INFORMACIÓN DE SALUD DEL NUEVO PACIENTE

DESCARGUE / IMPRIMA Y DEVUELVA
INSTRUCCIONES EN LA ÚLTIMA PÁGINA

USE TINTA AZUL O NEGRA

BIMGA
BEAUMONT INTERNAL MEDICINE & GERIATRIC ASSOCIATES

NUESTROS PROVEEDORES

- Jeremy Huff, DO
- John T. Fowler, MD
- Maria S. Blahey, MD
- Santos M. Soberon, MD
- Rawan Musa, MD
- Chad Hammett, MD
- Waqar Ahmad, MD
- Mustafa I. Musa, MD
- Pranav Bhatt, MD

TELÉFONO
409-898-2994

UBICACIÓN
755 N. 11th Street, Suite P-5200, Beaumont, TX 77702

CORREO
newpatient@bimga.com

FAX
409-898-2592

BIMGA
BEAUMONT INTERNAL MEDICINE & GERIATRIC ASSOCIATES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

¿Desea recibir comunicaciones y estados de cuenta electrónicos? ☐ Sí ☐ No

MÉDICO: _____ **FECHA DE HOY:** _____

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

SEXO: MASC. FEM. **N.º DE SEGURO SOCIAL:** _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD / ESTADO:** _____ **C.P.:** _____

TELÉFONO: _____ **OTRO TEL.:** _____

REFERIDO POR: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO

EMPLEADOR: _____ **TELÉFONO:** _____

PARIENTE MÁS CERCANO: _____ **TELÉFONO:** _____

PARENTESCO: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTERIOR: _____

¿Ha visto a su médico de atención primaria en los últimos 2 años? SÍ NO

¿Con qué frecuencia ve a su médico de atención primaria? _____

Motivo para cambiar de médico: _____

¿Alguna vez lo han dado de baja de otra clínica? SÍ NO

¿Cambia de médico con frecuencia? SÍ NO

¿Cuántas veces lo han internado en el hospital en el último año? _____

¿Qué especialistas ve? _____

TELÉFONO DEL SEGURO: _____ **N.º DE MIEMBRO:** _____

Presentaremos su seguro primario y secundario por usted. No presentamos un tercer seguro.

Yo, el abajo firmante, certifico que tengo cobertura de seguro con _____ (compañía de seguro). Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, los pague o no el seguro. Por la presente autorizo a Beaumont Internal Medicine & Geriatric Associates a divulgar toda la información necesaria para obtener el pago de beneficios, y autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones al seguro. Los copagos, coseguros y deducibles se pagan el día del servicio. Consulte nuestras políticas financieras para más información.

SEGURO PRIMARIO: _____ **N.º DE ID:** _____ **N.º DE GRUPO:** _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ **N.º DE ID:** _____ **N.º DE GRUPO:** _____

Firma del paciente o representante personal | Nombre en letra de molde (si es representante, indique parentesco) | Fecha

BIMGA
BEAUMONT INTERNAL MEDICINE & GERIATRIC ASSOCIATES

HISTORIAL MÉDICO

Complete todas las tablas a continuación. Si una sección no aplica, escriba "NINGUNO."

◆ **ENFERMEDAD ACTUAL** — Anote sus principales padecimientos actuales y desde hace cuánto los tiene.

Problema Médico Actual	¿Desde Cuándo?

◆ **HISTORIAL PREVIO** — Anote todas las enfermedades graves, lesiones y operaciones.

Procedimiento / Enfermedad	Año

◆ **MEDICAMENTOS ACTUALES** — Anote TODOS sus medicamentos, incluidas vitaminas y suplementos herbales.

Medicamento, Vitamina o Suplemento	Dosis y Frecuencia

◆ **ALERGIAS** — Anote todas sus alergias conocidas a medicamentos, alimentos y del ambiente.

REVISIÓN POR SISTEMAS

ENCIERRE SÍ O NO EN CADA PREGUNTA

OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA

¿Tiene algún tipo de enfermedad de los ojos? SÍ NO

¿Tiene algún tipo de enfermedad de los oídos? SÍ NO

¿Tiene fiebre del heno o problemas de sinusitis? SÍ NO

¿Tiene dolor de garganta con frecuencia? SÍ NO

PECHO

¿Ha tenido alguna afección crónica del pecho (como asma o bronquitis)? SÍ NO

Si es así, especifique: _____

¿Fuma? SÍ NO

Si es así, paquetes/día: _____

CARDIOVASCULAR

¿Algún médico le ha dicho que tiene problemas del corazón? SÍ NO

¿Algún médico le ha dicho que tiene presión arterial alta? SÍ NO

¿Ha tenido fiebre reumática? SÍ NO

¿Se cansa fácilmente o le falta el aire? SÍ NO

¿A veces se le hinchan los tobillos? SÍ NO

GASTROINTESTINAL

¿Sufre de malestar estomacal? SÍ NO

¿Algún médico le ha dicho que tiene una úlcera? SÍ NO

¿Toma bebidas alcohólicas? SÍ NO

¿Usa drogas recreativas? SÍ NO

¿Han cambiado sus hábitos intestinales en el último año? SÍ NO

GENITOURINARIO

¿Ha tenido alguna enfermedad o infección de los riñones? SÍ NO

¿Ha tenido infecciones urinarias frecuentes? SÍ NO

METABÓLICO

¿Tiene diabetes? SÍ NO

¿Tiene sed excesiva? SÍ NO

¿Orina en exceso? SÍ NO

¿Tiene problemas de tiroides? SÍ NO

ARTICULACIONES

¿Sus articulaciones suelen doler o hincharse? SÍ NO

NERVIOS

¿Ha tenido alguna vez una crisis nerviosa? SÍ NO

¿Se siente tenso(a) y nervioso(a) todo el tiempo? SÍ NO

¿Ha estado alguna vez internado(a) en un centro de salud mental? SÍ NO

BIMGA
BEAUMONT INTERNAL MEDICINE & GERIATRIC ASSOCIATES

HISTORIAL FAMILIAR

Encierre el estado de salud de cada persona. Si falleció, indique la causa de muerte.

Familiar	Estado de Salud	Si Falleció — Causa de Muerte
Cónyuge	BUENO REG. MALO FALL.	
Padre	BUENO REG. MALO FALL.	
Madre	BUENO REG. MALO FALL.	
Hermanas	BUENO REG. MALO FALL.	
Hermanos	BUENO REG. MALO FALL.	

¿ALGÚN FAMILIAR HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

Diabetes	SÍ	NO	Epilepsia	SÍ	NO
Tuberculosis (TB)	SÍ	NO	Reumatismo severo	SÍ	NO
Problemas del corazón	SÍ	NO	Cáncer	SÍ	NO
Presión arterial alta	SÍ	NO			

¿Algún familiar ha estado internado en un hospital psiquiátrico? SÍ NO

¿Algún familiar ha fallecido por suicidio? SÍ NO

SOLO PARA MUJERES

¿Cuántos hijos tiene? _____ **Edades:** _____

¿Ha tenido algún aborto espontáneo? SÍ NO **Última menstruación:** _____

¿Sus periodos son regulares? SÍ NO **Último embarazo:** _____

EVALUACIONES DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NAC.:** _____ **FECHA:** _____

Para que lo complete la enfermera durante la visita

¿Trajo hoy una lista actualizada de sus medicamentos? SÍ NO

Evaluación de depresión: ¿Tiene poco interés o placer en hacer las cosas? SÍ NO

¿Se siente decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza? SÍ NO

◆ PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE ATENCIÓN — Para que la complete el paciente antes de la visita.

¿Tiene alguno de estos planes anticipados? Encierre los que apliquen: TESTAMENTO VITAL PODER NOTARIAL MÉDICO DNR

OTRO: _____

¿A quién ha nombrado como su representante para tomar decisiones? _____ NADIE

Si encerró alguna directiva anticipada, asegúrese de que su médico tenga una copia en su expediente.

