

Bienvenido a nuestra clínica. Le agradecemos la confianza que ha puesto en nosotros para atender sus necesidades de salud. Para ayudarnos a servirle, por favor complete los siguientes formularios lo mejor posible. La información proporcionada en este formato es muy importante, si tiene alguna duda, no dude en preguntar. En Texas Liver Institute le agradecemos su confianza.

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EMPELADOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE EMPELADOR: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_ SEXO:  Masculino  Femenino

SEGURO SOCIAL #: \_\_\_\_\_ LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Divorciado/a

#### MÉDICO DE CABECERA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE SEGURO

COMPAÑÍA PRIMARIA DE SEGURO: \_\_\_\_\_

PÓLIZA #: \_\_\_\_\_ GRUPO #: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ASEGURADO TITULAR: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA SECUNDARIA DE SEGURO: \_\_\_\_\_

PÓLIZA #: \_\_\_\_\_ GRUPO #: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ASEGURADO TITULAR: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_



INFORMACIÓN DE AVAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL DEL AVAL #: \_\_\_\_\_

SI USTED TIENE COBERTURA MÉDICA, FAVOR DE PROPORCIONARNOS SU TARJETA DE SEGURO, TARJETA DE FARMACIA Y SU LICENCIA DE CONDUCIR PARA AGREGARLO A SU EXPEDIENTE.

SI SU SEGURO NECESITA CO-PAGO, FAVOR DE LIQUIDAR SU PAGO AL MOMENTO QUE LE BRINDEMOS NUESTRO SERVICIO. ES UN PLACER ATENDERLE CON SUS NECESIDADES MÉDICAS. NUESTRO REGLAMENTO ES RECIBIR EL PAGO EN CUANTO LE BRINDEMOS UN SERVICIO.

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORÍZO EL PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS A TEXAS LIVER CONSULTANTS POR LOS SERVICIOS BRINDADOS. YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSIBLE DE LIQUIDAR TODOS LOS CARGOS SEAN O NO CUBIERTOS POR LOS SEGUROS MÉDICOS ANTES MENCIONADOS.

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

¿NOS AUTORIZA DEJARLE MENSAJES DE VOZ REFERENTE AS SU CUIDADO? ( ) SÍ ( ) NO

(Favor de tomar en cuenta que, si no nos autoriza dejar mensajes, será su responsabilidad iniciar contacto con nosotros para agendar nuevas citas, exámenes de laboratorio, etc.)

Contacto de Emergencia: (Ésta persona tendrá autorización de agendar citas y recibir información médica)

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA, NOTIFICAR A:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: \_\_\_\_\_

¿QUIÉN LO REFIRIO? \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA A FAMILIARES O REPRESENTANTE PERSONAL

( ) SÍ, EL PERSONAL PUEDE DISCUTIR:

( ) Condición médica o tratamiento

( ) Citas

( ) Recetas

( ) Financiero

( ) Patología y/o resultados de laboratorio con las siguientes personas



Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

YO ENTIENDO QUE ÉSTA AUTORIZACIÓN INCLUYE INFORMACIÓN RELACIONADA A VIH, SIDA, CUIDADO PSIQUIÁTRICO, TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y/O DROGAS Y PRUEBAS GENÉTICAS

INICIALES: \_\_\_\_\_



### **Autorización del paciente para la liberación de información de salud confidencial**

Ésta autorización es bajo el reglamento de privacidad de Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (45CFR-164.5008) y doy mi consentimiento a que Texas Liver Consultants en Texas Liver Institute y/o cualquiera de sus médicos puede utilizar/liberar y obtener mis expedientes médicos:

\_\_\_\_ Andres Gomez-Aldana, MD      \_\_\_\_ Carmen Landaverde, MD      \_\_\_\_ Eric Lawitz, MD  
\_\_\_\_ Jan Petrasek, MD              \_\_\_\_ Fred Poordad, MD              \_\_\_\_ Fabián Rodas, MD  
\_\_\_\_ Eugenia Tsai, MD

Bajo el Reglamento de Privacidad, tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y Texas Liver Consultants en Texas Liver Institute y cualquiera de sus médicos deben de suspender el uso de esta autorización. Sin embargo, Texas Liver Consultants puede completar cualquier acción iniciada antes de la revocación y que dependen de mi expediente médico para su culminación. Cualquier información privada puede ser sujeta a ser liberada por el beneficiario.

Puede mandar su revocación escrita a 607 Camden St, San Antonio, TX 78215

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguro social #: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mi expediente médico incluye información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (VIH, SIDA) . También puede incluir información relacionada a servicios de salud mental y de comportamiento y tratamiento por abusos de alcohol o drogas.

