

Francis M. Gumbel, M.D., P.A.
26 S. Coria St., Ste. B
Brownsville, TX 78520
Telefono: (956) 546-4234 Fax: (956) 546-5806

Primer Nombre:

Inicial:

Apellido:

Nombre Anterior Utilizado:

Fecha De Nacimiento:

Numero De Seguro Social:

Sexo: Femenino

Masculino

Raza:

Idioma:

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Legalmente Separado(a) Otro

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Telefono:

Celular:

Trabajo:

Correo Electronico:

Nombre de Lugar de Empleo:

Usted posee un:

Poder Legal

Testamento

Directiva Anticipada de la Salud

Farmacia de Preferencia:

Nombre de Contacto de Emergencia:

Relacion:

Numero de Telefono del Contacto de Emergencia:

Celular:

Seguro Primario:

Seguro Secundario:

Seguro Tercero:

Nombre del Asegurado:

Relacion:

Fecha de Nacimiento del Asegurado:

Numero Social del Asegurado:

Empleo del Asegurado:

Numero de Trabajo del Asegurado:

Firma del Paciente:

Fecha:

FRANCIS M. GUMBEL, M.D., P.A.
26 S. CORIA ST., STE. B
BROWNSVILLE, TX 78520
PHONE (956) 546-4234 FAX (956) 546-5806

Autorización para el acceso a la Información Protegida de la Salud

De acuerdo con los requisitos del acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico (HIPAA), esta forma de autorización da a FRANCIS M. GUMBEL, M.D., P.A. permiso familiar de adquirir, utilizar o lanzar la información especificada de la salud para el tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado medico.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE SERVICIO(S): _____ NUMERO SOCIAL: _____ -- ____ --

La información se puede divulgar a: (Nombre, Dirección, Teléfono y Numero de Fax)	FRANCIS M. GUMBEL, M.D.
La información puede ser divulgada por: (Nombre, Dirección, Teléfono y Numero de Fax)	
Propósito para el Uso/Revelación:	Continuación De Cuidado Médico

Información médica que se divulgará y/o fotocopia incluye:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mi Expediente Médico (completo) | <input type="checkbox"/> Historia y Exámen Físico |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Radiografías | <input type="checkbox"/> Reportes de Patología |
| <input type="checkbox"/> Fotografías, Videos, Imágenes Digitales u Otros Medios | |
| <input type="checkbox"/> Otra Información (Especificar): _____ | |

Yo autorizo por este medio a divulgar las copias de cualquier expediente medico, que pueden incluir la dependencia de drogas, el abuso de alcohol, abuso físico, enfermedades mentales, SIDA, otras condiciones médicas e información social.

Estoy conciente de que tengo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a FRANCIS M. GUMBEL, M.D., P.A. departamento de archivo médico. También se que información usada o divulgada antes de que esta autorización pueda ser sujeta a una nueva divulgación por mi o la persona que recibió la información ya no sera protegida por la ley federal o estatal.

Tratamiento, pago de inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden estar condicionadas a la obtención de esta autorización.

Mi permiso es sólo en vigencia hasta la fecha o evento siguiente:

- _____ (Fecha de caducidad o en el evento de), o
 Final del estudio de la investigación (uso o divulgación es para la investigación).

La autorización caducará un año desde la fecha de la firma si no se proporciona la fecha.

Fecha: _____ Hora: _____

Firma del Paciente o Representante Legal

(Relación al Paciente)

Firma del Testigo

Fecha

FRANCIS M. GUMBEL, M.D.

26 S. Coria St., Ste. B, Brownsville, TX 78520

Phone: (956) 546-4234 Fax: (956) 546-5806

Appointment Compliance Policy

Our medical practice strives to provide our patients with the best medical care. We provide for our patients preventative services and follow up for chronic and acute illnesses.

In order to provide services for all of our patients we schedule new and follow up appointments and ask you notify us in advance if you are unable to keep your appointment.

Patients that fail to keep their appointments are considered no-shows and after three missed appointments will need to seek medical services elsewhere.

