

Información del paciente Por favor escriba claramente

Nombre del paciente, apellido	Seguridad Social #	Sexo Masculino Hembra	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	código postal
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono alternativo	otra

Información del niño / menor

Madre Nombre, apellido	Teléfono de casa	Teléfono móvil	Seguridad Social #
Dirección (si es diferente)	Ciudad	Estado	código postal
Nombre del empleador	Dirección del empleado		Teléfono del empleador
Padre Nombre, apellido	Teléfono de casa	Teléfono móvil	Seguridad Social #
Dirección (si es diferente)	Ciudad	Estado	código postal
Nombre del empleador	Dirección del empleado		Teléfono del empleador

Insurance Information

Compañía de seguros primaria	Teléfono de servicio al cliente	Nombre del titular de la póliza y fecha de nacimiento
Identificación de miembro #	Grupo #	

Compañía de seguros secundaria	Teléfono de servicio al cliente	Nombre del titular de la póliza y fecha de nacimiento
Identificación de miembro #	Grupo #	

Contacto de emergencia (otro entonces arriba)

Nombre primero Segundo	Teléfono	Relación
------------------------	----------	----------

Firma	Relación con el paciente	Fecha
-------	--------------------------	-------

Como cortesía, nuestra oficina presentará un reclamo a su compañía de seguros si se proporciona alguno. EL PAGO DE ESTA CUENTA SIGUE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE (TUTOR / PADRE SI EL PACIENTE ES NIÑO / MENOR).

Autorizo que toda la información proporcionada anteriormente sea correcta y precisa. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de beneficios médicos a Harry Hernández D.O.

ALAMO OSTEOPATHIC

PHYSICIANS AND SURGEONS

Farmacia Información

❖ Farmacia Nombre: _____

❖ Direccion: _____

❖ Telefono: _____

❖ Fax: _____

ALAMO OSTEOPATHIC

PHYSICIANS AND SURGEONS

NOTE REGARDING YOUR MEDICATIONS—

While you are here for your appointment, do not forget to ask to **refill your prescriptions.**

You do not have to call our office for refills unless you are on a narcotic medication, in which case you must be seen on a monthly basis. If you forget to ask the doctor (or physician assistant or nurse practitioner) for your medication while you are here for your appointment, please call your pharmacy first to see if you have any refills left. If you do not have any refills left, you may need to make an appointment; ask the receptionist and/or office staff. You can contact your pharmacy and they can now email the refills you need.

If you have any questions regarding a medication refill, please understand that all telephone calls concerning medication refills are handled at the end of each working day. All calls are handled in the order they are received, and this includes all refill requests.

Respectfully,
Alamo Osteopathic Compliance Officer

INFORMACION RESPECTO SUS MEDICAMENTOS—

Mientras está aquí para su cita, no se le olvide pedir que **vuelva a surtir su receta.**

No tiene que llamar a nuestra oficina para recargas de su medicamento al menos que sea medicamento narcótico. Si usted usa medicamento narcótico entonces debe acudir con el médico mensualmente. Si se le olvida pedir su medicamento mientras está aquí para su cita, le puede llamar a la farmacia primero para ver si le quedan algunas recargas. Si no le quedan recargas luego puedo hacer otra cita; pregúntele a la recepcionista u otros asistentes en la oficina. Usted puede contactar su farmacia, la cual puede mandar pedir repuestos por email.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con la recarga de un medicamento favor comprenda que todas llamadas telefónicas sobre recargas se manejan al final de cada día. Además, todas las llamadas se manejan en el orden que son recibidas, así como cualquier solicitud de recarga.

Atentamente,
Oficial de Cumplimiento de Alamo Osteopathic

ALAMO OSTEOPATHIC

PHYSICIANS AND SURGEONS

PATIENT INFORMATION

1. You **MUST** bring all current insurance cards to every office visit.
 - a. We can accept temporary Medicaid cards from the DHS office.
2. **All co-pays and deductible are due at the time of service.**
3. There is limited access for post-dated credit card payments—no more than 60 days old.
4. If you have a balance or have signed a payment contract, monthly payments **must be made before you are seen.** If medical attention required is deemed an emergency you will be referred to a local emergency room or community health clinic.
5. **Do not let your medication run out.** Any refill requests will be taken care of within one working week.
6. If you are on **maintenance medication** (i.e. blood pressure medicine, diabetes medicine) you will need to be seen **every three months** unless other arrangements have been made.
7. For all **controlled substance medication**, you will need to be seen every month. No exceptions. A narcotic contract must also be signed.

Patient Signature: _____

Date: _____

INFORMACION PARA EL PACIENTE

1. Se **REQUIERE** que traiga su credencial de su seguro en **CADA VISITA.**
 - a. Podemos aceptar credenciales temporarias de Medicaid, las cuales son de la oficina de DHS.
2. **Todos co-pays y deducibles se tienen que pagar el mismo día que recibe servicio.**
3. Hay acceso limitado para pagares con tarjeta de crédito con fecha diferente a la fecha del servicio recibido. No pueden ser más de 60 días.
4. Si tiene un balance o si ha firmado un contrato de pagares, los pagos mensuales **se tienen que recibir antes de recibir servicio.** Si la atención médica que Ud. requiere es urgente será referido a un lugar de Urgencias o a un hospital local.
5. **No deje que se le acabe su medicamento.** Cuando necesite volver a surtir su medicamento lo haremos dentro de una semana cuando Ud. lo pida.
6. Si usted toma medicamento de rutina (por ejemplo para alta presión o para diabetes) tiene que acudir para una cita médica **cada tres meses** al menos que Ud. haga otro acuerdo con su médico.
7. **Para todo medicamento que es sustancia controlada, tiene que acudir a una cita médica cada mes.** No hay excepciones. Además, un acuerdo de narcóticos tiene que ser firmado.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

ALAMO OSTEOPATHIC

PHYSICIANS AND SURGEONS

Consentimiento informado de telemedicina

Los servicios de telemedicina implican el uso de equipos y dispositivos de videoconferencia interactivos seguros que permiten a los proveedores de atención médica brindar servicios de atención médica a pacientes cuando se encuentran en diferentes lugares.

1. Entiendo que se aplica el mismo estándar de atención a una visita de telemedicina que a una visita en persona.
2. Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento para cualquier persona que no sea mi proveedor de atención médica presente en la sala.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales al usar la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la interceptación y las dificultades técnicas.
 - a. Si se determina que el equipo de videoconferencia y / o la conexión no son adecuados, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar la visita.
4. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en una visita de telemedicina, y que mi negativa quedará documentada en mi expediente médico. También entiendo que mi negativa no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro..
 - a. Puedo revocar mi derecho en cualquier momento comunicándome con Alamo Osteopathic Physicians & Surgeons.
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de telemedicina.
6. Entiendo que mi información de atención médica se puede compartir con otras personas con fines de programación y facturación..
 - a. Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para revisión / auditoría de calidad.
 - b. Entiendo que seré responsable de los gastos de mi bolsillo, como copagos o coseguros, que se apliquen a mi visita de telemedicina.
 - c. Entiendo que las políticas de pago del plan de salud para las visitas de telemedicina pueden ser diferentes de las políticas para las visitas en persona.
7. Entiendo que este documento pasará a formar parte de mi expediente médico.

Al firmar este formulario, doy fe de que (1) he leído personalmente este formulario (o me lo han explicado) y entiendo completamente y estoy de acuerdo con su contenido; (2) me han respondido mis preguntas de manera satisfactoria y los riesgos, beneficios y alternativas a las visitas de telemedicina se me han compartido en un idioma que entiendo; y (3) estoy ubicado en el estado de Texas y estaré en Texas durante mi (s) visita (s) de telemedicina.

Nombre impreso del paciente / padre / tutor

Firma del paciente / padre / tutor

Firma de testigo

Fecha

ALAMO OSTEOPATHIC

PHYSICIANS AND SURGEONS

CONSENTIMIENTO GENERAL Y DIVULGACION

La información en este consentimiento es proveído para que usted sea mejor informado sobre los servicios de salud que recibirá. Después de haber entendido la información sobre los servicios proveídos por Alamo Osteopathic Physicians & Surgeons favor de firmar al final de este documento.

CONSENTIMIENTO GENERAL

Yo doy consentimiento al Doctor, su personal designado, y otro personal médico que proveen servicio(s) bajo el Doctor, el cual tiene autorización para realizar un examen médico, realizar análisis de laboratorio y/u otros estudios, dar inyecciones, medicamentos, y/u otro tratamiento, y brindar otros servicios de salud al paciente identificado en este documento.