Si sufriera un evento que cambie su vida (ej. un derrame cerebral), ¿quién entiende mejor la atención que desearía? _____

¿A quién acude para pedir ayuda al enfrentar una crisis? _____

¿Qué tipo de cuidado personal aceptaría? Encierre los que apliquen:

SALUD EN EL HOGAR HOSPICIO ASILO DE ANCIANOS CUIDADO PRIVADO VIDA ASISTIDA ENFERMERÍA ESPECIALIZADA CUALQUIER MEDIO NECESARIO DEPENDE DE LAS CIRCUNSTANCIAS

¿Ha estado hospitalizado(a) en el último año? SÍ NO

¿Usa algún aparato de asistencia? Encierre los que apliquen:

NADIE BASTÓN ANDADERA SILLA DE RUEDAS SILLÓN ELEVADOR INODORO PORTÁTIL SCOOTER CAMA DE HOSPITAL SILLA DE BAÑO

¿Necesita la ayuda de otra persona para viajar? SÍ NO

¿Toma sus medicamentos según las indicaciones? (Si no, explique abajo) SÍ NO

¿Cumple con asistir a sus citas médicas? (Si no, explique abajo) SÍ NO

◆ VACUNAS Y DETECCIÓN DE OSTEOPOROSIS

Influenza (gripe): ¿Recibió la vacuna contra la gripe esta temporada (20__ – 20__)? Si no, ¿la desea hoy? SÍ NO

Neumocócica (65+ años): ¿Ha recibido Pneumococcal 23, Prevnar 13 o Prevnar 20? (Anote las fechas abajo.) Si no, ¿desea una hoy? SÍ NO

Fechas de vacunas: _____

Osteoporosis (mujeres): Fecha del último estudio DEXA: _____ Resultado: NORMAL OSTEOPENIA OSTEOPOROSIS DESCONOCIDO

BIMGA
BEAUMONT INTERNAL MEDICINE & GERIATRIC ASSOCIATES

EVALUACIONES DE SALUD (continuación)

EXAMEN DE LA VISTA

Último examen de la vista: _____ **Proveedor de la vista:** _____

Último examen diabético de la vista: _____ **¿Tiene retinopatía diabética?** SÍ NO NS

DETECCIÓN DE CÁNCER

Última colonoscopia: _____ NUNCA **Resultado:** NORMAL PÓLIPOS DIVERTICULOSIS DIVERTICULITIS DESCONOCIDO

Gastroenterólogo: _____

Última mamografía (mujeres): _____ **Lugar:** _____

Último PSA (hombres): _____

Examen de función cognitiva: la enfermera o asistente médico lo evaluará en el consultorio.

EVALUACIÓN DEL DOLOR

Nivel de dolor diario (0 = sin dolor, 10 = el peor): _____

Cuando tiene dolor, ¿cómo lo controla? _____

¿Qué parte del cuerpo le causa dolor? _____

¿Toma medicamento recetado para el dolor? SÍ NO

¿Tiene un médico para el dolor? SÍ NO

¿Desea hablar sobre su dolor hoy? SÍ NO

EVALUACIÓN DE SALUD SOCIAL

Tabaquismo: NUNCA HA FUMADO FUMA ACTUALMENTE EXFUMADOR FUMA OCASIONALMENTE

¿Cuánto fuma al día? _____

¿Desea dejar de fumar? SÍ NO

¿Usa tabaco sin humo? SÍ NO

EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

Caídas en el último año:

NINGUNA 1 CAÍDA, SIN LESIÓN 2–5 CAÍDAS, SIN LESIÓN 5+ CAÍDAS, SIN LESIÓN 1 CAÍDA CON LESIÓN 2–5 CAÍDAS CON LESIÓN 5+ CAÍDAS CON LESIÓN

CAPACIDAD FUNCIONAL — Solo pacientes con demencia.

¿Necesita ayuda con alguno de los siguientes? Encierre los que apliquen:

BAÑARSE VESTIRSE IR AL BAÑO MOVERSE CONTINENCIA COMER COCINAR QUEHACERES FINANZAS MEDICAMENTOS USAR EL TELÉFONO COMPRAS TRANSPORTE

EVALUACIÓN DE SALUD GENERAL Y BIENESTAR

¿Tiene alguna inquietud de salud que desee hablar hoy? _____

EVALUACIÓN DE SALUD GENERAL

Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su salud? EXCELENTE BUENO REG. MALO

¿Cuáles de los siguientes son un problema para usted? (Marque todos los que correspondan.)

- ☐ Me siento cansado(a) o fatigado(a)
- ☐ Me siento solo(a) o me falta apoyo en casa
- ☐ Tengo mucho estrés o enojo
- ☐ Se me dificulta tomar o recordar mis medicamentos

¿Se siente seguro(a) en su hogar? SÍ NO

¿Usa el cinturón de seguridad en el auto? SÍ NO

¿Algún problema sexual que desee hablar? SÍ NO

¿Tiene algún problema de dolor? SÍ NO

¿Hace ejercicio 20 min, 3+ días por semana? SÍ NO

¿Sigue una dieta específica (baja en sodio/azúcar)? SÍ NO

ESTADO FUNCIONAL

¿Puede realizar por sí mismo(a) las actividades de la vida diaria (ADL) — arreglarse, bañarse, vestirse, comer, caminar, usar el baño? SÍ NO

¿Puede realizar por sí mismo(a) las ADL instrumentales — compras, cocinar, finanzas, teléfono, lavar ropa, quehaceres, manejar, transporte, medicamentos? SÍ NO

¿Tiene problemas de incontinencia (pérdida de orina)? SÍ NO

EVALUACIÓN DE RIESGOS

¿Algún problema de la vista? SÍ NO

¿Algún problema de audición? SÍ NO

¿Algún problema con sus dientes o dentadura postiza? SÍ NO

¿Le preocupa su memoria? SÍ NO

OPIOIDES Y OTRAS EVALUACIONES

¿Toma algún medicamento opioide? SÍ NO

¿Prueba de sangre oculta en heces? SÍ NO Si es así, ¿cuándo? _____

¿Alguna vez se hizo Cologuard? SÍ NO Si es así, ¿cuándo? _____

¿Ha recibido la vacuna Shingrix (herpes zóster)? SÍ NO Si es así, ¿cuándo? _____

CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS

Ponga sus iniciales en cada línea a continuación.

Consentimiento de Historial de Recetas

Entiendo completamente la información sobre el acceso al Historial de Recetas indicada en este Paquete de Nuevo Paciente.

Enfermero(a) Practicante Certificado(a) / Asistente Médico Certificado(a)

Entiendo que cierta atención puede ser proporcionada por un NP o PA certificado empleado por Beaumont Internal Medicine & Geriatric Associates, según se indica en el Formulario de Consentimiento de Enfermero(a) Practicante proporcionado.

Autorización para Divulgar Información de Atención Médica

Reconozco que recibí y entiendo el Formulario de Autorización para Divulgar Información de Atención Médica, y he autorizado la divulgación de mi información médica a Beaumont Internal Medicine & Geriatric Associates.

Acuerdo del Paciente sobre Sustancias Controladas y Manejo del Dolor

Entiendo completamente que el propósito de este acuerdo es evitar malentendidos sobre ciertos medicamentos que tomaré para el manejo del dolor, la ansiedad y/o trastornos del sueño, y ayudar tanto a mi médico como a mí a cumplir con la ley sobre medicamentos controlados.

Autorización para Hablar sobre Información Médica

Al completar el Formulario de Autorización para Hablar sobre Información Médica, autorizo el uso o divulgación de Información de Salud Protegida (PHI) según lo exige HIPAA (45 C.F.R. Partes 160 y 164). BIMGA puede usar o divulgar PHI según el Aviso de Prácticas de Privacidad. Este permiso es válido desde la fecha de firma en adelante; puedo revocarlo por escrito en cualquier momento. La PHI puede incluir registros sobre salud mental, enfermedades contagiosas, VIH/SIDA, embarazo o tratamiento por abuso de alcohol o drogas. Mi tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios no dependerá de que firme esta autorización. He leído el Aviso de Prácticas de Privacidad y entiendo mis derechos sobre mi PHI.