Thank you for choosing our office your medical services.

Poliza Por No Asistir A Su Cita

Nuestra práctica médica se esfuerza por ofrecer a nuestros pacientes la mejor atención médica. Proporcionamos a nuestros pacientes servicios preventivos y seguimiento de enfermedades crónicas y agudas.

Con el fin de proporcionar servicios para todos nuestros pacientes planificamos nuevas citas y seguimiento de las mismas y le pedimos que nos notifique anticipadamente si no puede asistir a su cita.

Los pacientes que no logran mantener sus citas son considerados incumplidos y después de tres citas perdidas tendrán que buscar los servicios médicos con otro medico.

Gracias por elegir nuestra oficina para sus servicios médicos.

Patient Name / Nombre Del Paciente

D.O.B./Fecha de Nacimiento

Patient Signature / Firma del Paciente

Date / Fecha

FRANCIS M. GUMBEL, M.D., P.A.

26 S. CORIA ST., STE. B, BROWNSVILLE, TX 78520

OFFICE PHONE: (956) 546-4234 FAX: (956) 546-5806

CONSENTIMIENTO DE HISTORIAL DE MEDICAMENTO

Al firmar a continuación doy permiso a Francis M. Gumbel, M.D. para acceder a mis datos de beneficios de farmacia a través de medios electrónicos RxHub. Este consentimiento permitirá a Francis M. Gumbel, M.D. a:

- Determinar los beneficios de farmacia y copago de drogas por el plan de salud del paciente.
- Comprobar si un medicamento recetado está cubierto (en el formulario) bajo el plan de salud de un paciente.
- Visualizar alternativas terapéuticas con rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clase de medicamentos para los medicamentos.
- Determinar si el plan de salud de un paciente permite la prescripción electrónica de las farmacias de pedidos por correo, y si es así, e-prescribir a estas farmacias.
- Descargar una lista histórica de todos los medicamentos prescritos a un paciente por cualquier proveedor.

En resumen, le pedimos su permiso para obtener información de medicamentos, y la información acerca de otras recetas prescritas por otros proveedores que utilizan RxHub.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento

Fecha

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
REGISTRO DE VACUNAS (ImmTrac)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primer Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sólo para uso de la clínica/oficina

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Segundo Nombre

Género: Hombre Mujer

									-			-							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

Apartamento #

Teléfono

Estado

Código Postal

Condado

ImmTrac, el registro de vacunas de Texas, es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de vacunas es un servicio seguro y confidencial que consolida el récord de las vacunas para propósitos de salud pública (ej. darles a todos los médicos que tratan a un paciente un lugar central para ver el récord de las vacunas de dicho paciente). Con su consentimiento, su información de las vacunas se incluirá en ImmTrac. Para un familiar menor de 18 años de edad, uno de los padres, el tutor legal o el custodio administrador puede dar el consentimiento de participación con llenar el Formulario de Consentimiento de ImmTrac para menores de edad (# C-7). El Formulario de Consentimiento de ImmTrac (# C-7) se puede bajar del sitio www.immtrac.com.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas le invita a participar voluntariamente en el registro de vacunas de Texas.

Consentimiento para registrar y dar a conocer el récord de las vacunas a las personas/entidades autorizadas

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo dar a conocer la información de mis vacunas al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de las vacunas del estado, ImmTrac. Una vez que mi información de las vacunas esté en ImmTrac, pueden por ley accederla:

- el médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas para el tratamiento del individuo como paciente;
- la escuela de Texas en la que el individuo está inscrito;
- el distrito de salud pública o el departamento de salud local de Texas, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del individuo;
- el pagador actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas, con respecto al récord de las vacunas relacionadas con el individuo cubierto según la póliza del pagador.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mi información de las vacunas en el registro de vacunas de Texas, ImmTrac.

Individuo (o el representante legalmente autorizado del individuo):

<hr/>	
Nombre en letra de molde	
<hr/>	
Firma	

Notificación de privacidad: con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.
¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: Fax: (866) 624-0180 • www.immtrac.com Stock No. EF11-13366
Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P.O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 Revised 05/18/2012



PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac – Please enter client information in ImmTrac and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac. Retain this form in your client's record.

FRANCIS M. GUMBEL, M.D., P.A.

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practice
El Reconocimiento de Recibo de Nota de la Intimidad Practica

I understand that Francis M. Gumbel, M.D. will use and disclose any medical information regarding my treatment, payment and health care operations.

Yo entiendo que Francis M. Gumbel, M.D. usara y revelara informacion medica con respecto a mi tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado de la salud.

The practice of Francis M. Gumbel, M.D. reserves the right to modify the privacy practices outlined in the notice.

La Practica de Francis M. Gumbel, M.D. reserva el derecho de modificar la intimidad practica resumida en la nota.

I have received a copy of the Notice of Privacy Practices for The Practice of Francis M. Gumbel, M.D. This signed copy will be kept in the patient's billing chart.

Yo he recibido copia de la Nota de Practicas de Intimidad para La Practica de Francis M. Gumbel, M.D. Una copia firmada por el paciente se mantendra en el expediente de cobranza.

Name of Patient (Print) / Nombre del Paciente (letra molde)

⊗

Patient Signature/Firma del Paciente

Patient Representative/Representante del Paciente

⊗

Date/Fecha

Relationship to Patient/Relacion al Paciente

Signature of Patient Representative is required if the patient is a minor or an adult who is unable to sign this form.

La firma del Representante del Paciente se requiere si el paciente es un menor o un adulto que no tiene la capacidad de firmar esta forma.

I understand: / Yo entiendo:

- ⊗ I am responsible for my bill / *Yo soy responsable de mi cuenta*
- ⊗ My doctor will act as my agent in helping me obtain payment form my insurance company / *Mi doctor actuara como mi agente para ayudarme a obtener pago de mi compania de seguro*
- ⊗ Payments will be directly to my doctor / *Los pagos seran directamente a mi doctor*
- ⊗ A copy of this form is permitted to be used in place of the original / *Una copia de esta forma sera permitida ser usada en lugar de la original*

(For Office Use Only)

Attempt to Obtain Acknowledgement

An attempt was made to obtain Acknowledgement of Receipt of the Notice of Privacy Practices on ____ / ____ / ____

____ The patient was undergoing emergency treatment

____ Other: _____

____ The patient declined to sign the acknowledgement

Name of Staff Member: _____

Date: ____ / ____ / ____

Francis M. Gumbel, M.D., P.A.
26 S. Coria St., Ste. B
Brownsville, TX 78520
Phone: (956) 546-4234 Fax: (956) 546-5806

Authorization of Use and Disclosure of Protected Health Information
Autorización de uso y divulgación de información de salud protegida

Information to be Used or Disclosed / *Información a ser usada o revelada*

The information covered by this authorization includes: / *La información cubierata por esta autorización incluye:*

Purpose of Disclosure / *Propósito de la divulgación*

Information listed above will be disclosed for the following purpose: / *Información mencionada anteriormente será compartida con siguiente propósito*

Persons Authorized to Use or Disclose Information / *Personas autorizadas a usar o divulgar información*

Information listed above will be used or disclosed by: / *La información mencionada anteriormente será usada o divulgada por*

Name of person or organization / *Nombre de la persona o la organización*

Name of person or organization / *Nombre de la persona o la organización*

Name of person or organization / *Nombre de la persona o la organización*

Persons to Whom Information May Be Disclosed / *Personas a las que se puede revelar información*

Information described above may be disclosed to: / *Información descrita anteriormente puede ser revelada a*

Name of person or organization / *Nombre de la persona o la organización*

Name of person or organization / *Nombre de la persona o la organización*

Name of person or organization / *Nombre de la persona o la organización*

Expiration Date of Authorization / *Fecha de vencimiento de la autorización*

This authorization effective through ___ / ___ / ___ unless revoked or terminated earlier by the patient of the patient's personal representative.

Esta autorización es efectiva asata ___ / ___ / ___ menos que sea revocado o rescindido por parte del paciente o del representante personal del paciente