



Kingwood
2627 Chestnut Ridge Road, Suite 100
Kingwood, Texas 77339

Livingston
400 Bypass Lane, Suite 110
Livingston, Texas 77351

Liberty
720 Travis Street
Liberty, Texas 77351

Houston Northwest
800 Peakwood, Suite 6C
Houston, Texas 77090

Phone 281-358-1950 • Fax 281-358-1923 • www.tcahouston.com

INFORMACIÓN DE PACIENTE	Apellido: _____ Nombre: _____ Medio Nombre: _____
	# de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ___ M ___ F
	Estado Civil: ___ Casado ___ Soltero ___ Divorciado ___ Viudo ___ Separado Lugar de Nacimiento: _____
	Raza: ___ Negarse ___ Blanco ___ Negro/ Africano Americano ___ Nativo Hawaiano ___ Asiático ___ Indio Americano/ Nativo de Alaska ___ Otra Isla Pacifica ___ Más de 2 razas
	Lenguaje Preferido: ___ Inglés ___ Español ___ Otro: _____
	Dirección: _____
	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
	Correo Electrónico: _____ Lic. de Manejar: _____
	Medico Referente: _____ Médico de Atención Primaria: _____
	# de Casa: _____ # de Celular: _____ # de Trabajo: _____
ASEGURANZA PRIMARIA	Nombre de Empleador: _____ # de Empleador: _____
	¿Cuál es el mejor número para contactarlo? ___ Casa ___ Celular ___ Trabajo
	¿Podemos contactarlo por correo electrónico? ___ Sí ___ No ¿Podemos contactarlo en el trabajo? ___ Sí ___ No
	Aseguranza Primaria: _____ # de Teléfono de Aseguranza: _____
	Apellido de Asegurando: _____ Nombre de Asegurando: _____ Medio Nombre: _____
	# de Seguro Social de Asegurando: _____ Fecha de Nacimiento de Asegurando: _____ Sexo: ___ M ___ F
	# de Póliza: _____ # de Grupo: _____
	Relación al Paciente: _____ Empleador de Asegurando: _____ # de Empleador: _____
	****Por favor ponga sus iniciales aquí si usted no tiene aseguranza secundaria ****
	ASEGURANZA SECUNDARIA
Apellido de Asegurando: _____ Nombre de Asegurando: _____ Medio Nombre: _____	
# de Seguro Social de Asegurando: _____ Fecha de Nacimiento de Asegurando: _____ Sexo: ___ M ___ F	
# de Póliza: _____ # de Grupo: _____	
Relación al Paciente: _____ Empleador de Asegurando: _____ # de Empleador: _____	



