

# REGISTRO DEL PACIENTE DE DIABETES AND ENDOCRINOLOGY CLINICAL CONSULTANTS OF TEXAS

## DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE / PATIENT DEMOGRAPHICS

FECHA / DATE: \_\_\_\_\_

Nombre legal / Legal Name: Nombre / First \_\_\_\_\_ inicial del segundo nombre / MI \_\_\_\_\_ Apellido / Last \_\_\_\_\_

Nombre Preferido / Preferred Name: \_\_\_\_\_

Nombre de padre, madre o tutor legal / Parent/Legal Guardian Name: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento / DOB: \_\_\_\_\_ número de teléfono celular / Mobile: \_\_\_\_\_

NRO. DE SEG. SOC. / SS#: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento / DOB: \_\_\_\_\_ Sexo legal / Legal Sex:  M  F

¿Tiene usted alguna orientación sexual o preferencias de género que le gustaría que tengamos en cuenta?  Si / Yes  No  
Do you have any Sexual Orientation or gender preferences you would like us to consider?

¿Su sexo legal es diferente al sexo que le asignaron al nacer?  Si / Yes  No  
Is your Legal Sex different from your Sex at Birth?

Si respondió de afirmativa a cualquiera de estas preguntas, recopilaremos información adicional sobre usted más adelante.  
If you answered yes to either of these questions, additional information will be collected from you later.

Dirección / Address: \_\_\_\_\_ Número de apartamento / Apt# \_\_\_\_\_ Ciudad / City \_\_\_\_\_

Estado / State \_\_\_\_\_ Código postal / Zip \_\_\_\_\_

Numero de teléfono / Phone: Casa / Home \_\_\_\_\_ Trabajo / Work \_\_\_\_\_ Celular / Mobile \_\_\_\_\_

Correo electrónico / Email \_\_\_\_\_ No cuenta con correo electrónico / No Email

## INFORMACIÓN GENERAL / GENERAL INFORMATION

Estado civil / Marital Status:  Divorciado / Divorced  Legalmente separado / Legally Separated  Casado / Married  
 En pareja / Significant Other  Soltero / Single  Viudo / Widowed

Necesita un intérprete / Need Interpreter:  Si / Yes  No

Idioma de preferencia / Preferred Language \_\_\_\_\_ Idioma escrita / Written Language \_\_\_\_\_

Raza / Race:  Asiática/Asian  Negra/Black  India Americana/Native American  Hawaiiiana/Isleño del Pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander  
 Dos o mas razas/Two or More Races  Blanca/White

Origen Ethnico / Ethnicity:  Hispano / Hispanic  No-Hispano / Non-Hispanic

## OTROS DATOS DEMOGRÁFICOS / ADDITIONAL DEMOGRAPHICS

Método de comunicación de preferencia / Preferred Communications Method:  Sin preferencia / No Preference  Correo electrónico/Mail

Teléfono/Phone:  Correo electrónico/Email  MyChart/MyChart  Acepta recibir mensajes de texto /Accept Text Messages

Al seleccionar una de las casillas como el método de comunicación de preferencia, acepto recibir correspondencia de DECCT.

By checking one of the boxes for Preferred Communication Method, I agree to receive correspondence from DECCT.

¿Tiene dificultades para comunicarse o necesidades especiales de comunicación? / Do you have any communication difficulties or special needs?

Discapacidad visual/Visually Impaired:  Y  N Discapacidad auditiva/Hearing Impaired:  Y  N Necesidades especiales/Special Needs:  Y  N

Si su respuesta es afirmativa, sirvase explicar / If yes, please list: \_\_\_\_\_

## PCP

Medico de atención primaria /Primary Care Physician \_\_\_\_\_

No me atiendo con un medico de atención primaria determinado/No Primary Care Physician

## CONTACTOS DE EMERGENCIA / EMERGENCY CONTACTS

Nombre/Name \_\_\_\_\_ Relación con el paciente/Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Teléfono de casa/Home Phone \_\_\_\_\_ Celular/Mobile \_\_\_\_\_

Nombre/Name \_\_\_\_\_ Relación con el paciente/Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Telefono de casa/Home Phone \_\_\_\_\_ Celular/Mobile \_\_\_\_\_

## DATOS LABORALES / EMPLOYMENT

Nombre del empleador/Employer Name \_\_\_\_\_

Estado Laboral/Employment Status:  Discapacitado/Disabled  Tiempo completo/Full-Time  Medio tiempo/Part-Time

Jubilado/Retired  Estudiante/Student  Desempleado/Unemployed

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient Name \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN OPCIONAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

#### OPTIONAL AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO OTHERS

Autorizo a Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas ya sus representantes a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a mis citas, información de facturación o atención médica a los contactos adicionales a continuación. Esta autorización permanecerá vigente hasta que proporcione una notificación por escrito a Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas sobre cambios a actualizaciones. Autorizo a Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a mis citas, seguro médico, información de facturación, resultados de pruebas y/o atención médica a los contactos adicionales que se detallan a continuación.

