Permian Digestive Disease Center
Indira Donepudi, M.D
2010 W Ohio Ave • Midland, TX 79701
800 E 7th Street • Odessa, TX 79761
Teléfono (432) 704-5442 • Fax (432) 704-5443

Fecha de hoy:	Médico de atención primaria:		
Información del paciente			
Apellidos:	Primero:		Medio:
Nombre preferido:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: M F
▪ Sr. ▪ Señorita ▪ Señora.	Estado civil (círculo uno) Solo / Casado / Divorciado / Separado /Viudo		Seguro social #:
Teléfono de casa #:	Celular #:	Correo Electrónico:	
Dirección:	Ciudad/estado:	Zip:	
Ocupación:	Empleador:	Teléfono del empleador:	
Contacto de emergencia			
1.	Relación:	Teléfono:	
2.	Relación:	Teléfono:	
3.	Relación:	Teléfono:	
Farmacia			
Farmacia preferida: _____ Dirección: _____ DR. PRIMARIO: _____			

MEDICAMENTOS
Listar todos medicamentos, incluyendo medicamentos de venta libre
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
¿tiene alergias a medicamentos? ☐ ¿No ☐ Sí- si marco que si cuáles?: _____

Permian Digestive Disease Center
Indira Donepudi, M.D
2010 W Ohio Ave • Midland, TX 79701
800 E 7th Street • Odessa, TX 79761
Teléfono (432) 704-5442 • Fax (432) 704-5443

Historia de la salud

Circule cualquier condición médica que se aplique a usted (incluyendo las condiciones pasadas)

SIDA/VIH
Alcoholismo
Anemia
Artritis
Ansiedad
Asma
Trastornos hemorrágicos
Transfusiones de sangre
Cáncer
Cirrosis
Diabetes
Diverticulitis, diverticulosis
Tuberculosis
Gota
Corazón Condición
Hepatitis Tipo: ____
Ataque cardíaco
Hernia
Colesterol alto
Presión arterial alta
Enfermedades hepáticas
Problemas mentales
Trazos
Problemas de tiroides
Úlceras
Otros: _____
_____
_____

Su Consumo de cafeína: **Bajo** **Medio** **Alto**

Tipo de Dieta: **Regular** **Vegetariano** **Vegano**

Bajo en sodio **Diabético** **Cardiaco**

Sin-Gluten **Otra:** _____

Historia familiar

Las condiciones médicas que parientes de sangre han tenido y quienes (incluyendo enfermos)

- Cáncer- *Especifique qué tipo de* _____
- Diabetes _____
- Presión arterial alta_____
- Problemas cardíacos_____
- Embolios/attaque cerebral_____
- Otros- *Por favor especifique*

_____

¿su última colonoscopia?

_____

¿su última endoscopia (EGD)?

_____

¿Has visto otro gastroenterólogo?

☐ **Sí** ☐ **no**

Si es así, ¿quién? _____

¿utiliza algún producto de tabaco? ☐ **Sí** ☐ **no**

Si es así, ¿qué? _____

Paquetes/día? _____

¿por cuántos años? _____

Si dejo de fumar, ¿Cuándo renunciaste? _____

¿Hace Ejercicio?

- **Ninguno**
- **ocasional**
- **moderado**
- **Pesado**

Su Nivel del estrés

- Bajo
- Medio
- Alto

¿bebe bebidas alcohólicas? ☐ **Sí** ☐ **no**

¿Cuánto? _____

¿por cuántos años? _____

Si dejas de beber alcohol, ¿Cuándo renunciaste? _____

¿cuánto bebió antes de dejar de fumar? _____

¿ha usado alguna vez drogas ilegales? **Sí** **No**

¿tienes tatuajes? **Sí** **no**

¿Hay alguna parte de su cuerpo perforada? **Sí** **no**

¿eres sexualmente activo? **Sí** **no**

ESCRIBA a continuación cualquier operación/cirugía que haya tenido *(incluido el año):*

_____

_____

Permian Digestive Disease Center
Indira Donepudi, M.D
2010 W Ohio Ave • Midland, TX 79701
800 E 7th Street • Odessa, TX 79761
Teléfono (432) 704-5442 • Fax (432) 704-5443

HIPPA aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y revelar su información protegida de salud (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (TPO) y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida. "información de salud protegida" es información acerca de usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarle y que se relaciona con su pasado, presente, o futuro de salud física o mental o Condition y servicios relacionados de atención de la salud.

1. **Usos y divulgadores de información sanitaria protegida**

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que están involucradasd en su cuidado y tratamiento para el propósito De proporcionar servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar el funcionamiento de la práctica de los médicos y cualquier otro uso requerido por la ley. También podemos hacer que estas actividades sean realizadas por otras empresas en nuestro nombre. Generalmente, podemos acceder, usar, revelar su PHI:

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar, o manejar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, revelaremos su PHI, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le proporcione atención. Por ejemplo, su PHI puede ser probada a un médico al que se le ha referido para asegurarse de que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Su PHI se usará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estadía hospitalaria puede requerir que su PHI sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

Operaciones sanitarias: Podemos usar o revelar, según sea necesario, su PHI con el fin de apoyar el negocio Operaciones de su práctica de médicos. Estos Actividades incluyen, pero no se limitan a, la evaluación de la calidad Actividades, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y conducción o Arreglo para otros negocios Actividades. Por ejemplo, podemos revelar su PHI a los estudiantes de la escuela de medicina que ven pacientes en nuestra oficina. Además, se puede utilizar una hoja de Registro escritorio donde se le pedirá que firme su nombre e indicar su physician. También podemos llamarle por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o revelar su PHI, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle su nombramiento.

Nosotros podemos usar o revelar su PHI en las siguientes situaciones sin su autorización. Estos las situaciones incluyen: según lo requerido por la ley, asuntos de salud pública según lo requerido por la ley; Enfermedades transmisibles; Supervisión de la salud; Abuso o negligencia; Requisitos de la administración de alimentos y medicamentos; Procedimientos jurídicos: derecho Aplicación; Los forenses, los directores funerarios y la donación de órganos; Investigación; Actividad delictiva; Militar Actividad y seguridad nacional; Compensación de trabajadores; Reclusos; Usos y divulgadores requeridos; En virtud de la ley, tenemos que hacer reveladores para usted y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos para investigar o determinar el cumplimiento de los requisitos de la sección 164,500. **Otros usos y divulgadores permitidos y requeridos** serán hecho solamente con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar a menos que sea requerido por la ley. **Puede revocar esta autorización,** en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su práctica física o los médicos ha tomado una acción en la confianza en el uso o la divulgación indicada en la autorización.

2. **Sus derechos sobre su información médica protegida**

Lo que sigue es una declaración de sus derechos con respecto a su PHI.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su PHI. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros; Notas de psicoterapia; la información cumplió con una anticipación razonable de, o uso, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, y la información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la PHI. **Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su PHI.** Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos o divulguemos ninguna parte de su PHI para los propósitos de tratamiento, pago o operaciones de salud. También puede solicitar que cualquier parte de su PHI no sea divulgada a los miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación. La solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. **Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en un lugar alternativo. Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de este aviso de nosotros,** a petición, incluso si usted ha aceptado aceptar este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente. **Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si las hubiere, de su PHI.**

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo de cualquier cambio. Usted tendrá entonces el derecho de objetar o retirarse como se estipula en este aviso.

3. **Quejas**

Usted puede quejarse a nosotros o a la secretaria de salud y servicios humanos si usted cree quer Privacidad los derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando nuestro contacto de privacidad de su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.** Si usted piensa que puede haber violado sus derechos de privacidad de si no está de acuerdo con una decisión que hicimos sobre el acceso a su PHI, usted puede presentar una queja, de forma anónima, llamando 1-800-638-5071.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas, este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. La firma a continuación es sólo el reconocimiento de que usted ha recibido este aviso de nuestras prácticas de privacidad.

Nombre de la impresión: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Permian Digestive Disease Center
Indira Donepudi, M.D
2010 W Ohio Ave • Midland, TX 79701
800 E 7th Street • Odessa, TX 79761
Teléfono (432) 704-5442 • Fax (432) 704-5443

Formulario de divulgación de información médica

Nombre del paciente: _____fecha de nacimiento: _/_____/_____

Estamos obligados por ley y reglamentos para proteger la privacidad de su información médica. Sin esta forma firmada por el paciente, o y el agente dado el poder médico, su salud privada la información y/o los tratamientos no serán divulgados.

[ ] Autorizo la divulgación de la información médica incluyendo el diagnóstico, los expedientes, las imágenes, la examinación rendida a mí, y la información de las demandas. Esta información puede ser divulgada a:

[ ] Mi proveedor de atención primaria/o proveedor de referencia _____

[ ] Pareja_____

[ ] Niño (s) _____

[ ] Padre (s) _____

[ ] Otros _____

[ ] La información no debe ser divulgada a nadie.

Esta divulgación de información permanecerá en vigencia hasta que yo la termine por escrito.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Acuerdo de cancelación de Procedimiento

Es importante que cuando programe su procedimiento, haya revisado su calendario para asegurarse de que haya elegido una fecha y hora que funcione mejor para usted. La cancelación/reprogramación de su procedimiento requiere varias llamadas telefónicas a los pacientes y al hospital. Entendemos que las emergencias ocurren que podrían obligarle a cancelar/reprogramar o posponer su procedimiento. Si usted está cancelando, usted debe cancelar 3 días antes de su procedimiento. El centro de enfermedades digestivas Pérmico tendrá una cuota de cancelación de $50 por procedimientos. También hay una tarifa de $100 por un procedimiento no-show. La cuota debe ser pagada al centro de enfermedades digestivas Pérmico antes de que usted pueda ser reprogramado.

Agradecemos su comprensión de la política mencionada arriba y le agradecemos su cooperación.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante personal: _____

Relación con el paciente (o autoridad) _____

Gracias

Dr. Indira Donepudi

Permian Digestive Disease Center
Indira Donepudi, M.D
2010 W Ohio Ave • Midland, TX 79701
800 E 7th Street • Odessa, TX 79761
Teléfono (432) 704-5442 • Fax (432) 704-5443

Políca financiera

Gracias por elegir el centro de enfermedades digestivas Pérmico como su proveedor de atención médica. Nuestras oficinas están comprometidas a proporcionar la mejor atención médica a través de la comunicación y la comprensión. La confirmación y actualización de la dirección personal y los números de teléfono/celular para el contacto asegurarán nuestra capacidad de comunicarse con usted. En cualquier momento, usted tiene preguntas o preocupaciones que requieren más información, ya sea médica o de negocios, nuestro personal está disponible para asistirle.

La siguiente información describe nuestras políticas con respecto al pago de la factura de su médico.

El costo de la atención médica está determinado por la naturaleza y la complejidad de la enfermedad. No hay "tarifa plana" para los exámenes y el tratamiento. Se le da una cantidad estimada en el momento de la visita antes de la salida. Después de revisar la documentación de los médicos/proveedores para la visita, los servicios y procedimientos adicionales quizás se añadan a la visita.

Pacientes de seguros fuera de la red se espera que pague el co-seguro fuera de la red y los deducibles en el momento en que se prestan los servicios. El centro de enfermedades digestivas Pérmico presentará a su compañía de seguros como cortesía.

Pacientes de seguros contratados en cada visita, su tarjeta (s) de seguro actual requerirá presentación cuando "*firmando* " en la recepción. El paciente será responsable de cualquier copago, deducibles o servicios no cubiertos en el momento de la visita. Los honorarios admisibles contratados, del seguro contratado específico, serán considerados cuando se solicite el pago. Los copagos no serán facturados ya que este es un requerimiento de su parte por su seguro. Si la compañía de seguros no puede procesar una reclamación debido a información incorrecta o faltante de usted, usted es responsable de la factura.

Pacientes no asegurados se espera que pague en el total estimado en el momento de los servicios.

Una declaración de su saldo no pagado más servicios adicionales no cubiertos por el seguro será enviado a usted para el pago completo dentro de 30 días. Para evitar los procedimientos de recolección, su cuenta debe mantenerse actualizada.

Por favor firme para reconocer que está de acuerdo y entienda la póliza:

Nombre del paciente impreso: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____