DIAGNOSIS • INTERVENTION • VEIN CARE

Kingwood
2627 Chestnut Ridge Road, Suite 100
Kingwood, Texas 77339

Livingston
400 Bypass Lane, Suite 110
Livingston, Texas 77351

Liberty
720 Travis Street
Liberty, Texas 77351

Houston Northwest
800 Peakwood, Suite 6C
Houston, Texas 77090

Phone 281-358-1950 • Fax 281-358-1923 • www.tcahouston.com

Nombre de Paciente: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO FARMACIA & EMERGENCIA	Nombre de Farmacia: _____ Teléfono de Farmacia: _____
	Dirección de Farmacia: _____
	Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____
	# de Casa: _____ # de Celular: _____ # de Trabajo: _____
	Nombre de un familiar que no vive con usted: _____ Relación: _____
	# de Casa: _____ # de Celular: _____ # de Trabajo: _____
POLÍTICA FINANCIERA	****Es la política de nuestra oficina informarle de nuestras políticas. Por favor revise e inicialé las dos secciones abajo****
	Pacientes con aseguranza: Usted es responsable por sus deducibles, copagos, coaseguranzas, servicios no cubiertos y cualquier servicio considerado "no medicamento necesario" por su compañía de aseguranza. Por favor pague por los copagos y coaseguranzas cuando los servicios sean brindados. El balance restante debe de ser pagado dentro de (1) un mes del aviso de su compañía de aseguranza. Balances no pagados pueden ser sujetos a colección de deuda por medio de una agencia de colección de afuera.
	Pacientes de Compensación al Trabajador: No aceptamos compensación al trabajador.
	Pacientes que pagan por si mismos: Pagos son pagados al momento del servicio.
	Pacientes de Medicare: Nuestra oficina someterá su reclamo a medicare y a su compañía de aseguranza secundaria. Usted es responsable de cualquier deducible, copago, coaseguranzas y servicios no cubiertos al momento del servicio.
	Referencias: Si su portador de aseguranza requiere una referencia de su médico de atención primaria/ PDS (punto de servicio) para tratamiento por un especialista, es su responsabilidad obtener la referencia. Fracasas en obtener una referencia puede resultar en reprogramar su cita hasta que la referencia sea recibida. Si usted desea obtener servicios sin una referencia, usted será requerido firmar una renuncia, cual contorna su responsabilidad financiera.
	Aceptamos efectivo, cheques, Visa, Discover y MasterCard. Si usted no puede hacer pago en cada visita, por favor notifique al personal de registración para hacer arreglos.
	<input type="text"/> Iniciales Aquí
ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/ LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN	Yo por lo presente autorizo y dirijo a mi portador de aseguranza, incluyendo Medicare, aseguranza privada y cualquier otro plan de salud/ medico, para procesar pago directamente a Texas Cardiology Associates of Houston y/o sus médicos. Yo entiendo que yo soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por mi aseguranza.
	Yo pro lo presente autorizo a Texas Cardiology Associates of Houston y/o sus médicos a: (1) liberar cualquier información necesaria a portadores de aseguranza acerca de mi enfermedad y tratamientos; (2) procesar reclamos de aseguranza generados en el curso de examinación o tratamiento; (3) permitir que una foto copia de mi firma puede ser usada para procesar reclamos de aseguranza; (4) ver detalles de plan de salud y de apelar reclamos por parte del paciente; y (5) facturar y recibir pagos directamente del portador de aseguranza. Esta orden permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.
	Yo he solicitado servicios de Texas Cardiology Associates of Houston y/o sus médicos por parte mía y/o mis dependientes, y entiendo que al hacer esta solicitud, Yo me hago financieramente responsable por cualquier y todos los cargos incurridos en el curso de tratamiento autorizado.
	También entiendo que cuotas son debidas y pagables en día que el servicio es brindado y estoy de acuerdo en pagar todos los dichos cargos incurridos por completo inmediatamente al ser presentados los estados de cuentas apropiados. Una fotocopia de esta asignación puede ser considerada tan válida como la original.
	<input type="text"/> Iniciales Aquí

Yo he leído y estoy de acuerdo a la Política Financiera y párrafos declarando arriba Asignación de Beneficios/ Liberación de Información que aplican a mí.

Firma de Paciente o Persona Responsable

Fecha

Imprimir Nombre (Si está firmando en Nombre de un Paciente)

Razón por cual el paciente no puede firmar

Relación al Paciente

Dirección

de Teléfono

Kingwood
2627 Chestnut Ridge Road, Suite 100
Kingwood, Texas 77339

Livingston
400 Bypass Lane, Suite 110
Livingston, Texas 77351

Liberty
720 Travis Street
Liberty, Texas 77351

Houston Northwest
800 Peakwood, Suite 6C
Houston, Texas 77090

Phone 281-358-1950 • Fax 281-358-1923 • www.tcahouston.com

CUESTIONARIO DE PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Cómo escucho de nuestra oficina? _____

¿Qué otros médicos ve usted? _____

¿Razón por su visita de hoy? _____

¿Ha tenido usted un EKG? ___ Sí ___ No. Si es así, ¿Dónde y hace cuánto tiempo? _____

Por favor lista todos los medicamentos, incluyendo

	dosis y	frecuencia:		dosis y	frecuencia:
1. _____			5. _____		
2. _____			6. _____		
3. _____			7. _____		
4. _____			8. _____		