ALMACENAMIENTO DE EXPEDIENTE MÉDICO

Entiendo que todo expediente médico será almacenado firmemente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Además del consentimiento general ya descrito, además entiendo que documentos de consentimiento informado especiales deber ser leídos y firmados para cualquier procedimiento específico que será realizado.

AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION

Por la presente autorizo al Doctor que brinda información profesional la cual será necesaria para completar información al seguro sobre los servicios de salud que recibo. Esta información será del expediente médico que resultará de los servicios brindados y por la presente libero esta organización de responsabilidad legal que pueda surgir de la información solicitada.

AUTORIZACION DE BENEFICIOS DEL SEGURO

En consideración de los servicios brindadas, por la presente asigno irrevocablemente la transferencia al Doctor de todos los derechos, títulos, e interés de todos beneficios pagaderos a mí para los servicios descritos en este documento como ya mencionados el la póliza de seguro médico. Estoy de acuerdo que pagaré en el consultorio todos los cobros que sobresalen lo que la compañía de seguro médico pague. Si resulta que la cuenta se mande a un abogado para colección, el que firme este documento pagará el costo del abogado y el costo de coleccionar para la cuenta. Además, el que firme este documento asigna todo derecho a pago necesario para pagar todos los servicios médicos y/o quirúrgicos anotados en la póliza del seguro médico hacia el médico, radiólogo, patólogo, et cetera.

PREGUNTAS

Yo certifico que este documento me ha sido explicado, que toda línea en blanco tiene que ser llenada, y cualquier pregunta que tenga sobre los servicios ha sido contestada a mi satisfacción.

Usted tiene un Directivo Avanzado (Testamento Vital) o Poder Notarial Duradero?

Si _____ No _____

Gusta más información sobre el Directivo Avanzado?

Si _____ No _____

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Firma del paciente: _____

Persona autorizada para el consentimiento y relación personal con el paciente (letra molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

ALAMO OSTEOPATHIC

PHYSICIANS AND SURGEONS

Aviso de HIPAA de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe como su información médica se puede usar y puede ser revelada, y como usted puede obtener acceso a esta información. Favor de revisar este aviso detenidamente.

Este aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo podemos usar y poder revelar su información Protegida de Salud (PHI en inglés) para llevarse a cabo el tratamiento, el pago, o las operaciones del cuidado de la salud (TPO en inglés), y para otros propósitos que se permiten o se requieren por la ley. Describe también sus derechos de conseguir acceso y para controlar su información protegida de salud. "Información Protegida de Salud" es información acerca de usted, incluyendo información demográfica, que le puede identificar y que se relacione a su condición física mental o servicios de salud relacionados del pasado, presente, o futuro.

Los usos y las revelaciones de Información Protegida de Salud

Su información protegida de salud se puede usar y puede ser revelada por su médico, nuestro personal de la salud, y de otros al exterior de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar los servicios del cuidado de su salud, para pagar sus cuentas de los cuidados médicos, para sostener la operación de la clínica del médico, o cualquier otro uso requerido por la ley.

El tratamiento: Usaremos y revelaremos su información protegida de salud para proporcionar, coordinar, o para manejar el cuidado de su salud y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración del cuidado de su salud con terceros. Por ejemplo, nosotros revelaremos su información protegida de salud, si es necesario, a una agencia de salud que le proporcionara sus cuidados. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

El pago: Su información protegida de salud se usará cómo y cuando sea necesario, para obtener el pago para sus servicios del cuidado de la salud. Por ejemplo, obteniendo aprobación para internarlo al hospital puede requerir que su información protegida de salud sea revelada a su seguridad a fin de tener la aprobación necesaria.

Las Operaciones del Cuidado de la Salud

Podemos usar o revelar, como sea necesario, su información protegida de salud para sostener las actividades de la clínica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, actividades de la evaluación de calidad, revisas del empleado, instrucción de estudiantes médicos, asegurando licencias necesarias, y de conducir o arreglar otras actividades negóciales. Por ejemplo, podemos revelar su información protegida de salud a los estudiantes médicos que podrán atender pacientes en nuestra clínica. También puede ser que usemos una lista de registro en el cuarto de recepción donde le pidamos que firme su nombre e indique el nombre de su médico. Podemos llamarle por nombre cuando ya esté listo el médico. Podemos usar o revelar su información protegida de salud, cuando sea necesaria, para recordarle de su próxima cita.

