

Texas Physicians Primary Care

FAMILY PRACTICE

2100 Virginia Street, Suite D
Grand Prairie, TX 75051
Ph (972) 264-2331
Fx (972) 264-2333

PEDIATRICS

502 W. Kearney St, Suite 700
Mesquite, TX 75149
Ph (972) 288-7337
Fx (972) 288-9076

PEDIATRICS/FAMILY PRACTICE

9812 Lakeview Parkway
Rowlett, TX 75088
Ph (972) 463-7337
Fx (972) 463-7004

Informacion del paciente

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____

Ciudad, Estado,Codigo Postal: _____ Numero de Seguro Social: _____

Casa #: _____ Trabajo #: _____ Cell #: _____

Informacion de Empleador

Nombre del Empleo: _____ Tel #: _____

Direccion: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relacion: _____

Tel #: _____

Informacion de Aseguranza

(Si tiene una segunda aseguranza por favor avice a la recepcionista, Gracias)

Nombre de Aseguranza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Poliza #: _____ Grupo #: _____

Seguro Social del asegurado: _____ Nombre del asegurado: _____

Relacion al asegurado: (por favor marque uno) Si mismo Esposo(a) Hijo(a)

Autorizo a los proveedores de TPPC para liberar infomacion medica que puede ser necesaria para solicitar el reembolso de mi compania de seguros a quien he presentado reclamos. Yo entiendo que soy respoonsable de todos los gastos medicos durante el tratamiento con los proveedores de TPPC. Si se requiere cirugia, asignacion se mantendra en efecto hasta que sea revocada for mi, por escrito. Una fotocopia o asignacion debe ser considerada como valida como un original. Entiendo que pagos en exceso en mi cuenta se devolvera enseguida.

Firma: _____ Fecha: _____

Texas Physicians Primary Care, PLLC (TPPC)

Preferencias de paciente al respecto de comunicacion de informacion de salud de si mismo (PHI)

Es importante para nosotros mantener la informacion de nuestros pacientes privada.

Si desea agregar contactos adicionales (que no sean el paciente o el tutor legal) a los que la atención primaria de los médicos de Texas tiene permitido divulgar este tipo de información. Complete los campos a continuación y seleccione los espacios apropiados en función de su aprobación para la persona que elija.

Nombre de Contacto: _____ Relacion al paciente: _____

_____ Cuenta de Factura _____ Infromacion medica

Si prefiere que su metodo de comunicacion sea por telefono (por favor elija su preferencia):

___ Dejar mensaje de voz con informacion a la llamada.

___ Solo dejar mensaje de voy con numer de devolucion de llamada.

___ Autorizo al personal médico a discutir personalmente los resultados de mis pruebas de diagnóstico por teléfono.

Mensaje Seguro para el paciente

Uso de la comunicacion electronica de Texas Physicians Primary Care para el paciente.

(Por favor elija uno)

___ **Si**, me gustaria que Texas Physicians Primary Care comuniqué mi información conmigo a través de un sistema seguro que está diseñado para mantener la información segura.

*Se le notificará por correo electrónico cuando haya información para que revise. IMPRIMA en el espacio debajo la dirección de correo electrónico que desea utilizar para recibir mensajes seguros:

Correo electrónico: _____

___ **NO**, me gustaria que Texas Physicians Primary Care use mi correo electronico como forma de comunicacion segura con mi informacion medica.

Consentimiento y Acuerdo

La duración de esta autorización es indefinida, a menos que se revoque por escrito. Entiendo que las solicitudes de información médica de personas que no figuran en este formulario requerirán mi autorización específica antes de la divulgación de cualquier información médica. He revisado cuidadosamente este documento y estoy de acuerdo en cumplir completamente con las pautas definidas en este documento para las comunicaciones electrónicas de. Entiendo que el servicio se ofrecerá sin cargo y que se me notificará si y cuando se administre una tarifa por el servicio.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma del paciente o tutor legal (mayor de 18)

Fecha