¿Tiene alergias a látex, adhesivos, o medicamentos? ___ Sí ___ No. Si es así, por favor lista las alergias: _____

¿Ha sido diagnosticado con una condición médica? _____

¿Su padre vive? ___ Sí ___ No. Si es así, ¿Cuál es el estado de su salud? _____

Si es no, edad de muerte _____ y la causa de su muerte _____

¿Su madre vive? ___ Sí ___ No. Si es así, ¿Cuál es el estado de su salud? _____

Si es no, edad de muerte _____ y la causa de su muerte _____

¿Tiene hermanos? ___ Sí ___ No. Si es así, cuantos _____ y ¿Cuál es el estado de su salud? _____

¿Tiene hermanas? ___ Sí ___ No. Si es así, cuantos _____ y ¿Cuál es el estado de su salud? _____

¿Tiene hijos? ___ Sí ___ No. Si es así, cuantos _____ y ¿Cuál es el estado de su salud? _____

¿Usted bebe alcohol? ___ Sí ___ No. ___ Lo Dejo. Si es así, es Ocasional _____ Moderado _____ Mucho _____

¿Usted toma cafeína? ___ Sí ___ No. Si es así, es Café ___ Te ___ Soda. ___ ¿Servidas por día? _____

¿Usted ha usado tabaco? ___ Sí ___ No. ___ Lo Dejo. Si es así, con qué frecuencia _____, por cuanto _____, y que tipo _____. Si lo dejo, cuál era su edad _____ en que año lo dejo _____.

¿Qué son sus hábitos de ejercicio? Inactivo _____ Poco _____ Moderado _____ Bastante _____

Frecuencia & duración de ejercicio _____

¿Qué son sus hábitos de nutrición? Dieta bien balanceada ___ Dieta especial ___ Dieta mal balanceada ___ Vegetariano ___

¿Toma usted suplementarios dietéticos o multivitaminas? ___ Sí ___ No.

¿Cuál es su ocupación primaria? _____

Listar cualquier procedimiento quirúrgico: _____

Listar cualquier historial médico no listado arriba: _____

Kingwood
2627 Chestnut Ridge Road, Suite 100
Kingwood, Texas 77339

Livingston
400 Bypass Lane, Suite 110
Livingston, Texas 77351

Liberty
720 Travis Street
Liberty, Texas 77351

Houston Northwest
800 Peakwood, Suite 6C
Houston, Texas 77090

Phone 281-358-1950 • Fax 281-358-1923 • www.tcahouston.com

NOMBRE DE PACIENTE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

Historial Familiar

- Su Padre tiene historial de: Presión Arterial Alta Diabetes CAD Colesterol Alto
 Problemas del Corazón Ataques Cardiacos Pasados Arritmia Problemas de Pulmón Cáncer
- Su Madre tiene historial de: Presión Arterial Alta Diabetes CAD Colesterol Alto
 Problemas del Corazón Ataques Cardiacos Pasados Arritmia Problemas de Pulmón Cáncer
- Sus Hermanos/as tiene historial de: Presión Arterial Alta Diabetes CAD Colesterol Alto
 Problemas del Corazón Ataques Cardiacos Pasados Arritmia Problemas de Pulmón Cáncer
- Los Padres de su Padre tiene historial de: Presión Arterial Alta Diabetes CAD Colesterol Alto
 Problemas del Corazón Ataques Cardiacos Pasados Arritmia Problemas de Pulmón Cáncer
- Los Padres de su Madre tiene historial de: Presión Arterial Alta Diabetes CAD Colesterol Alto
 Problemas del Corazón Ataques Cardiacos Pasados Arritmia Problemas de Pulmón Cáncer
- Sus Tíos tiene historial de: Presión Arterial Alta Diabetes CAD Colesterol Alto
 Problemas del Corazón Ataques Cardiacos Pasados Arritmia Problemas de Pulmón Cáncer
- Sus Tías tienen historial de: Presión Arterial Alta Diabetes CAD Colesterol Alto
 Problemas del Corazón Ataques Cardiacos Pasados Arritmia Problemas de Pulmón Cáncer

