

**Registro de Pacientes**

**Información para el Paciente:**

**Estado civil:**

Sr.  Sra.  la señora  hombre  mujer  Soltero  casado  divorciado  separado  viudo

**Apellido:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Número de licencia de conductor:** \_\_\_\_\_

**Dirección de casa:** \_\_\_\_\_

**Ciudad / Estado / Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de la casa:** \_\_\_\_\_

**Telefono de móvil:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de trabajo:** \_\_\_\_\_

**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_

**Empleado por:** \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Relacion a usted:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Información sobre seguros:** Por favor escriba el nombre de su primaria y secundaria (si procede) los seguros de abajo.

**Compañía de Seguro Primario:** \_\_\_\_\_

**Nombre completo del asegurado:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**ID de suscriptor:** \_\_\_\_\_ **Número del grupo:** \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguro Secundaria:** \_\_\_\_\_

**Nombre completo del asegurado:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**ID de suscriptor:** \_\_\_\_\_ **Número del grupo:** \_\_\_\_\_

---

**Nombre de Farmacia de preferencia:** \_\_\_\_\_  
**Dirreccion:** \_\_\_\_\_ **Numero deTelefono:** \_\_\_\_\_

**Locacion de Laboratorio(s) preferido**

\_\_\_\_\_ **Quest Diagnostic**                      \_\_\_\_\_ **Lab Corp**

**Ponga sus iniciales en cada una de las siguientes afirmaciones y luego firmar a continuación reconoce que ha leído y comprendido.**

La información anterior es verdadera al mejor de mi conocimiento. **Inicial:** \_\_\_\_\_

Acuso recibo del Aviso Rukan MD Daccak de Información para el Paciente prácticas de privacidad. **Inicial:** \_\_\_\_\_

Yo autorizo a mis beneficios de seguro médico y / o beneficios del gobierno sean pagados directamente al médico. **Inicial:** \_\_\_\_\_

Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos no cubiertos por mi compañía de seguros. **Inicial:** \_\_\_\_\_

Si no cumplo con mi obligación financiera, Rukan reservas MD Daccak el derecho de agregar un interés mensual del 1,5% a cualquier saldo pendiente después de 60 días. Si esta cuenta es referido a las colecciones, me comprometo a pagar todos los gastos de recaudación involucrados incluyendo los honorarios razonables de abogados y costas judiciales. **Inicial:** \_\_\_\_\_

También autorizo Rukan MD Daccak o compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mi reclamo. **Inicial:** \_\_\_\_\_

Además, autorizo a Rukan MD Daccak para liberar los registros médicos de cualquier doctor o instalación que interviene en el plan de tratamiento de mi condición, a menos que sea revocada por escrito. **Inicial:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Paciente o representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Haga una lista de médicos que usted ha visto en el último año.

	Médico de Atención Primaria	Refiriéndose Médico	Gastroenterólogo (anteriormente visto)	Otros médicos (En el último año)
Nombre				
Especialidad				
Dirección				
Ciudad, Estado, Código Postal				
Número de teléfono				
Número de fax				

Las siguientes personas pueden ponerse en contacto Rukan Daccak MD con respecto a mi atención médica:

Nombre	Relación con el Paciente	Número de teléfono

Yo le doy permiso de Gastroenterología del Centro para hablar de mi historial médico con cualquiera de los médicos antes mencionados y / o personas, tanto en formato oral o escrita.

\_\_\_\_\_  
**Paciente o representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## Oficina de Políticas

**Honorarios Profesionales:** La Oficina cuenta con las empresas de terciario primario, secundario, y el seguro por los servicios prestados por nuestra oficina. El pago de todos los co-pagos, co-seguros, deducibles y cargos por servicios no relacionados con los asegurados deben ser pagados al tiempo que los servicios son prestados. co-quirúrgico pagos y deducibles para la FEE Sólo los médicos se recogen a la hora de su visita pre-operatoria. Por favor tenga en cuenta que la cantidad dada por los honorarios del médico para el procedimiento es sólo una estimación. Una cotización de las prestaciones de seguro no es una garantía de pago. La aprobación del pago se efectuará a la recepción de la reclamación. Es su responsabilidad ponerse en contacto con el hospital o instalación donde el procedimiento se llevará a cabo para obtener los importes que deban o se puede deber para el hospital / centro, la anestesia y los servicios de patología relacionada con los procedimientos quirúrgicos. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

**Seguro Adicional / Formularios Discapacidad:** Hay un cargo de \$ 15,00 para cada forma de seguro cumplidos. Por favor, espere dos semanas para la realización de estas formas.

**Historias Clínicas:** Las copias de sus expedientes médicos se entregará a otro médico sin cargo al recibo de la correcta ejecución de los registros de liberación formulario médico. Las copias de sus registros médicos para el uso legal o de seguro están decoradas a la recepción de un comunicado firmado médicos y un pago anticipado de \$ 25 para los primeros veinte páginas y 0,50 dólares por página por cada copia a partir de entonces. Rukan MD Daccak puede retener la información solicitada hasta que se reciba el pago. Por favor espere 15 días hábiles para que su solicitud sea procesada.

**Llamadas de Emergencia:** Si usted tiene una emergencia después de horas, por favor llame al número normal de oficina. El servicio de respuesta se comunicará con la persona adecuada y su llamada será devuelta tan pronto como sea posible.

**Las prescripciones:** Nuestra oficina establece un preaviso de 48 horas para reabastecimientos de recetas. Por favor, llame a su farmacia si usted necesita una dosis adicional y se pondrá en contacto con nuestra oficina para su aprobación.

He leído las políticas de la oficina de MD Rukan Daccak Entiendo y estoy de acuerdo a las políticas antedichas.

---

**Paciente o representante legal**

**Firma**

**Fecha**

**PACIENTE CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN**

En general, la regla de privacidad HIPPA da a los individuos el derecho a solicitar una restricción en el uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI). El individuo también se brinda el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales que se haga por medios alternativos, como el envío de correspondencia a la oficina del individuo en lugar de en el hogar.

**1. Teléfono de la casa ( ) \_\_\_\_\_**

- \_\_\_\_\_ ¿Se puede dejar mensaje con detalles de la información  
\_\_\_\_\_ Dejar mensaje con un número de devolución de llamada sólo

**2. Teléfono del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_**

- \_\_\_\_\_ ¿Se puede dejar mensaje con detalles de la información  
\_\_\_\_\_ Dejar mensaje con un número de devolución de llamada sólo

**3. Oficio**

- \_\_\_\_\_ Ok para correo a mi dirección de su casa  
\_\_\_\_\_ Ok para correo a mi trabajo y la dirección de la oficina  
\_\_\_\_\_ Ok para fax al número ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma**\_\_\_\_\_  
**Fecha**\_\_\_\_\_  
**Escriba su nombre**\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento****Persona autorizada que se puede obtener mi información médica personal:**\_\_\_\_\_  
**Escriba su nombre**\_\_\_\_\_  
**Relación**

## **RUKAN DACCAK, M.D. P.A. HIPPA**

### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PREVASIDAD**

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, léalo detenidamente.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información protegida de salud para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud (TPO) y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley. Esto también describe sus derechos para acceder y controlar su información protegida de salud tales como la información sobre usted, incluyendo: información demográfica que pueda identificarlo y que se relaciona con su salud física pasada, presente y futuro, las condiciones mentales, y otros servicios de atención médica.

#### **1. Usos y divulgaciones de información médica protegida**

Su información de salud protegida puede ser usada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otros (instalaciones y oficinas) que están involucrados en su cuidado y tratamiento, el paciente cuenta del cuidado de la salud para apoyar la operación de la práctica del médico y cualquier otro uso requerido por ley.

#### **2. Tratamiento**

Vamos a utilizar y divulgar su información protegida de salud para proporcionar, coordinar o proveedores de servicios de gestión de servicios. Por ejemplo vamos a revelar su PHI, según resulte necesario, a una agencia de salud en el hogar. Otro ejemplo sería la divulgación de su información a los médicos que lo necesita para hacer el diagnóstico o tratamiento adecuados

#### **3. Pago**

Su PHI se utilizará cuando sea necesario para obtener el pago por su servicio de cuidado de salud. Por ejemplo, obtener la aprobación para un hospital permanece puede requerir que su información pertinente a la salud protegida puede ser usada para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

#### **4. Operaciones de Salud**

Podemos usar o divulgar su PHI de la práctica de su médico primario. Esta información incluye, pero no se limita a la evaluación de la calidad, evaluación de empleados, la formación de estudiantes de medicina, y concesión de licencias y la realización de / organizando las actividades de negocios a futuro. Por ejemplo, podemos usar un signo en la hoja en la mesa de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indicar a su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o divulgar su PHI para comunicarnos con usted para recordarle de su cita. Podemos usar y divulgar su información protegida de salud para los siguientes circunstancias:

- Fondo para directorios
- Mercadeo
- Emergencias
- Notas de psicoterapia (para TPO)
- Otros involucrados en su cuidado de salud

#### **Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes circunstancias sin su consentimiento:**

- |                               |                        |                                   |
|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| -Requerido por la ley         | - Usos y divulgación   | - Compensación a los trabajadores |
| -Salud pública                | - Hacer cumplir la ley | - Actividad criminal              |
| -Food and Drug Administration | - Investigación        | - Procedimiento                   |
| -Abuso o negligencia          | - Los recluses         |                                   |



**RUKAN DACCAK, M.D. P.A.****5. Derechos**

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información médica protegida y cómo puede ejercer estos derechos:

- Solicitud para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa
- La capacidad de recibir ciertas revelaciones que hemos hecho, en su caso, de su información protegida de salud
- Pedir una restricción de su información protegida de salud
- Haga que su médico enmiende su información médica protegida
- Inspeccionar y copiar su información médica protegida
- Obtener una copia impresa de este aviso de nosotros

**6. Quejas**

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros.

Por la presente reconozco que he sido presentado con una copia de 4450 el Dr. Daccak de E. Sam Houston Parkway S. Ste. H2, Pasadena, TX 77505 y / o 1618 W. Baker Rd., Ste. B, Baytown, TX 77521 notificación de prácticas de privacidad. Si tiene alguna objeción a esto, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Conformidad de HIPAA en persona o por teléfono al número de nuestra oficina central al (713) 910-7779.

---

**Paciente o representante legal****Firma****Fecha**



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE RECONOCIMIENTO

Entiendo que, en virtud de la Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad de 1996 ("HIPPA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y se utilizará para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento que directa e indirectamente.
- Obtener el pago de los pagadores de terceros.
- Llevar a cabo las operaciones normales de salud tales como las evaluaciones de calidad y certificaciones médico.

He recibido, leído y entendido la Notificación de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puede comunicarse con esta organización en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas Privadas.

Entiendo que puedo solicitar por escrito tener restricciones en como mi información puede ser usada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que no están obligados a acceder a mi solicitud de restricciones, pero si usted está de acuerdo de lo que están obligados a cumplir con tales restricciones.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practice Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:

Date:	Initials:	Reason: