

IBN Sina Foundation

11226 South Wilcrest Dr., Houston, TX 77099

Main Tel: 281.977.7462

Fax: 281.977.7472

PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE

Date /Fecha: _____

Name /Nombre: _____ Age/ Edad: _____

_____	_____	_____	_____
Last/Apellido	Name/ Nombre	Middle Ini/ Inicial	
Address/ Dirección: _____			
_____	_____	_____	_____
Street/Calle	City/Ciudad	State/Estado	Código Postal

Date Of. Birth/ Fecha de Nacimiento: _____ Male Female Marital Status: _____ Race: _____
Mas. Fem Estatus Matrimonial Raza

Home Phone Number/ Numero de Tel.: _____ Driver's license#: _____
Numero de Licencia

Cell Phone/ Numero de celular: _____ Occupation: _____ E-mail: _____
Ocupación El correo electrónico

Employer/ Empleador: _____ Work Number/ Número de trabajo: _____

Name of Spouse or Parent/ Nombre de Pareja/Padre: _____

Emergency Contact/ Contacto de Emergencia: _____
Complete Name/ Nombre Completo Phone Number/ Numero de Tel.

Have you had any serious illness in the past? Yes/ Sí No Describe /Descripción: _____
¿En el pasado ha tenido enfermedades serias?

Have you had any surgeries in the past? Yes/ Si No Describe/Descripción: _____
¿En el pasado ha tenido cirugías?

Indicate all medications that you are currently taking: _____
Indique todo los medicamentos que esta tomando

Indicate all medications that you are allergic to: _____
Indique los medicamentos a los que Ud. es alérgico/a

Do you smoke?/ ¿Fuma? Yes/ Si No If yes, how much?/ Y si fuma, cuanto? _____

Do you drink Alcohol?/ ¿Toma bebidas alcohólicas? Yes/ Si No Y si toma, cuanto? _____

Do you take any blood thinner medications?/ ¿Toma alguna medicación sanguíneos más delgados? _____

Briefly state the reason for your visit to the doctor today: _____
Brevemente explique el motivo de su visita

How did you hear of IBN Sina?/ ¿Cómo escucho de IBN Sina? _____

I authorize IBN Sina to provide me with treatment. I also agree to be responsible for all unpaid bills.
Yo autorizo IBN Sina que me dé tratamiento. Al igual me hago cargo de todos los pagos necesarios para mis tratamientos.

Financial Policy /Póliza Financiera

Please understand that payment is considered part of your treatment. Por favor entienda que su pago es considerado parte de su tratamiento

WE ACCEPT CASH AND MAJOR CREDIT CARDS. ACEPTAMOS EN EFECTIVO Y TARJETAS DE CREDITO MAYORES .

PAGO COMPLETO ES REQUIRIDO ANTES DE LOS SERVICIOS.

I have read and understand the financial policy. By signing the line below I take responsibility and accept the terms and conditions described in this form.

Yo e leído y entiendo la póliza financiera. Firmando la línea abajo, me hago responsable y acepto los términos de escritos en esta forma.

Patient's signature/Parent/Guardian Firma del Paciente/Padre/Tutor

Aviso de prácticas de privacidad y consentimiento paciente Para el uso y divulgación de información de salud protegida

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

Entiendo que bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos del paciente con respecto a mi información de salud protegida.

Entiendo que Ibn Sina Foundation puede usar o revelar mi información de salud protegida para las operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud — que significa para proporcionar asistencia sanitaria a mí, el paciente; manejo de facturación y pago; y, teniendo cuidado de otras operaciones de atención médica. A menos que exija la ley, no habrá ningún otros usos y revelaciones de esta información sin mi autorización.

Ibn Sina Foundation tiene un documento detallado denominado el "**Aviso de prácticas de privacidad**". Contiene una descripción más completa de sus derechos de privacidad y cómo podemos utilizar y divulgar información médica protegida.

Entiendo que tengo el derecho de leer el 'Aviso' antes de firmar este acuerdo. Si pregunto, Ibn Sina Foundation me proporcionará la más reciente *Aviso de prácticas de privacidad*.

Mi firma a continuación indica que me ha dado la oportunidad de revisar dicha copia de la *Notificación de prácticas de privacidad*. Mi firma significa que estoy de acuerdo en permitir que Ibn Sina Foundation para utilizar y revelar mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Ibn Sina Foundation ha actuado confiando en este consentimiento.

Firma (Paciente o representante autorizado/custodio Legal)

Fecha

Relación con el paciente si firmado por otro partido

Fecha

Usted puede obtener una copia de nuestro *Aviso de prácticas de privacidad*, incluyendo cualquier revisión de nuestro 'Aviso' en cualquier momento comunicándose con la Oficina Administrativa: Ibn Sina Foundation, 11226 S. Wilcrest Dr. Houston, TX. 77099 o llame al 281-977-7462.