Historial Médico Pasado

- | | | |
|--|--|--|
| Anemia <input type="radio"/> Si | Regurgitación Aórtica <input type="radio"/> Si | Estenosis Aortica <input type="radio"/> Si |
| Artritis <input type="radio"/> Si | Asma <input type="radio"/> Si | CAD Post stent <input type="radio"/> Si |
| Enfermedad Vasculiar Periférico <input type="radio"/> Si | Fibrilación Auricular <input type="radio"/> Si | Aleteo Auricular <input type="radio"/> Si |
| Enfermedad Intestinal <input type="radio"/> Si | Bronquitis, Crónico <input type="radio"/> Si | Arritmia Cardiaca <input type="radio"/> Si |
| Soplo Cardíaco <input type="radio"/> Si | Cardiomiopatía <input type="radio"/> Si | Estenosis de la Carótida <input type="radio"/> Si |
| Cataratas <input type="radio"/> Si | Cirrosis <input type="radio"/> Si | Insuficiencia Cardíaca Congestiva <input type="radio"/> Si |
| Enfermedad Arterial Coronaria <input type="radio"/> Si | COPD <input type="radio"/> Si | Trombosis Vena Profunda <input type="radio"/> Si |
| Diabetes mellitus <input type="radio"/> Si | Diverticulitis <input type="radio"/> Si | Enfisema <input type="radio"/> Si |
| Insuficiencia Renal Terminal <input type="radio"/> Si | Hipertensión <input type="radio"/> Si | Glaucoma <input type="radio"/> Si |
| Gota <input type="radio"/> Si | Soplo en el Corazón <input type="radio"/> Si | Acidez <input type="radio"/> Si |
| Ictericia <input type="radio"/> Si | Regurgitación de Válvula Mitral <input type="radio"/> Si | Estenosis Válvula Mitral <input type="radio"/> Si |
| Insuficiencia Renal <input type="radio"/> Si | Apnea del Sueño <input type="radio"/> Si | Derrame Cerebral <input type="radio"/> Si |

Si usted tiene historial no listada arriba por favor escríbala aquí _____

Historial Quirúrgico

- | | | |
|---|--|--|
| Reparación de Hernia <input type="radio"/> Si | Vasectomía <input type="radio"/> Si | Vesícula Biliar <input type="radio"/> Si |
| Apendectomía <input type="radio"/> Si | Amigdalotomía <input type="radio"/> Si | Sección Cesaria <input type="radio"/> Si |
| Marca Pasos, Cardíaco <input type="radio"/> Si | CABG <input type="radio"/> Si | Histerectomía <input type="radio"/> Si |
| Derivación Vasculiar <input type="radio"/> Si | Extracción de Venas Varicosas <input type="radio"/> Si | Tiroidectomía <input type="radio"/> Si |
| Eliminación de Cataratas <input type="radio"/> Si | | |

Si usted ha tenido una cirugía no listada por favor escríbala aquí _____

Hospitalizaciones

Igual que cirugías Si

Si usted ha sido hospitalizado por cualquier otra razón _____



Kingwood
2627 Chestnut Ridge Road, Suite 100
Kingwood, Texas 77339

Livingston
400 Bypass Lane, Suite 110
Livingston, Texas 77351

Liberty
720 Travis Street
Liberty, Texas 77351

Houston Northwest
800 Peakwood, Suite 6C
Houston, Texas 77090

Phone 281-358-1950 • Fax 281-358-1923 • www.tcahouston.com

AUTORIZACIÓN DE PACIENTE PARA LIBERAR INFORMACIÓN MEDICA

Nombre de Paciente (Imprimir)

Fecha de Nacimiento

Yo entiendo que mi familia, amigos y compañeros de trabajo pueden hacer preguntas sobre mi condición médica e incluir resultados de laboratorios, citas, e información de facturación por el teléfono o en persona. También entiendo que es una violación de confidencialidad de médico-paciente si mi médico o personal de mi médico habla sobre información médica con cualquier persona sin mi consentimiento expreso por escrito. Al firmar este consentimiento estoy designando las personas listadas abajo con cual deseo que Texas Cardiology Associates of Houston puede hablar sobre mi condición médica e incluir resultados de laboratorio, citas, e información de facturación.