Podemos usar o revelar su información protegida de salud en las siguientes situaciones sin su autorización, incluyendo: Cuando se requiere por ley, Salud Pública cuando requerido por ley, Enfermedades Comunicables, Sobre cuidado de Salud, abuso o descuido, requisitos de la oficina de la comida y droga, procedimientos legales, policía, Juez fiscal, Directores Funerarias, donaciones de órganos, investigaciones, actividades criminales, actividades militares y de seguridad nacional, compensación de trabajadores encarcelados, usos y revelaciones requeridos. Bajo la ley, tenemos que revelarle o cuando requerido por el departamento de salud y servicios humanos a investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la Sección 164.500.

ALAMO OSTEOPATHIC

PHYSICIANS AND SURGEONS

Otros Usos y Revelaciones Requeridos Permitidos

Se harán solo con su consentimiento, autorización, o oportunidad de oponerse a menos que sea requerido por ley.

Usted puede revocar esta autorización cuando quiera, por escrito, excepto a la amplitud que su médico o su oficina ha puesto en acción el uso o revelación indicado en su autorización.

Sus derechos

Lo siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información protegida de salud.

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información protegida de salud. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede pedir que no usemos o revelemos cualquier parte de su información protegida de salud para el propósito del tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. También puede pedir que no revelemos cualquier parte de su información protegida de salud a su familia o amigos involucrados en su tratamiento, o información usada para propósitos de notificación como descrito en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su pedido debe indicar la restricción específica requerida y a quien quiere que aplique la restricción.

Su médico no tiene que estar de acuerdo con la restricción que usted requiere. Si su médico cree que por razones de su bienestar el debe de usar y revelar su información protegida de salud, su información protegida de salud no estará restringida. En este caso usted tiene el derecho de buscar otro médico.

Usted tiene el derecho de requerir nuestras comunicaciones confidenciales por otros medios o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia de esta información por escrito, si usted lo pide, aunque usted esté de acuerdo en recibir esta noticia alternativamente, o sea electrónicamente.

Usted tiene el derecho de que su médico enmienda su información protegida de salud. Si negamos su requerimiento para enmendar su información, usted tiene el derecho de presentar su desacuerdo por escrito con nosotros. Nosotros podemos preparar una refutación a su desacuerdo. Le daremos una copia de cualquier refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho de su información protegida de salud. Reservamos el derecho de cambiar los términos de esta noticia, de lo cual le informaremos por escrito. En seguida usted tiene el derecho de oponerse o retirarse como proporcionado en esta noticia.

Quejas. Usted puede quejarse con nosotros o con el departamento de salud y servicios humanos si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Nosotros **no talionaremos contra usted si es que se queja.**

Esta noticia ha sido publicada y tomo efecto el día 14 de abril, 2003.

Estamos requeridos por ley a mantener la privacidad con respecto a la información protegida de salud. Si usted tiene alguna objeción en cuanto a este Aviso, por favor hable con nuestro Oficial de HIPAA en persona o por teléfono en nuestro numero principal.

Esta firma es para confirmar nada más que usted ha recibido este Aviso de Practicas de Privacidad.

Nombre (bloqueo): _____

Firma: _____

Fecha: _____

ALAMO OSTEOPATHIC

PHYSICIANS AND SURGEONS

PATIENT INFORMATION / INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Patient Name (Nombre): _____

Please select the correct response (Favor de seleccionar la respuesta adecuada):

- Race (Raza):
- 1- American Indian or Alaska Native (Indio Americano o Nativo de Alaska)
 - 2- Asian (Asiático)
 - 3- Black or African-American (Negro o Africano-Americano)
 - 4- White (Blanco)
 - 5- Hispanic (Hispano)
 - 6- Native Hawaiian or other Pacific Islander (Hawaiano Nativo u otro Nativo de las Islas Pacificas)
 - 7- Other (Otro)

- Ethnicity (Etnicidad):
- 1- Hispanic (Hispano)
 - 2- Non-Hispanic (No Hispano)
 - 3- Unknown (Desconocido)

Language (Idioma): _____

ALAMO OSTEOPATHIC PHYSICIANS AND SURGEONS

HISTORIA MEDICA, FAMILIAR, Y SOCIAL

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

MEDICAMENTOS DIARIOS	RAZON	HISTORIA FAMILIAR
----------------------	-------	-------------------

Usted o algun familiar ha tenido alguno de lo siguiente:

	Relacion	
_____	Anemia	si no _____
_____	Tendencia a sangrar	si no _____
_____	Infecciones frecuentes	si no _____
_____	Infarto de corazon/angina	si no _____
_____	Enf. cronica del pulmon	si no _____
_____	Tuberculosis	si no _____
_____	Alta presion arterial	si no _____
_____	Asma	si no _____
_____	Alergias severas	si no _____
_____	Enf. mental o emocional	si no _____
_____	Convulsiones	si no _____
_____	Migranas	si no _____
_____	Diabetes	si no _____
_____	Gota	si no _____
_____	Obesidad	si no _____
_____	Ulceras	si no _____
_____	Diarrea cronica	si no _____
_____	Cancer/Leucemia	si no _____
_____	Problema con alcohol/drogas	si no _____
_____	Violencia familiar/abuso	si no _____

Practitioner's Notes

HISTORIA PERSONAL

Alguna vez ha tenido?		Año	Cirugias		Año	Enf. cronica del pulmon
Sarampion(measles)	si no	_____	Anginas o adenoides	si no	_____	Tuberculosis
Paperas(mumps)	si no	_____	Apendice	si no	_____	Alta presion arterial
Pertusis(whooping cough)	si no	_____	Vesicula	si no	_____	Asma
Polio	si no	_____	Estomago	si no	_____	Alergias severas
Difteria	si no	_____	Senos	si no	_____	Enf. mental o emocional
Meningitis	si no	_____	Matriz/ovarios	si no	_____	Convulsiones
Febre del valle	si no	_____	Prostata	si no	_____	Migranas
Malaria	si no	_____	Hernia	si no	_____	Diabetes
Urticaria	si no	_____	Tiroides	si no	_____	Gota
Cancer	si no	_____	Venas varicosas	si no	_____	Obesidad
Enf. transmision sexual	si no	_____	Hemorroides	si no	_____	Ulceras
Artritis	si no	_____	Cadera	si no	_____	Diarrea cronica
Fiebre reumatica	si no	_____	Rodilla	si no	_____	Cancer/Leucemia
Insuficiencia cardiaca	si no	_____	Otros _____			Problema con alcohol/drogas
Transfucion de sangre	si no	_____				Violencia familiar/abuso
Hepatitis	si no	_____				Presente edad y salud (excelente, buena, mal)
Enfermedad renal	si no	_____				O fecha y causa de fallecimiento

	HERIDAS	AÑO	Padre
_____	Cabeza	si no _____	Madre
_____	Pecho	si no _____	Hermano(s)
_____	Abdomen	si no _____	
_____	Fracturas/Huesos	si no _____	
_____	Espalda	si no _____	Esposo/a
_____	Otras		Hijos

ALERGIAS	AÑO	VACUNAS	AÑO	
Tetano	si no _____	Influenza	si no _____	
Penicilina	si no _____	Pneumococco	si no _____	HISTORIA SOCIAL #2
Sulfa	si no _____	Tetano	si no _____	En una semana normal hago ejercicio/trabajo _____ horas
Otras _____		Hepatitis B	si no _____	Cumplo con una dieta saludable:

GINE/OBSTETRICIA	AÑO	
Embarazos # _____		Nunca A veces Seguido Siempre
Aborto espontaneo # _____		Mi religion es:
Abortos # _____		Nunca A veces Muy importante vital
Primera menstruacion: _____		Mi preferencia sexual es:
Ultima Menstruacion: _____		heterosexual homosexual(gay/lesbian) bisexual genero trans

PROBEDIO POR DIA Y/O SEMANA (ESPECIFICAR)

HISTORIA SOCIAL #1	
Lugar de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____
Religion: _____	Estado civil: _____
Empleo: _____	Alcohol- tipo _____
	Cigarrillo- tipo _____
	Te o cafe- tipo _____
	Otros- tipo _____

Tiene Ud. su testamento vital? si no

ALAMO OSTEOPATHIC

PHYSICIANS AND SURGEONS

AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____
Date: _____ DOB: _____ Last 4 of SSN: _____

SECTION I: I, the undersigned patient, hereby authorize the use of disclosure of information from my medical record. I authorize the following individual or organization to disclose the above-named individual's health information:

Telephone Number: _____ Fax Number: _____

This information may be disclosed/released to and used by Alamo Osteopathic Physicians & Surgeons for the following purpose: at the request of the individual; or continuity of care.