Acuerdo de Consentimiento del Paciente para Servicios de Cuidado Crónico

Reconozco que recibí una copia en papel del Acuerdo de Servicios de Cuidado Crónico de BIMGA.

Consentimiento Informado de Comunicaciones en Línea — Portal del Paciente

Reconozco que recibí una copia en papel del Acuerdo de Consentimiento Informado de Comunicaciones en Línea de BIMGA — Portal del Paciente.

CONSENTIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS (continuación)

Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que el Aviso de Prácticas de Privacidad de BIMGA explica cómo la clínica y su personal pueden usar y/o divulgar mi información de salud protegida para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y según lo permita la ley. Entiendo que BIMGA no se hace responsable del uso o nueva divulgación de información por terceros. Reconozco que recibí una copia en papel del Aviso de Prácticas de Privacidad de BIMGA.

Políticas y Procedimientos de la Oficina

Entiendo completamente las políticas y procedimientos de la oficina indicados en este Paquete de Nuevo Paciente, incluidos todos los códigos de conducta y cargos que se me puedan aplicar.

Acuerdo Financiero del Paciente

Entiendo mi obligación financiera por los servicios prestados por Beaumont Internal Medicine & Geriatric Associates según el Formulario de Acuerdo Financiero que se me entregó.

Firma del paciente o representante personal | Nombre impreso del paciente o representante | Fecha

Consentimiento de Historial de Recetas

Doy mi consentimiento voluntario para que Beaumont Internal Medicine & Geriatric Associates tenga acceso y use mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de salud o pagadores externos de beneficios de farmacia con fines de tratamiento. Entiendo que mi historial de recetas (incluidos, entre otros, recetas, laboratorios y otro historial de medicamentos) de varios proveedores médicos no afiliados, compañías de seguro y administradores de beneficios de farmacia puede ser visto por mis proveedores y el personal de aquí, y puede incluir recetas de varios años atrás.

Reconozco que BIMGA puede usar sistemas de intercambio de información de salud para transmitir, recibir y/o consultar electrónicamente mi historial de recetas.

Entiendo que este Consentimiento de Historial de Recetas seguirá vigente mientras asista o reciba servicios de BIMGA, a menos que yo lo revoque por escrito, con dicho aviso por escrito entregado a cada sitio de la clínica al que asista o del que reciba servicios. **Certifico que he leído este formulario, o que me lo han leído.**

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL PACIENTE / REPRES.: _____ **PARENTESCO CON EL PACIENTE:** _____

Para pacientes que necesiten traducción o lectura en voz alta de este documento, la persona que lee o traduce debe anotar y firmar abajo:

Firma del lector / traductor | Fecha

ENFERMERO(A) PRACTICANTE / ASISTENTE MÉDICO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Esta clínica cuenta con un(a) Enfermero(a) Practicante (NP) y un Asistente Médico (PA) en su personal para ayudar a brindar atención médica. Un NP o PA no es médico. Un NP o PA se graduó de un programa de formación certificado y tiene licencia de la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un NP o PA puede diagnosticar, tratar y vigilar enfermedades agudas y crónicas, así como brindar atención para mantener la salud.

La "supervisión" no requiere la presencia física constante del médico supervisor, sino la vigilancia de las actividades y la aceptación de responsabilidad por los servicios médicos prestados.

Un NP o PA puede brindar servicios médicos dentro de su educación, formación y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

- Obtener historiales y realizar exámenes físicos
- Ordenar y/o realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Formular un diagnóstico de trabajo
- Desarrollar y aplicar un plan de tratamiento
- Vigilar la eficacia de las intervenciones terapéuticas
- Ofrecer consejería y educación
- Proporcionar muestras de medicamentos y escribir recetas
- Hacer referidos apropiados

He leído lo anterior y por la presente doy mi consentimiento para recibir los servicios de un asistente médico y/o enfermero(a) practicante para mis necesidades de salud. Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ver al asistente médico y/o enfermero(a) practicante y pedir ver a un médico.

Nombre en letra de molde	Firma	Fecha

BIMGA
BEAUMONT INTERNAL MEDICINE & GERIATRIC ASSOCIATES

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

N.º DE SEGURO SOCIAL: _____ **TELÉFONO DEL PACIENTE:** _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____

ESTADO: _____ **C.P.:** _____

SOLICITO Y AUTORIZO (encierre uno): DIVULGAR MI INFO. A | DIVULGAR MI INFO. DE el proveedor / centro de abajo

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CENTRO DE SALUD DEL QUE / AL QUE SE DIVULGA LA INFORMACIÓN:

PROVEEDOR / CENTRO: _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____

ESTADO: _____ **C.P.:** _____ **TELÉFONO:** _____ **FAX:** _____

Divulgar a: Beaumont Internal Medicine & Geriatric Associates

755 N. 11th Street, Suite P-5200, Beaumont, TX 77702 • Tel: 409-898-2994 • Fax: 409-899-5542 • medicalrecords@bimga.com

Se divulgará la siguiente información:

Tipo de Información	SÍ | NO
Notas del médico	☐ ☐
Resultados de laboratorio	☐ ☐
Estudios cardíacos	☐ ☐
Estudios pulmonares	☐ ☐
Rayos X / reportes de imágenes diagnósticas	☐ ☐
Expediente completo	☐ ☐
Otro:	☐ ☐

Entiendo que mi expediente médico puede contener reportes, resultados y notas que solo un médico puede interpretar, y que no debo contactar a mi médico sobre anotaciones en mi expediente para evitar malentendidos. No haré responsable a BIMGA por malas interpretaciones por no consultar a mi médico. Mi expediente puede incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud mental o conductual, o tratamiento por abuso de alcohol y drogas. **Derecho a revocar:** Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento; no aplicará a información ya divulgada. **Otros derechos:** Puedo revisar u obtener copia de la información usada o divulgada. **Vencimiento:** Iniciales aquí: _____ y certifico que esta autorización será válida indefinidamente a menos que yo la revoque por escrito. Entiendo que si decido no poner mis iniciales aquí, esta autorización vencerá en seis meses.

_____ _____

Firma del paciente o representante legal | Fecha

_____ _____

Nombre del paciente en letra de molde | Si firma un representante, parentesco con el paciente

ACUERDO DE MEDICAMENTOS DEL PACIENTE

Debido a las regulaciones de la DEA, se seguirán estrictamente las siguientes pautas para todos los pacientes que tomen medicamentos controlados de cualquier tipo:

- Se hará una prueba de drogas en orina por lo menos dos veces al año.
- Los pacientes pueden elegir UNA farmacia para sus medicamentos controlados, que se anotará abajo. Si necesita cambiar de farmacia, es responsabilidad del paciente avisar a nuestra oficina a tiempo y actualizar la información de la farmacia en este formulario.
- Los pacientes DEBEN ser vistos por un proveedor (NP, PA o médico) CADA TRES MESES.
- Los pacientes DEBEN ser vistos por el médico por lo menos una vez al año para seguir recibiendo resurtidos de medicamentos controlados. Si un paciente cancela o no se presenta a una cita de seguimiento, no se resurtirá el medicamento controlado hasta que el paciente sea visto.
- Se espera que los pacientes programen sus citas de seguimiento antes de salir de nuestra oficina. No habrá citas sin programar para resurtir medicamentos controlados; es responsabilidad del paciente programar el seguimiento de 3 meses.
- Los medicamentos controlados se resurtirán cada 30 días. Comuníquese con nuestra oficina dentro de las 24 horas de su fecha de resurtido (a menos que la fecha caiga en domingo).

Lamentamos cualquier inconveniente que esto pueda causar. Como clínica, debemos cumplir con las regulaciones de la DEA, especialmente sobre medicamentos controlados. Si tiene alguna pregunta o inquietud, con gusto la hablamos en su cita.

Acepto usar la farmacia _____ ubicada en _____, para surtir todos mis medicamentos controlados.

Entiendo que mi médico y la farmacia cooperarán plenamente con cualquier agencia del orden público municipal, estatal o federal, o junta reguladora, en la investigación de cualquier posible mal uso, venta u otro desvío de mi(s) medicamento(s) controlado(s). Autorizo que se entregue este Acuerdo a mi farmacia y acepto renunciar a cualquier derecho aplicable a la privacidad o confidencialidad respecto a estas autorizaciones.

Acepto tomar mi medicamento sin exceder la dosis recetada. No intentaré obtener medicamentos controlados de otros médicos.

No compartiré, venderé ni intercambiaré mis medicamentos con nadie. No usaré ningún medicamento controlado ilegal. Protegeré mis medicamentos contra pérdida o robo; los medicamentos perdidos o robados NO serán repuestos.

Acepto seguir estas pautas, que me han sido explicadas por completo. Todas mis preguntas e inquietudes sobre el tratamiento han sido respondidas adecuadamente. Se me entregará una copia de este documento.

ESTE ACUERDO SE FIRMÓ EL (FECHA): _____

_____ Firma del paciente

_____ Nombre del paciente (letra de molde)

AUTORIZACIÓN PARA HABLAR SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA

HIPAA

Yo, _____ (nombre del paciente), doy permiso a Beaumont Internal Medicine & Geriatric Associates para hablar sobre mi información médica con las siguientes personas:

Nombre	Teléfono	Correo	Parentesco

Opciones de parentesco: Cónyuge • Padre/Madre • Hijo(a) • Nieto(a) • Cuidador(a) • Amigo(a) • Poder Notarial/Tutor • Otro

Firma del paciente _____ Fecha _____

Acuerdo de Consentimiento del Paciente para Servicios de Cuidado Crónico

Medicare ofrece un beneficio para pacientes con varias enfermedades crónicas. Al aceptar este Acuerdo, usted designa a su proveedor para brindarle servicios de manejo de cuidado crónico (CCM) según la norma aplicable.

Solo los pacientes con más de una afección crónica califican para este beneficio, y su proveedor se compromete a no facturar a Medicare por este servicio si usted no tiene más de una afección crónica. Medicare define una afección crónica como aquella que se espera que dure por lo menos 12 meses y que aumenta el riesgo de muerte, de empeoramiento agudo de la enfermedad o de pérdida de funciones.

Como parte de este beneficio, su proveedor se compromete a ofrecerle los siguientes servicios:

- Acceso 24/7 a un proveedor de salud para atender sus necesidades agudas de cuidado crónico
- Uso de software de expediente electrónico (EHR) certificado para documentar su atención
- Una versión escrita o electrónica de su plan de cuidado
- Revisión y supervisión de medicamentos
- Ayuda para manejar las transiciones de cuidado de un proveedor a otro

En relación con este beneficio, su proveedor se compromete a facturar a Medicare solo una vez por cada ciclo de facturación de 30 días. Si usted revoca este Acuerdo, su proveedor le dará una confirmación por escrito de la revocación, indicando su fecha de vigencia.

PORTAL DEL PACIENTE Y COMUNICACIONES EN LÍNEA

Servicios de Cuidado Crónico — Términos del Consentimiento

Al firmar este Acuerdo, usted acepta los siguientes términos que exige Medicare:

- Usted da su consentimiento para que su proveedor le brinde servicios de CCM.
- Usted reconoce que solo un profesional puede brindarle servicios de CCM durante un periodo de 30 días.
- Usted autoriza la comunicación electrónica de su información médica con otros proveedores que lo atienden para coordinar su cuidado.
- Usted entiende que el monto de coseguro de Medicare aplica a los servicios de CCM.
- Puede suspender los servicios de CCM en cualquier momento revocando este Acuerdo, con efecto al final del periodo de 30 días en curso, notificando a nuestra clínica por escrito.