Yo por lo presente autorizo a Texas Cardiology Associates of Houston de hablar y liberar mi información médica a los siguientes individuos:

Nombre 1

Relación

de Teléfono

Nombre 2

Relación

de Teléfono

¿Está bien dejar mensajes en la contestadora? SÍ NO

INICIALES AQUÍ

Los siguientes individuos están autorizados a recoger cualquier receta escrita, ejemplos de medicamentos o pruebas en mi nombre:

Nombre 1

Relación

Nombre 2

Relación

Además, entiendo que, si hay cualquier información en mi archivo médico que no deseo discutir con o liberar a la persona antedicha, debe de designarlo aquí indicando que información debe de ser excluida:

Nombre de Paciente (Imprimir)

Fecha

Firma de Paciente o Tutor

Relación al Paciente

Esta autorización estará en efecto hasta que una revocación por escrito por el paciente listado arriba.

Kingwood

2627 Chestnut Ridge Road, Suite 100
Kingwood, Texas 77339

Livingston

400 Bypass Lane, Suite 110
Livingston, Texas 77351

Liberty

720 Travis Street
Liberty, Texas 77351

Houston Northwest

800 Peakwood, Suite 6C
Houston, Texas 77090

Phone 281-358-1950 • Fax 281-358-1923 • www.tcahouston.com

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN DE SALUD DE PACIENTE

Queremos que sepa como su Información de Salud de Paciente (ISP) va a ser usada por Texas Cardiology Associates of Houston y sus derechos acerca de esos archivos. Antes de que comencemos cualquier operación de cuidado de salud debemos requerir que usted lea y firme este consentimiento declarando que usted entiende y está de acuerdo en cómo usaremos sus archivos. Si usted quiere más información detallada de nuestras políticas y procedimientos acerca de la privacidad de su información de salud protegida lo animamos a que lea el Aviso de LRPSM que está disponible a usted en la recepción antes de firmar este consentimiento.

1. El paciente entiende y está de acuerdo en permitir que Texas Cardiology Associates of Houston use su ISP con el propósito de tratamiento, pago, operación de cuidado de salud y coordinación de cuidado. Como un ejemplo, el paciente está de acuerdo en permitir a esta oficina a someter ISP solicitada a la compañía de Aseguradora o Compañías proveídas a nosotros por el paciente con el propósito de pago. Este seguro que esta oficina limitara la liberación de toda ISP a lo mínimo necesario que las compañías de aseguradora requieren para pago.
2. El paciente tiene el derecho de examinar y obtener una copia de su archivo medico a cualquier momento y solicitar correcciones. El paciente puede solicitar saber que liberaciones se han hecho y someter por escrito cualquiera otra restricción en el uso de su ISP. Nuestra oficina no está obligada a estar de acuerdo con esas restricciones, pero si lo hace, está obligado por el acuerdo.
3. El consentimiento por escrito del paciente solamente debe de ser obtenido una vez para todos los cuidados concurrentes brindados al paciente por esta oficina.
4. El paciente puede proveer una revocación por escrito para revocar el consentimiento a cualquier momento durante el cuidado. Este consentimiento no afectara el uso de esos archivos por el cuidado dado antes de la solicitud por escrito para revocar el consentimiento, pero aplicara a cualquier otro cuidado brindado después de que la revocación sea presentada.
5. Para su seguridad y derecho a privacidad, todo el personal ha sido entrenado en el área de la privacidad de archivos de paciente y un oficial de privacidad ha sido designado para imponer estos procedimientos en nuestra oficina. Hemos tomado todas las precauciones conocidas por esta oficina para asegurar que sus archivos no sean fácilmente disponibles a esos que no los necesitan.
6. Los pacientes tienen el derecho de presentar una queja formal con nuestro oficial de privacidad sobre cualquier posible violación de estas políticas y procedimientos.
7. Si el paciente se niega a firmar este consentimiento con el propósito de tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de salud, el medico tiene el derecho de negarse a proveer cuidado.