Ésta autorización expira 10 años después de la fecha de firma o \_\_\_\_\_

(Fecha aquí)

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
En caso de ser firmado por representante legal,  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_ Laboratorio    \_\_\_\_ Rayos X    \_\_\_\_ Observaciones    \_\_\_\_ Otro

**REGISTROS DEL PACIENTE**

**Comprobante de aviso de reglamento de privacidad**

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la práctica médica de Texas Liver Consultants en Texas Liver Institute.

---

Nombre completo del paciente

---

Firma del paciente

---

Fecha

---

Firma del representante del paciente

(Requerido si el paciente es menor de edad o no puede firmar este formulario)

---

Parentesco del representante con el paciente

Nota: Texas Liver Consultants en Texas Liver Institute se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

## Políticas de Pago

Le agradecemos el habernos seleccionado como proveedor del cuidado de su salud. Nosotros estamos comprometidos a brindarle servicios de calidad y accesibles. Estas nuevas políticas entrarán en vigor el 5/1/16. Favor de leer y preguntar si tiene alguna duda. Firme en el espacio correspondiente y solicite una copia si es que así lo desea.

**1. Seguro de gastos médicos.** Nosotros participamos en la mayoría de los planes de seguros de gastos médicos incluyendo Medicare. Si usted no está asegurado con ninguno de los planes que tenemos disponibles, esperamos pago completo del servicio en cada visita. Si usted está asegurado con alguno de los planes disponibles, pero no tiene una tarjeta de seguro vigente, se requerirá el pago completo del servicio hasta poder verificar su cobertura. Es su responsabilidad saber los beneficios de su seguro de gastos médicos. Si tiene alguna duda de su cobertura, favor de contactar a su seguro de gastos médicos directamente.

**2. Co-pagos y deducibles.** Todos sus co-pagos y deducibles deben de ser cubiertos en su visita. Éste acuerdo es parte de contrato que tiene con su aseguradora. Si nosotros no cobramos el balance que tienen nuestros pacientes, puede ser considerado como fraude. Por favor apóyenos en acatar las leyes pagando su balance en cada visita.

**3. Servicios no cubiertos.** Usted debe de tener en cuenta que algunos –o quizá todos- los servicios que usted reciba puede que no sean cubiertos o considerados no necesarios por Medicare y otros seguros. Usted debe de cubrir el total de su balance en cada visita.

**4. Prueba de seguro de gastos médicos.** Todos nuestros pacientes deben de completar los formularios de información del paciente antes de consultar con su doctor. Nosotros requerimos una copia de su licencia de conducir y tarjeta de seguro de gastos médicos vigente. Si usted no nos provee con la información necesaria en tiempo razonable, usted podrá ser responsable de pagar el balance no cubierto.

**5. Solicitud de reembolso.** Nosotros enviaremos la solicitud de reembolso y lo asistiremos en lo posible para que usted reciba sus reembolsos. Su compañía de seguros podrá requerir información directamente de usted. Es su responsabilidad proveerles esa información. Por favor tome en cuenta que es responsabilidad de usted darle seguimiento a su seguro para el reembolso de sus reclamos. Los beneficios que le brinda su seguro, es un contrato entre usted y su aseguradora; nosotros no somos parte de ese contrato.

**6. Cambios en cobertura.** Si usted cambia de seguro, favor de notificarnos con anticipación para poder hacer los ajustes necesarios antes de su siguiente visita y poderlo ayudar a recibir sus beneficios. Si su aseguradora no cubre su balance en 45 días, automáticamente usted será responsable de liquidar esa factura.

**7. Falta de pago.** Si nosotros no recibimos pago después de 3 citas consecutivas o su balance es mayor a \$200 y sin iniciativa de pago por medio del responsable, sus siguientes citas serán canceladas o reagendadas hasta que su balance esté cubierto.

**8. Inasistencia.** Nuestra política es cobrar \$25 por citas no canceladas con 24hrs de anticipación. Éstos cargos serán su responsabilidad y serán facturados directamente a usted. Por favor ayúdenos a poder servirle mejor cumpliendo con sus citas agendadas.

Nuestra clínica está comprometida a brindarle el mejor servicio a nuestros pacientes. Nuestros precios con competitivos de acuerdo a nuestra zona. Gracias por comprender nuestras políticas de pago. Favor de notificarnos si tiene alguna duda, pregunta o inquietud.

He leído y comprendo las políticas de pago y acepto acatar los lineamientos.

---

Firma del paciente o representante

---

Fecha



### CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Entiendo que mi estado de salud requiere atención médica, autorizo y doy consentimiento a todos y cada uno de los procedimientos diagnósticos, pruebas, tratamientos médicos y cuidados requeridos en el diagnóstico de mi enfermedad y curso de tratamiento por el médico y/o sus asignados incluyendo profesionales de enfermería avanzada y asistentes médicos, personal médico, otros agentes y empleados de Texas Liver Consultants y/o de Texas Liver Institute. Además, autorizo y doy consentimiento a pruebas diagnósticas y de necesidades especiales, pruebas de enfermedades transmisibles, incluyendo pruebas de VIH, según lo permitido por la ley, tratamiento médico y atención hospitalaria como mi médico y personal del Texas Liver Institute (colectivamente mis “doctores”) consideren necesario. Autorizo a las enfermeras, empleados y otras personas de Texas Liver Consultants/ Texas Liver Institute a llevar a cabo las instrucciones de mis médicos de acuerdo a los procedimientos y tratamientos que ellos indiquen. Reconozco que Texas Liver Consultants incluye un centro de enseñanza e investigación y que mi tratamiento y cuidado podrán ser observados y, en algunos casos, auxiliados por residentes, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería y otro personal de atención médica en el curso de educación y entrenamiento. Doy consentimiento a su presencia y su participación en mi cuidado. Entiendo que: (1) a menos de ser una emergencia, no se realizarán procedimientos sustanciales en un paciente a menos y hasta que el paciente (o el representante del paciente) haya tenido la oportunidad de discutir los riesgos y beneficios con el médico para su satisfacción. (2) Tengo el derecho de dar o negar consentimiento a cualquier procedimiento propuesto o tratamiento terapéutico; y (3) ningún paciente estará involucrado en procedimientos de investigación o experimentación sin su conocimiento y autorización. Yo entiendo que hay ciertos tratamientos médicos y procedimientos quirúrgicos que requieren una explicación detallada de los riesgos y peligros involucrados. Si se determina que necesito dicho tratamiento o procedimiento específico, entiendo que se pedirá mi autorización por separado.

\_\_\_\_\_ (iniciales)

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Asigno y transfiero a Texas Liver Consultants, Texas Liver Institute y/o a sus agentes, a medida permitida por la ley, para mí y mis dependientes, todos los derechos, títulos e intereses en todas las cantidades queden ser pagadas por cualquier persona o bajo cualquier entidad estatal, entidad federal, condado o agencias con programas de asistencia, por todos los servicios médicos prestados. Yo autorizo pagos de cualquier entidad y/o planes antes mencionados sean hechos directamente a Texas Liver Consultants, Texas Liver Institute o cualquiera de sus agentes de acuerdo a los servicios y artículos que yo he recibido e intento que cada entidad y/o sus agentes tengan el derecho independiente de recuperación de tales pagos como beneficiarios bajo todos los planes, políticas y programadas a la medida permitida por ley. Además, asigno todos los derechos, reclamaciones y casusas de acción contra cualquier persona o entidad que pueda ser financieramente responsable por el pago de mis pastos médicos y contra cualquier persona o entidad que pueda haber causado o contribuido a la lesión o enfermedad por la cual recibo tratamiento y doy mi consentimiento a Texas Liver Consultants, Texas Liver Institute y a sus agentes independientemente o en conjunto conmigo u otras personas que busquen recuperación contra dichas personas o entidades en su propio nombre o en mi lugar por los cargos incurridos en mi cuidado.

\_\_\_\_\_ (iniciales)

**CREDITO AL PACIENTE POR \$3.00**

Yo entiendo que Texas Liver Consultants no me reembolsara ningún crédito de o debajo de \$3.00. Yo, sin embargo, puedo hacer uso de él solo para mis próximas visitas.

**CRÉDITO DEL PACIENTE**

Entiendo que Texas Liver Consultants no reembolsará ningún crédito de \$3.00 o menos. Sin embargo, puedo usar el crédito para futuras visitas. \_\_\_\_\_ (Iniciales) En el caso de que no pueda recibir el reembolso, por favor haga pagar a:

\_\_\_\_ TLI Donación o \_\_\_\_ Beneficiary sin fines de lucro (nombre/dirección/teléfono#) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (iniciales)

YO HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS RESPECTO A MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE Y DE LAS REPRESENTACIONES EN ESTE FORMATO. CON MI FIRMA, YO CERTIFICO QUE ME HAN EXPLICADO COMPLETAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y QUE LO LEIDO O ME LO HAN LEIDO Y LO ENTIENEDO, ESTOY DE ACUERDO Y ACEPTO TODOS LOS TERMINOS Y CONDICIONES. TAMBIEN ENTEINDEO QUE SI NO DOY TODA LA INFORMACION DE MI SEGURO DE GASTOS MEDICOS, YO SERE EL RESPONSABLE DE CUBRIR TODOS LOS GASTOS GENERADOS POR EL CUIDADO MEDICO QUE SE ME HA PROPORCIONADO.

Si este documento es firmado en representación del paciente, yo certifico que tengo la autoridad de cumplir con este formulario en representación del paciente.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
Fecha