

MARIO R. ANZALDUA, M.D.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

CONFIDENCIAL

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMINETO: _____ SS#: _____
DIRRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____
NO. DE CASA: _____ NO. DE TRABAJO: _____ NO. DE CELULAR: _____
CORREO ELECTRONICO _____

MARQUE LA APROPIADA _____ MENOR _____ SOLTERA(O) _____ CASADA(O) _____ DIVORCIADA(O) _____ VIUDA(O) _____ SEPERADA(O)

EMPLEADOR DEL PACIENTE O DE SUS PADRES _____

DIRRECCION DEL EMPLEADOR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

SI EL PACIENTE ES ESTUIDANTE, NOMBRE DE ESCUELA _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

A QUIEN DEBEMOS AGRADECER QUE NOS LO HAYA REFERIDO? _____

INFORMACION DE SUGURO

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA _____

FECHA DE NACIEMIENTO _____ NO. SEGURO SOCIAL _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE _____ SER _____ ESPOSO(A) _____ HIJO(A) _____ OTRO _____ ESPECIFIQUE DE OTRO _____

EMPLEADO DE PERSONA RESPONSABLE _____ NO. DE TRABAJO _____

DIRRECCION DEL EMPLEADOR _____ CIUDAD _____ STATE _____

SI USTED NO TIENE UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO, PROPORCIONA POR FAVOR LO SIGUIENTE:

DIRRECCION DE LA COMPANIA ASEGURADORA _____ CIUDAD _____

ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ NO. DE POLICA # _____ NO. DE GRUPO _____

NOTA: Si incapaz de proporcionar esta información, puede no ver el médico.

RESPONSABLE

SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD PORFAVOR PROPORCIONE INFORMACION DEL GUARDIAN PADRE/LEGAL

PARENTESCO CON EL PACIENTE _____ SER _____ ESPOSO(A) _____ HIJO(A) _____ OTRO _____ ESPECIFIQUE DE OTRO _____

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ S.S. # _____

DIRRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

NO. DE CASA: _____ NO. DE TRABAJO: _____ NO. DE CELULAR: _____

NO. DE LICENSIA /NO. DE IDENTIFICACION _____

PERSONAS EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ RELACION: _____ CASA _____ CELULAR _____

NOMBRE _____ RELACION: _____ CASA _____ CELULAR _____

ACUERDO FINANCIERO

EL PAGO ES ESPERADO EN LLENO EN CADA CITA, LOS ARREGLOS DISPONIBLES SOLO PARA PROCEDIMIENTOS ESPECIALES. PARA SU CONVENIENCIA, NOSOTROS OFRECEMOS LAS FORMAS DE PAGO SIGUIENTES. VERIFIQUE POR FAVOR LA OPCION QUE USTED PREFERE.

AL CONTADO _____ CHEQUE _____ TARJETA DE CREDITO _____

AUTORIZACION Y LIBERACION

AUTORIZO LA LIBERACION DE CUALQUIR INFORMACION CON RESPETO A MI (O MI NINO) ASISTENCIA MEDICA. EL CONSEJO Y EL TRATAMIENTO PREVIERON EL PROPOSITO DE EVALUAR Y ADMINISTRAR RECLAMOS PARA BENEFICIOS DE SEGURO. YO TAMBIEN POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIO DE SEGURO DE OTRO MODO PAGADERO A MI DIRECTAMENTE AL MEDICO.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL PADRE/ GUARDIAN LEGAL

FECHA

**MARIO R. ANZALDUA
FAMILY PRACTICE
1109 PAMELA DRIVE
MISSION, TEXAS 78572**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION
DE LA INFORMACION DE LA SALUD PROTEGIDA**

Con mi consentimiento, Mario R. Anzaldua, M.D. puede utilizar y divulgar informacion de la salud protegida (PHI por sus siglas en ingles) mia para efectuar tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud (TPO por sus siglas en ingles). Favor de referirse al Aviso acerca de las Practicas de Privacidad de Mario R. Anzaldua, M.D. para una descripcion mas completa sobre dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de estudiar su Aviso acerca de las Practicas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Mario R. Anzaldua, M.D. se reserve el derecho de modificar su Aviso acerca de las Practicas de Privacidad en cualquier momento. Un V Aviso acerca de las Practicas de Privacidad enmendado puede obtenerse al dirigirse por escrito al Oficial de la Prvacidad de Mario R. Anzaldua, M.D. a la direccion 1109 Pamela Drive, Mission, texas 78572.

Con mi consentimiento, Mario R. Anzaldua, M.D. puede llamar a mi casa o a otra ubicacion designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude en desempenar sus TPO, tales como recordarme de citas, asuntos de aseguranza, y cualquier llamada relacionada con mi cuidado clinico, incluyendo resultados de laboraorio, entre otros.

Con mi consentimiento, Mario R. Anzadua, M.D. puede mandarme cartas que les ayuden a desempenar sus TPO a mi casa o a otra ubicaion designada, tales como recordarme de citas, y estados de cuenta, del paciente siempre y cuando esten marcadas Personal y Confidencial.

Con mi consentimiento, Mario R. Anzaldua, M.D. puede enviarme correos electronicos a mi casa o a otra ubicacion designada, cualquier asunto que le ayude a la oficina a desempenar sus TPO, tales como recordarme de citas y divulgar mis PHI para desemenar sus TPO.

Sin embargo, la oficina no esta obligada a asentir a mi solicitud para los limites de divulgacion, pero si lo hace, esta sujeta a este convenio.

Al firmar este contrato, estoy consintiendo que Mario R. Anzaldua, M.D. utilice y divulge mi PHI para desempenardu TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en el caso que la oficina ya haya hecho divaulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que Mario R. Anzaldua, M.D. se niege a darme tratamiento.

Firma del Paciente o Guardian Legal

Nombre dcl Paciente

Fecha

Nombre del Paciente o Guardian Legal
En Letras de Imprenta

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE MEDICARE Y GESTIÓN DE CUIDADO CRÓNICA

Estimado paciente,

Disfrutamos y apreciamos la oportunidad de brindarle una atención primaria integral. Medicare ha identificado la atención de las condiciones crónicas de salud como un objetivo importante. Las enfermedades crónicas son problemas médicos en curso que deben ser gestionados de manera efectiva en una sociedad entre el equipo de salud y el paciente para mantener la mejor salud posible. Los ejemplos incluyen la diabetes, presión arterial alta, enfermedades del corazón, depresión y otros. A partir del 1 de enero 2015, las regulaciones federales permiten ahora a Medicare para pagar la gestión de cuidados crónicos.

¿Qué es la gestión de la atención crónica?

Su equipo médico y de atención primaria vigilará cuidadosamente y la atención integral de sus condiciones de salud crónicas de una manera sistemática para complementar visita de atención oficina regular.

¿Cómo puede beneficiarse de la gestión de la atención crónica?

Usted tendrá acceso 24/7 a su equipo de atención primaria.

Tendrá servicios preventivos de atención programadas, muchos de los cuales están cubiertos por Medicare y sus medicamentos serán monitoreados de cerca. Usted recibirá un plan personalizado, integral de atención para todos sus problemas de salud.

Su atención será coordinada por su médico y el personal, incluida la atención que usted puede recibir en otros lugares, como las oficinas de los especialistas, el hospital, otros centros de salud, o su hogar.

¿Qué necesita saber antes de firmar?

Entender que este cuidado requiere que usted pague aproximadamente \$ 8 a \$ 9 (el monto de su coaseguro Medicare) a su práctica de atención primaria cada mes que recibes gestión de la atención crónica. El servicio también está sujeto a su deducible de Medicare.

Usted debe firmar un acuerdo para recibir este tipo de gestión de la atención crónica.

Por favor, háganos saber si usted tiene preguntas sobre este nuevo beneficio o le gustaría recibir el formulario de acuerdo de una sola página.

ATTENAMENTE

MARIO R ANZALDUA, M.D.

ACUERDO PARA RECIBIR MEDICARE ATENCION CRONICA SERVICIOS DE GESTIÓN

A partir del 1 de enero 2015, Medicare cubre los servicios de administración de cuidados crónicos prestados por los profesionales en salud por mes calendario. Entiendo que mi médico de atención primaria, se menciona a continuación, está dispuesta a proporcionar estos servicios a mí, incluyendo las siguientes:

- Acceso a mi equipo de atención las 24 horas del día, los 7 días a la semana, incluyendo el acceso al teléfono y otros medios que no sea cara a cara de la comunicación (por ejemplo, correo electrónico),
- La capacidad para obtener sucesivas citas de rutina con mi médico de atención primaria o los miembros de mi equipo de atención designada,
- Gestión de Cuidado de mis enfermedades crónicas, incluyendo la programación oportuna de todos los servicios de atención preventivo recomendadas, la reconciliación de medicamentos, y la supervisión de mi administración de medicamentos,
- Creación de un plan integral de atención para todos mis problemas de salud que es específico para mí y congruente con mis opciones y valores,
- Gestión de mi cuidado mientras me muevo entre y entre los proveedores y los centros de atención de salud, incluyendo los siguientes:

Las remisiones a otros proveedores de atención médica,

El seguimiento después de que visite un servicio de urgencias,

El seguimiento después de que me den de alta del hospital u otro centro (por ejemplo, un centro de enfermería especializada),

- Coordinación con proveedores en el hogar y en la comunidad de los servicios clínicos.

Entiendo que como parte de estos servicios que recibiré una copia de mi plan integral de atención.

También entiendo que puedo revocar este acuerdo en cualquier momento (efectiva al final de un mes natural) y puedo elegir, en su lugar, para recibir estos servicios de otro profesional después del mes natural en que yo revoque este acuerdo de atención médica. Medicare sólo pagará un médico o profesional de la salud para mí prestar servicios de gestión de cuidados crónicos dentro de un mes natural.

Entiendo que estos servicios de gestión de cuidados crónicos están sujetos al deducible y coaseguro de Medicare habitual aplicado a los servicios médicos.

Por la presente indico por la firma de este acuerdo que Mario R. Anzaldúa, MD. se designa como mi médico de atención primaria con el propósito de proporcionar servicios de gestión de la atención crónica de Medicare para mí y facturación para ellos.

Mi firma también autoriza a mi médico de atención primaria para comunicarse electrónicamente mi información médica con otros proveedores que tratan como parte de la coordinación de la atención que participan en los servicios de administración de cuidados crónicos.

Esta designación es efectiva a partir de la fecha a continuación

Nombre del paciente (imprima):

Paciente o Guardián Firma : _____ Fecha: _____

FAMILY RELEASE OF INFORMATION

MEDICAL RELEASE OF INFORMATION

PATIENT NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

I HEREBY REQUEST AND AUTHORIZE:

MARIO R. ANZALDUA, M.D.
1512 East Griffin Parkway Ste #2
Mission, Texas 78572
956-519-7088
956-519-9816 fax

TO RELEASE MY MEDICAL INFORMATION AND RECORD TO:

Name: _____ **Relation:** _____

Name: _____ **Relation:** _____

Name: _____ **Relation:** _____

REASON FOR DISCLOSURE
(Choose only one option below)

Treatment/Continuing Medical Care Personal Use Billing or Claims Insurance
 Legal Purposes Disability Determination School Employment
 Other _____

WHAT INFORMATION CAN BE DISCLOSED?

Complete the following by indicating those items that you want disclosed. The signature of a minor patient is required for the release of some of these items. If all health information is to be released, then check only the first box.

All health information

History/Physical Exam Past/Present Medications Lab Results Physician's Orders
 Patient Allergies Operation Reports Consultation Reports Progress Notes
 Discharge Summary Diagnostic Test Reports EKG/Cardiology Reports Pathology Reports Billing
Information Radiology Reports & Images
 Other _____

Your initials are required to release the following information:

Mental Health Records (excluding psychotherapy notes)
 Genetic Information (including Genetic Test Results)
 Drug, Alcohol, or Substance Abuse Records
 HIV/AIDS Test Results/Treatment

EFFECTIVE TIME PERIOD. This authorization is valid until the earlier of the occurrence of the death of the individual; the individual reaching the age of majority; or permission is withdrawn; or the following specific date (optional):

Month _____ Day _____ Year _____

RIGHT TO REVOKE: I understand that I can withdraw my permission at any time by giving written notice stating my intent to revoke this authorization to the person or organization named under "WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION." I understand that prior actions taken in reliance on this authorization by entities that had permission to access my health information will not be affected.

SIGNATURE AUTHORIZATION: I have read this form and agree to the uses and disclosures of the information as described. I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of health information that has occurred prior to revocation or that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission, including disclosures to covered entities as provided by Texas Health & Safety Code § 181.154(c) and/or 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws.

PATIENT SIGNATURE

DATE

LEGAL GUARDIAN/ RELATION

DATE

MARIO R ANZALDUA, M.D.
1512 East Griffin Parkway Ste. #2
Mission, Texas 78572
956-519-7088 956-519-9816 fax

PATIENT NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

I HEREBY REQUEST AND AUTHORIZE:

TO RELEASE THE MEDICAL RECORDS FOR THE PATIENT NAMED ABOVE TO:

MARIO R. ANZALDUA, M.D.
1512 East Griffin Parkway Ste #2
Mission, Texas 78572
956-519-7088
956-519-9816 fax

*THIS INFORMATION IS BEING DISCLOSED FOR THE PURPOSE OF CONTINUATION OF
MEDICAL CARE*

PLEASE RELEASE THE FOLLOWING:

DATE TO DATE		
COMPLETE HEALTH RECORD		
HISTORY & PHYSICAL		
PROGRESS NOTES ONLY		
HOSPITAL DISCHARGE SUMMARY OR NARRATIVE		
IMMUNIZATION RECORD		
LABORATORY		
X-RAY REPORT OR FILMS		

I UNDERSTAND THIS INFORMATION MAY CONTAIN INFORMATION RELATING TO: (Circle if Applicable)

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)

Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Mental Health

Alcohol/Drug Abuse

I understand that I request copies of records for myself or a member of my family, a review of this information with my physician or other healthcare provider is encouraged. I understand that if the physician does not feel it is in my best interest, I may designate another healthcare provider to receive these records. I accept responsibility for these copies and information contained herein.

UNLESS OTHERWISE INDICATED, THIS AUTHORIZATION WILL EXPIRE IN NINETY (90) DAYS FROM THE DATE OF SIGNATURE. THE PHYSICIAN AND EMPLOYEES ARE RELEASED FROM ANY LEGAL RESPONSIBILITY OR LIABILITY FOR DISCLOSURE OF THE ABOVE INFORMATION TO THE EXTENT INDICATED AND AUTHORIZED HEREIN

I understand that there may be a fee for preparing and furnishing this information.

PATIENT SIGNATURE

LEGAL GUARDIAN/ RELATION