Firma | Nombre en letra de molde | Fecha

Consentimiento Informado de Comunicaciones en Línea — Portal del Paciente

CORREO ELECTRÓNICO SEGURO: _____ **NOMBRE DEL PACIENTE:** _____

FECHA DE NAC.: _____

Complete lo siguiente si el correo electrónico no pertenece al paciente. **Nota: el portal no está disponible para pacientes de 13 a 18 años.**

NOMBRE DEL PADRE/MADRE / TUTOR QUE SOLICITA ACCESO: _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

NUESTRO SITIO WEB
www.bimga.com

PORTAL DEL PACIENTE
https://health.healow.com/bimga

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos de las comunicaciones en línea entre mi médico y yo, y acepto las condiciones aquí descritas. Acepto seguir las instrucciones aquí establecidas, así como cualquier otra instrucción que mi médico indique para comunicarnos en línea. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas, y he tomado la iniciativa de preguntar sobre este acuerdo de consentimiento. Todas mis preguntas han sido respondidas, y entiendo y estoy de acuerdo con la información proporcionada.

Firma del paciente / padre o madre / tutor | Fecha

VISITAS PREVENTIVAS ANUALES

Cuando viene a su visita preventiva anual, a su compañía de seguro se le facturará un **EXAMEN PREVENTIVO,** el cual la mayoría de los seguros cubren al 100%. Durante su **EXAMEN PREVENTIVO,** si se hablan otros problemas con el proveedor — como presión arterial alta, colesterol, diabetes o cualquier otra enfermedad — a su compañía de seguro también se le facturará una **CONSULTA REGULAR,** que podría aplicarse a su copago o deducible. Estos procedimientos de facturación no los dicta esta oficina, sino las agencias del gobierno que establecen la codificación correcta. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro departamento de facturación.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

AVISO Y CONSENTIMIENTO SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

Nuestra oficina usa un sistema de documentación ambiental con inteligencia artificial (IA) (Sunoh.ai) para ayudar a documentar su visita. Este sistema de software de voz graba y transcribe de forma segura la conversación entre el paciente y el proveedor. Su privacidad está protegida y el sistema cumple con HIPAA. Las grabaciones se transcriben directamente a su expediente y no forman parte del internet público. Solo Beaumont Internal Medicine & Geriatric Associates (BIMGA) tiene acceso a estos registros.

Con sus iniciales aquí, usted acepta el uso de IA por parte de su proveedor:

INICIALES DEL PACIENTE: _____

RECONOCIMIENTO

He leído y entiendo este aviso sobre el uso de documentación asistida por IA durante mi visita. Entiendo que puedo hacerle preguntas a mi proveedor sobre esta tecnología, o rechazar su uso, en cualquier momento.

Nombre impreso del paciente o representante	Firma del paciente o representante personal	Fecha

CÓMO DEVOLVER SU PAPELEO

ELIJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

CORREO ELECTRÓNICO
newpatient@bimga.com

FAX
409-898-2592

ENTREGA EN PERSONA
755 N. 11th St., Suite P-5200, Beaumont, TX 77702

CORREO POSTAL
755 N. 11th St., Suite P-5200, Beaumont, TX 77702

CUANDO RECIBAMOS SU PAPELEO, UN COORDINADOR DE NUEVOS PACIENTES:

- Revisará su papeleo
- Verificará su seguro
- Enviará su información al médico para revisión
- Creará su expediente
- Le llamará para programar una cita

PARA UN PROCESO RÁPIDO Y SIN CONTRATIEMPOS:

- Llene todo el papeleo
- Incluya la información de su seguro (tarjetas, si es posible)
- Cambie su proveedor de atención primaria con su compañía de seguro — en planes HMO, esto debe hacerse antes de poder programar una cita

BIMGA

BEAUMONT INTERNAL MEDICINE
& GERIATRIC ASSOCIATES

¡GRACIAS!

SI TIENE PREGUNTAS, ESCRIBA A

newpatient@bimga.com