IBN SINA COMMUNITY HEALTH CENTER
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN ADULTO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Me queda y voluntariamente autorizar al personal médico y odontológico, si está disponible en la clínica de esta ubicación para prestar servicios de salud a mí. Los servicios de salud pueden incluir rutina física y mental evaluación, diagnóstico y prueba de seguimiento y procedimiento, exámenes médicos y/o tratamiento dental, si están disponibles. Los servicios de salud puede incluir, pero no se limitan a, la rutina trabajos de laboratorio, tales como la sangre, orina y otros estudios, rayos- x y otros estudios por imágenes, rastreo cardíaco (ECG), administración de medicamentos, así como procedimientos y tratamiento recetado por el médico y/o dental personal. Los servicios de salud también pueden incluir servicios de asesoría necesaria para recibir servicios apropiados incluidos servicios de planificación familiar definido por la reglamentación federal.

Certifico que entiendo perfectamente este consentimiento para tratamiento, la utilización de media proveedores, la liberación de información de salud personal y mis derechos sobre estas cuestiones.

Tengo entendido que este consentimiento es válida y sigue en efecto mientras yo soy un paciente de la Clínica.

Me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los servicios que se proporcionada por esta clínica y creo que tengo información suficiente para dar su consentimiento.

Firma del paciente

Fecha

AUTORIZACIÓN DE CONTACTOS ALTERNATIVOS

Esta autorización permite a nuestros médicos y personal para comunicarse sólo con la persona(s) que designe en caso de que no son capaces de recibir llamadas telefónicas o tiene un adulto/guardian que ayuda a coordinar y/o pagar para recibir atención médica. Como parte de nuestro paciente póliza de privacidad vamos a dar su información de salud sólo como se indica a continuación.

- Yo no autorizo que nadie reciba información sobre mi atención médica.
- Autorizo a mi médico y de los empleados de esta práctica con y comunicar información respecto a mi medico historial con la siguiente persona.

1) Persona _____ relación _____ Numero de Tel _____

Esta autorización se mantendrá en efecto a menos que cambie es mi responsabilidad para completar una nueva forma notificar cualquier cambio también voy a dar la práctica aviso escrito que debo decidir revocar esta autorización

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

IBN Sina Foundation

11246 South Wilcrest Drive, Suite 190B, Houston, TX 77099

Main Tel: 281.495.7462

Fax: 281.495.7464

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO/ ADMISIÓN AL HOSPITAL AMBULATORIO O ZONAS

Paciente: _____

Consentimiento a tratamiento por Pasantes

Entiendo que Ibn Sina Centro Médico Comunitario es una institución educativa. Soy consciente de que entre aquellos que asistirán a pacientes en Ibn Sina Centro Comunitario son médicos, enfermeras y otros servicios de salud personal en formación, que van desde primer año estudiantes a médicos residentes y compañeros. Estos alumnos podrán estar presentes durante mi atención y pueden ayudar a dar atención médica bajo un control adecuado, al menos que sea otra cosa ordenado por el médico responsable. Pasantes también podrán discutir casos de pacientes en las conferencias educativas de enzaina. Pasantes están obligados a cumplir con la protección política confidencialidad de Ibn Sina Centro Médico Comunitario.

El consentimiento para la prueba del VIH

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y se transmite por contacto con la sangre o líquido corporal de una persona infectada. Como parte de mi tratamiento hospitalario, puede ser que me pidan que sea analizada (o) para determinar si tengo / había contacto anterior con el virus del VIH. Esto podría hacerse como parte de una prueba de diagnóstico o motivos de control para infecciones hospitalarias. La prueba para el SIDA es realizado sobre una muestra de sangre que se extraerán junto con otras pruebas de sangre. La prueba da a veces un resultado positivo falso (la prueba es positiva sin el virus de SIDA que es presente). Por lo tanto, una segunda prueba es hecha en todos los resultados positivos. Es posible en la etapa muy temprana de enfermedad (las pocas primeras semanas de contacto con una persona infectada) que la prueba podría ser negativa aunque la infección este presente. Especialmente, para personas en grupos de riesgo o para sus contactos íntimos, una prueba negativa única no puede establecer con certeza que la infección no es presente.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento para la comunicación electrónica

Yo autorizo a Ibn Sina Fundación utilizar mi dirección de correo electrónico para fines de mercadeo directo de correo electrónico y servicios de los pacientes. Estoy dispuesto a recibir cupones, promociones especiales y Feria de salud información, con descuento o programas gratis médicos y dentales, servicios nuevos o actualizados, boletines pacientes y recordatorios por correo electrónico. También entiendo que esta divulgación será utilizada exclusivamente por Fundación Ibn Sina.

Entiendo que tengo ninguna obligación de firmar este formulario y que Ibn Sina no puede condicionar mi tratamiento o pago elegibilidad para servicios de salud basados en mi decisión de firmar esta autorización.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación a Fundación Ibn Sina por escrito o por correo electrónico. Mi revocación del consentimiento no afectará mi habilidad para obtener atención médica futura ni causará la pérdida de los beneficios a los que tengo derecho de lo contrario.

Dirección de correo electrónico autorizado

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha