedicina involucran el uso Seguro de tabletas, teléfonos u otros en videoconferencias interactivas que permiten a nuestros Doctores y asistentes darles a nuestros pacientes los servicios de cuidado cuando se encuentras en otro sitio fuera de nuestra oficina.

- 1. Yo entiendo que los mismos estándares de calidad aplican a visitas por telemedicina, así como visitas en persona.
2. Yo entiendo que no voy a estar físicamente en el mismo cuarto de examinación que mi proveedor médico. Se me notificara si alguien más está presente en el cuarto y se me preguntara si autorizo su presencia mientras estoy siendo visto.
3. Yo entiendo que hay posibles riesgos usando tecnología, incluyendo interrupciones, intercepciones y dificultades técnicas.
4. Yo entiendo que tengo el derecho de negarme a participar o para en algún momento mi participación en el cuidado por telemedicina, y que mi negación será documentada en mi registro médico. También entiendo que mi negación no afectara mi derecho a recibir cuidado en el future o tratamiento.
5. Yo entiendo que la ley que protege la privacidad y la confidencialidad de la información medica aplica a los servicios por telemedicina
6. Yo entiendo que el cuidado de mi salud podrá ser compartido con otras personas para agendar citas o por propósitos de cobranza.
7. Yo entiendo que este documento va a ser parte de mi registro médico.

Al firmar esta forma, yo confirmo que Yo (1) he personalmente leído esta forma (o me la han explicado) and entiendo completamente y estoy de acuerdo con sus contenidos; (2) todas miS preguntas fueron contestadas, y los riesgos, beneficios y alternativas de las visitas por telemedicina fueron compartido conmigo en un lenguaje que comprendo; y (3) yo vivo en el estado de Texas y voy a estar viviendo en el estado de Texas mientras sea tratado por telemedicina.

Nombre Paciente Firma Paciente Fecha



JOSE ROSADO-MORALES, MD
YULY JUAREZ-WOODWORTH, NP

GRACIELA BARAJAS, NP
MATTHEW A. WOODWORTH, NP

NO previa cancelación/ NO llegar a la cita

En nuestro esfuerzo por proveer tratamiento en forma efectiva y eficiente a todos nuestros pacientes, es la póliza de nuestra oficina que todas las cancelaciones de citas deben ser hechas con por lo menos 24 horas de anticipación a la cita.

Si la cita no es cancelada y el paciente no llega a su cita, Best Way Clinic of Burleson se reserve el derecho de cobrar al paciente \$ 25.00 por cada vez que esto ocurra. Como este cargo no es cubierto por el seguro de salud, el/la paciente acepta completa responsabilidad para pagar este cargo.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta forma, por favor llámenos o acérquese a nuestras recepcionistas antes de firmar.

¡Gracias!

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Formulario de Consentimiento Para Recibir Atención Médica

1. Yo _____ (nombre del paciente) doy permiso para que Best Way Clinic of Burleson me brinde tratamiento médico.

2. Autorizo a Best Way Clinic of Burleson a solicitar beneficios de seguro para pagar la atención que recibo.

Entiendo que:

- Best Way Clinic de Burleson tendrá que enviar la información de mi expediente médico a mi compañía de seguros.
- Debo pagar mi parte de los costos.
- Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o no tengo seguro.

3. Entiendo:

- Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
- Tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi médico.

Firma del paciente: _____

Firma del padre o tutor (para niños menores de 18 años): _____

Fecha: _____



Política de consentimiento de privacidad del correo electrónico del paciente

Para servir mejor a nuestros pacientes, esta oficina ha establecido una dirección de correo electrónico para algunas formas de comunicación. Este medio de comunicación es utilizado por nuestra clínica para enviarle la documentación solicitada. Nuestro correo electrónico no es monitoreado constantemente, por lo tanto, recuerde que esta forma de comunicación no es apropiada para su uso en caso de emergencia.

Utilizaremos este tipo de comunicación para enviarle la facturación y los registros médicos solicitados únicamente.

Esta oficina está dedicada a mantener confidencial la información de su expediente médico. Los correos electrónicos de nuestra clínica están encriptados, lo que brinda una capa de seguridad a los mensajes, pero a pesar de nuestros mejores esfuerzos, si su correo electrónico no está encriptado, existe el riesgo de que terceros tengan acceso a los mensajes.

Al comunicarse desde el trabajo, debe tener en cuenta que algunas empresas consideran el correo electrónico propiedad corporativa y sus mensajes pueden ser monitoreados. Además, debe tener en cuenta que, aunque esté dirigida a una persona concreta de nuestra clínica, otros compañeros tendrán acceso a esta información y se mantendrá de forma confidencial según las leyes HIPPA.

Entiendo que esta oficina no será responsable por la pérdida o demora de información o violaciones de la confidencialidad que se deban a factores técnicos fuera del control de esta oficina. Entiendo y acepto la política de correo electrónico anterior.

Nombre del paciente y firma

Testigo (opcional)

Fecha

Fecha



JOSE ROSADO-MORALES, MD
YULY JUAREZ-WOODWORTH, NP

GRACIELA BARAJAS, NP
MATTHEW A. WOODWORTH, NP

Enfermero(a) de práctica avanzada
Consentimiento para tratamiento

Este centro cuenta con un enfermero(a) de práctica avanzada en su personal para ayudar en la prestación de atención médica.

Un enfermero(a) de práctica avanzada no es un médico. Un enfermero(a) de práctica avanzada es un enfermero (a) registrado (a) que ha recibido educación y capacitación avanzadas en la prestación de atención médica. En Texas, por delegación de un médico, un enfermero(a) de práctica avanzada puede diagnosticar, tratar y controlar enfermedades agudas y crónicas comunes, así como brindar atención de mantenimiento de la salud. Además, el enfermero(a) de práctica avanzada puede tratar laceraciones menores y otras lesiones menores.

He leído lo anterior y por la presente doy mi consentimiento a los servicios de un enfermero(a) de práctica avanzada para mis necesidades de atención médica.

Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ver al enfermero(a) de práctica avanzada y solicitar ver a un médico.

Nombre del paciente/Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha



ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

¿Qué probabilidades hay de que se quede dormido o se quede dormido en las siguientes situaciones, en lugar de sentirse simplemente cansado?

Esto se refiere a su forma de vida habitual en los últimos tiempos. Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, intente determinar cómo le afectarían. Utilice la siguiente escala para marcar con un círculo el número más apropiado para cada situación:

- 0** = nunca dormiría ni se quedaría dormido
- 1** = poca probabilidad de adormecerse o quedarse dormido
- 2** = probabilidad moderada de adormecerse o quedarse dormido
- 3** = alta probabilidad de adormecerse o quedarse dormido

<i>SITUACIÓN</i>	<i>PROBABILIDAD DE DORMIRSE</i>
<i>Sentarse y leer</i>	<input type="text"/>
<i>Viendo la televisión</i>	<input type="text"/>
<i>Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro, una reunión o un parque)</i>	<input type="text"/>
<i>Como pasajero en un coche durante una hora sin descanso</i>	<input type="text"/>
<i>Acostarse a descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan.</i>	<input type="text"/>
<i>Sentarse y hablar con alguien</i>	<input type="text"/>
<i>Sentarse tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol.</i>	<input type="text"/>
<i>En un coche, mientras estaba parado durante unos minutos en el tráfico.</i>	<input type="text"/>

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



JOSE ROSADO-MORALES, MD
YULY JUAREZ-WOODWORTH, NP

GRACIELA BARAJAS, NP
MATTHEW A. WOODWORTH, NP