Please release the following records:

_____ History & Physical Exam	_____ X-ray/Imaging Result(s)	_____ Problem List
_____ Laboratory Result(s)	_____ Progress Notes	_____ EKG reports
_____ Medication List	_____ Immunization Record	

Signature of Patient/Legal Representative **Date**

SECTION II: I understand that the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services and treatment of alcohol or drug abuse.

_____ **Yes, I consent** _____ **No, I do NOT consent**

SECTION III: *Complete the following ONLY if information is to be released directly to the patient.*****

I understand that my medical record may contain reports, test results, and notes that only a physician can interpret. I understand and have been advised that I should contact a physician regarding the entries made in my medical record to prevent my misunderstanding of the information contained in these entries. I will not hold Alamo Osteopathic Physicians & Surgeons liable for any misinterpretation of the information in my medical record as a result of not consulting my physician for the correct interpretation.

Signature of Patient/Legal Representative **Date**

For office use only: Date request completed: _____ Number of pages copied: _____
Charges: \$ _____ (CASH / CHECK / CREDIT CARD)

1339 Fair Ave SA, TX 78223 (210) 533-3864 Fax 534-8444	12650 Nacogdoches SA, TX 78217 (210) 656-4363 Fax 599-1251	9418 Guilbeau SA, TX 78250 (210) 798-7765 Fax 798-7767	5975 FM 78, Ste 300 SA, TX 78244 (210) 662-0076 Fax 662-0788	900 Oblate SA, TX 78216 (210) 314-4055 Fax 396-7021	705 W. Kirk Pl SA, TX 78226 (210) 225-2200 Fax 225-1630
-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

ALAMO OSTEOPATHIC

PHYSICIANS AND SURGEONS

CUESTIONARIO DE SELECCIÓN COVID-19

La seguridad de nuestros pacientes y personal es nuestra prioridad primordial. A medida que continúa la pandemia de coronavirus (COVID-19), estamos monitoreando de cerca la situación y siguiendo la orientación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y las autoridades sanitarias locales. Con el fin de prevenir la propagación del coronavirus y reducir el riesgo potencial de exposición a nuestros pacientes y personal, estamos pidiendo a todos que completen y presenten este cuestionario.

Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas con sinceridad y lo mejor que pueda. Su participación es importante para ayudarnos a tomar medidas de precaución para protegerlo a usted y a nuestros empleados.

Nombre de paciente:

Fecha de nacimiento:

Nombre del invitado acompañante (Si tienes uno):

Representations

- | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | ¿Está experimentando actualmente, o ha experimentado, en la última semana, alguno de los siguientes síntomas?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fiebre (100,4o F/37,8oC o superior medido por un termómetro oral)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar o dificultad para respirar
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor de garganta
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nueva pérdida del gusto u olfato
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resfriado
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o musculares
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Náuseas, diarrea, vómitos |
| 2. | En la semana pasada, ¿Ha estado muy cerca de alguien que esté experimentando alguno de los síntomas anteriores o ha experimentado alguno de los síntomas anteriores desde su último contacto?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. | En la semana pasada, ¿Ha estado cerca de alguien que haya dado positivo en COVID-19?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. | En la semana pasada, ¿Se le ha hecho la prueba de COVID-19 y está esperando recibir los resultados de la prueba?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

GIRE PARA COMPLETAR EL LADO TRASERO

ALAMO OSTEOPATHIC

PHYSICIANS AND SURGEONS

5.	En la semana pasada ¿Actualmente es positivo para COVID-19 según la evaluación de su proveedor de atención médica o sus síntomas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.	En la semana pasada , ¿Ha estado en un vuelo comercial o viajado fuera de los Estados Unidos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7.	En la semana pasada , ¿Ha estado cerca de alguien que haya estado en un vuelo comercial o viajado fuera de los Estados Unidos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Certificación

Por la presente certifico que las respuestas proporcionadas anteriormente son verdaderas y precisas según mi leal saber y entender.

Firma: _____

Fecha: _____

Nota: La información recopilada en este formulario se utilizará para determinar solo si puede estar infectado con COVID-19. La información de este formulario se mantendrá confidencial. Cualquier pregunta debe dirigirse a su gerente o su representante de recursos humanos.