Yo he leído y entiendo como mi Información de Salud Protegida será usada y estoy de acuerdo con estas políticas y procedimientos.

Nombre de Paciente (Imprimir)

Fecha

Firma de Paciente o Tutor

Relación al Paciente (sí mismo, padre, etc.)



DIAGNOSIS • INTERVENTION • VEIN CARE

Kingwood
2627 Chestnut Ridge Road, Suite 100
Kingwood, Texas 77339

Livingston
400 Bypass Lane, Suite 110
Livingston, Texas 77351

Liberty
720 Travis Street
Liberty, Texas 77351

Houston Northwest
800 Peakwood, Suite 6C
Houston, Texas 77090

Phone 281-358-1950 • Fax 281-358-1923 • www.tcahouston.com

Ira H. Lieber, M.D., F.A.C.C.
Shakeel Uddin, M.D., F.A.C.C.
Syed A. Raza, M.D., F.A.C.C.
Xianfeng Wen, M.D., F.A.C.C.
Robert L. Salazar, M.D., F.A.C.C.
Mohamed F. Almahmoud, M.D., F.A.C.C.
Marloe Prince, M.D.
Elie Dib, M.D.

Forma de Liberación de Archivos Médicos

Yo comprendo que Lieber & Moore Cardiology Associates DBA Texas Cardiology Associates of Houston está autorizado por mi para usar o divulgar mi Información de Salud Protegida para el propósito (descrito en este documento) aparte de tratamiento, pago o operaciones de cuidado de salud. Yo he leído esta autorización y comprendo que información será usada o divulgada, quien puede usar y divulgar la información y el destinatario de esa información. Yo comprendo que tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios puede no ser condicionado por mi al firmar esta autorización.

Yo específicamente autorizo Texas Cardiology Associates of Houston o sus empleados designados para divulgar mi Información de Salud Protegida como es descrito en esta forma a los destinatarios listados abajo. Yo comprendo que cuando la información sea usada o divulgada conforme a esta autorización, puede ser sujeto a re-divulgación por el destinatario y puede no ser protegido por regulaciones de privacidad estatales o federales. Yo también comprendo que yo tengo el derecho de revocar esta autorización, si es hecha en acuerdo a los pasos expresado abajo.

Por favor permita 7-14 días para copiar. **Hay una cuota de \$25.00 por las primeras 25 páginas, \$.50 centavos por cada página después de eso y costos de envío.** Los archivos médicos no pueden ser liberados hasta que esta forma sea completada y firmada por el paciente o guardián legal.

Debe de completar esta forma completamente. Por favor imprimir.

Imprimir Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

de Seguro Social: _____

Yo por lo presente autorizo a Texas Cardiology Associates of Houston de **Liberar** y/o **Obtener** mi información de salud.

Nombre de Medico/ Instalación Medica: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax#: _____

1. Descripción de la información de ser usada o divulgada (marcar lo apropiado):

a. Mi archivo completo:

Yo comprendo que marcando la caja para "mi archivo completo" autoriza el uso y divulgación de toda la información en mi archivo medico incluyendo, pero no limitado a: información demográfica, historia de paciente, lista de medicamentos, pruebas y diagnósticos. Yo comprendo que mi archivo medico puede contener información sensible.

Yo específicamente autorizo el uso y divulgación de cualquier información en mi archivo medico relacionada a

(marque todos los que aplican):

- VIH/Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida (SIDA)
- Salud Mental y Conducta (aparte de notas de psicoterapia) y Desarrollo de Tratamiento de Discapacidad
- Información Genética (incluida, pero no limitada a, Resultados de Prueba Genética)

(NOTA: Si usted marco "mi archivo completo", por favor saltar a número 2. De otra manera, por favor continúe con b y c abajo.)

- b. Mi información demográfica (marque “todos” o los que aplican):**
- Todo Edad Genero Raza Otro _____
- Nombre Dirección Estado/Código Postal Solamente Teléfono

- c. Fecha Medica/ Información como es relacionada a (marcar los que apliquen):**
- Condición específica: _____
- Servicios profesiones específicos: _____
- Medicamentos específicos: _____
- Tratamiento de Alcohol y Abuso de Droga:*
- Salud Mental y Conducta (aparte de notas de psicoterapia) y Desarrollo de Tratamiento de Discapacidad: _____
- VIH/Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida (SIDA): _____
- Información Genética incluyendo, pero no limitado a, Resultados de Pruebas Genéticas: _____
- Otro: _____

2. Yo doy no autorizo esta información de ser divulgada electrónicamente.

3. Propósitos de divulgación de información:

Continuación de Cuidado Medico

- 4. Derecho a Revocar:** Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto al alcance que acción ya haya sido tomada dependiendo en esta autorización. Para que la revocación de esta autorización este en efecto, Texas Cardiology Associates of Houston debe de recibir la revocación por escrito y la revocación debe de incluir:
- Mi nombre y dirección
 - La fecha efectiva de esta autorización y los destinatarios de la Información de Salud Protegida acuerdo con esta autorización
 - Mi deseo de revocar esta autorización, y
 - La fecha de la revocación y mi firma

Texas Cardiology Associates of Houston aceptara revocación por escrito de esta autorización por medio de:

- Correo US Certificado
- Fax a este número: _____

Todas las revocaciones deben de ser enviados a Custodio de Archivos Médicos, y no están en efecto hasta que sean recibidos por el/ella.

- 5. Esta autorización vencerá el N/A .** Después de fecha/ evento, Texas Cardiology Associates of Houston no podrá usar o divulgar mi Información de Salud Protegida para los propósitos arriba sin primero obtener una forma de autorización nueva.

- 6. Yo comprendo completamente y acepto los términos de esta autorización.**

Firma de Paciente o Representante de Paciente

Fecha

Nombre de Paciente

Nombre de Representante (si aplica)

Descripción de Representante
Autoridad para actuar por paciente

Esta información ha sido divulgada a usted de sus archivos por Reglas Federales de Confidencialidad (42 C.F.R. Parte 2). Las Reglas Federales le prohíben hacer mas divulgaciones de esta información amenos mas divulgación sea expresamente permitida por un consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o de otra manera permitido por 42 C.F.R. Parte 2. Una Autorización general para la liberación de información medica y otra que NO es suficiente para este propósito. Las Reglas Federales limitan cualquier uso de información para investigar criminalmente o enjuiciar cualquier abuso de paciente de alcohol o drogas.

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

- Autorización agregada a archivo de paciente el _____
- Autorización verificada por _____
- El paciente ha sido proporcionado una copia de esta autorización firmada



Kingwood
2627 Chestnut Ridge Road, Suite 100
Kingwood, Texas 77339

Livingston
400 Bypass Lane, Suite 110
Livingston, Texas 77351

Liberty
720 Travis Street
Liberty, Texas 77351

Houston Northwest
800 Peakwood, Suite 6C
Houston, Texas 77090

Phone 281-358-1950 • Fax 281-358-1923 • www.tcahouston.com

Consentimiento para Inscribirse a Portal de Paciente

Nuestro Portal de Paciente ofrece acceso a:

- Enviar y recibir mensajes con nuestro personal clínico
- Puede solicitar rellenos de medicamentos
- Ver próximas citas

Una vez que haya dado consentimiento para activar su portal, usted debe de recibir sus credenciales para iniciar sesión dentro de 24 horas de activación a su correo electrónico en archivo.

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento de Paciente: _____

Correo Electrónico de Paciente: _____

Firma de Paciente: _____

Iniciales de Personal: _____ **Fecha de Activación:** _____