**Sólo divulgar información al paciente** / Only Release Information to Patient

Si *no* contesta, podemos dejarle un mensaje en su:

Teléfono de casa / Home Phone:  Si/Yes  No/No Trabajo/Work Phone:  Si/Yes  No/No Celular / Mobile Phone:  Si/Yes  No/No

Nombre / Name \_\_\_\_\_ Relación con el paciente / Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Teléfono de casa / Home Phone \_\_\_\_\_ podemos dejarle un mensaje? / May we leave a message?  Si/Yes  No/No

Teléfono celular / Mobile Phone \_\_\_\_\_ podemos dejarle un mensaje? / May we leave a message?  Si/Yes  No/No

Pueden divulgar la información relacionada con las siguientes servicios a la persona antes mencionada:

Citas / Appointments  Facturación / Billing  Atención Médica / Medical Care

Nombre / Name \_\_\_\_\_ Relación con el paciente / Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Teléfono de casa / Home Phone \_\_\_\_\_ podemos dejarle un mensaje? / May we leave a message?  Si/Yes  No/No

Teléfono celular / Mobile Phone \_\_\_\_\_ podemos dejarle un mensaje? / May we leave a message?  Si/Yes  No/No

Pueden divulgar la información relacionada con las siguientes servicios a la persona antes mencionada:

Citas / Appointments  Facturando / Billing  Atención Médica / Medical Care

Si desea recibir su información de salud por correo electrónico, la información se enviará mediante correos electrónicos cifrados a menos que usted expresamente indique lo contrario a continuación. Enviar información mediante un correo electrónico sin cifrar podría plantear cierto riesgo de que la información de salud contenida en el correo electrónico sin cifrar pueda ser leída por un tercero a través de Internet. *If you wish to receive your health information by email, the information will be sent via encrypted email unless you expressly designate otherwise below. Sending health information by unencrypted email may pose some risk that the health information in the unencrypted email could be read by a third party over the internet.*

Iniciales/Initials: \_\_\_\_\_

### PARTE CON RESPONSABILIDAD FINANCIERA- GARANTE / FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY - GUARANTOR

**La misma que la información del paciente** / Same as Patient Information (If different, please complete section below)

Nombre / Name: Nombre First \_\_\_\_\_ MI / Inicial de segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido / Last \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento / DOB \_\_\_\_\_ Relación/Relationship:  Cónyuge/Spouse  Padre/Father  Madre/Mother  Otro/Other

Otra (por favor especifique) / If Other, please be specific \_\_\_\_\_

Dirección / Address: \_\_\_\_\_ Número de apartamento / Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad / City \_\_\_\_\_ Estado / State \_\_\_\_\_ Código postal / Zip Code \_\_\_\_\_

Número de teléfono / Ph. Number: Casa / Home \_\_\_\_\_ Celular/Mobile \_\_\_\_\_ Trabajo / Work \_\_\_\_\_

Nombre del empleador / Employer Name \_\_\_\_\_

Estado Laboral / Employment Status:  Estudiante/Student  Medio tiempo/Part-Time  Tiempo completo/Full-Time

Jubilado/Retired  Discapacitado/Disabled  Desempleado/Unemployed

### INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO / INSURANCE INFORMATION

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO / Primary Insurance: \_\_\_\_\_

Número de Identificación / ID #: \_\_\_\_\_ Número de grupo / Group Number: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient Name \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO / INSURANCE INFORMATION (Cont'd)**

Nombre de titular / Subscriber Name: \_\_\_\_\_ Sexo / Sex:  M  F

Relación del paciente con el titular / Patient Relationship to Subscriber: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular / Subscriber's DOB: \_\_\_\_\_ Empleador / Employer: \_\_\_\_\_

Estado Laboral / Employment Status:  Estudiante/Student  Medio Tiempo/Part-Time  Tiempo Completo/Full-Time  
 Jubilado/Retired  Discapacitado/Disabled  Desempleado/Unemployed

SEGURO SECUNDARIO / Secondary Insurance: \_\_\_\_\_

Número de Identificación / ID #: \_\_\_\_\_ Número de grupo / Group Number: \_\_\_\_\_

Nombre del titular / Subscriber Name: \_\_\_\_\_ Sexo / Sex:  M  F

Relación del paciente con el titular / Patient Relationship to Subscriber: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular / Subscriber's DOB: \_\_\_\_\_ Empleador / Employer: \_\_\_\_\_

Estado Laboral / Employment Status:  Estudiante/Student  Medio Tiempo/Part-Time  Tiempo Completo/Full-Time  
 Jubilado/Retired  Discapacitado/Disabled  Desempleado/Unemployed

**¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? / HOW YOU HEARD ABOUT US**

- Familia/Amigo / Family or Friend  Correo electrónico/Email  Aviso en un periódico/ Newspaper or Magazine  
 Sitio web de la organización/Organization Website  Búsqueda en Internet/Internet Search  Comercial de televisión/Public Television  
 Boletín informativo de la organización/Organization Newsletter  Médico referente/Referring Physician  Instructor/Instructor  
 Coche/Coach  Entrenador/Trainer  Otro/Other \_\_\_\_\_

**PAUTAS FINANCIERAS Y DE PAGO / FINANCIAL AND PAYMENT GUIDELINES**

**Aviso: Nuestra oficina NO presenta reclamos de seguro de automóviles para visitas relacionadas con accidentes de vehículos motorizados.** Notice: Our office does NOT file auto insurance claims for visits relating to motor vehicle accidents.

El pago se debe hacer al momento del servicio. Esto incluye todos los copagos, deducibles y coseguro. Si su compañía de seguros requiere una referencia, es responsabilidad del paciente (o garante) obtener la referencia antes de su cita.

- Autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro de Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas par las servicios prestados a mi o a mis dependientes. / I authorize direct payment of my insurance benefits to Texas Health Physicians Group for services rendered to myself or dependents.
- Se presentara al seguro el reporte de las servicios prestados. Los cargos por servicios no cubiertos por el seguro serán la responsabilidad del paciente o su tutor. Comprendo que es mi responsabilidad conocer los beneficios de mi seguro y si las servicios prestados son beneficios cubiertos o no. / Insurance will be filed for services rendered. Any charges for services not covered by insurance will be the responsibility of the patient or his/her guardian. I understand that it is my responsibility to know my insurance benefits and whether or not the services rendered are covered benefits.
- El paciente o su tutor será responsable de notificar a nuestra oficina de cualquier cambio en datos demográficos o información de facturación y seguro. / Patient or guardian is responsible for notifying our office of any changes to demographics or insurance and billing information.
- Los cargos por servicios fuera de la red que no sean pagados por la compañía de seguro médico serán la responsabilidad del paciente o de su tutor. / Out of Network services not paid by the health insurance company will be the responsibility of the patient or his/her guardian.
- Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas o sus agent es autorizados ofrecerán información médica a la compañía de seguros en la medida de lo necesario para realizar el pago de reclamos por servicios prestados. / Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas or its authorized agent will provide medical information to the insurance company as required for payment of claims for services rendered.
- Por medio de la presente, autorizo que agencias de crédito me realicen consultas y acepto recibir llamadas automáticas con voz artificial o con mensajes previamente grabados, o que se envíen mensajes de texto a mi teléfono celular ya cualquier número de teléfono proporcionado durante mi proceso de registro. Entiendo que tanto Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas como sus afiliados o agentes podrían llevar a cabo estos intentos de cobro, las cuales incluyen, entre otros, empresas de gestión de cuentas, contratistas independientes o agentes de cobranza. / I hereby consent to credit bureau inquiries and to receiving auto-dialed/artificial or pre-recorded message calls, and/or text messages to my cellular telephone and to any telephone number provided during my registration process. I understand that these collection attempts could be performed by from Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas or its affiliates/agents including, without limitation, any account management companies, independent contractors or collection agents.

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient Name \_\_\_\_\_  
MRN \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO / INSURANCE INFORMATION (Cont'd)**

**Laboratorio / Radiografías / Servicios de diagnóstico / Lab / X-Ray / Diagnostic Services:**

Entiendo que es posible que reciba una factura aparte si mi atención médica incluye servicios de laboratorio, radiología u otros servicios de diagnóstico. Asimismo, entiendo que tengo la responsabilidad financiera por cualquier copago, deducible o coseguro adeudado por estos servicios en caso de que mi seguro no los reembolse por cualquier motivo. / I understand that I may receive a separate bill if my medical care includes lab, x-ray, or any other diagnostic services. I further understand that I am financially responsible for any co-pays, deductibles and co-insurance due for these services if they are not reimbursed by my insurance.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

/ RELEASE OF INFORMATION, AUTHORIZATION & ASSIGNMENT OF BENEFITS

- Autorizo la divulgación de todas mis historias clínicas a especialistas o médicos de consulta si ello fuera necesario para mi cuidado y condición. / I authorize the release of all medical records to specialists and/or consulting physicians if applicable to my care and condition
- Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica o de otro tipo a divulgar cualquier información necesaria a la Administración del Seguro Social Administración de Financiamiento de Atención Médica, sus intermediarios, sus portadores o cualquier otro portador de seguros, para que se procese este o cualquier otro reclamo relacionado. Permiso que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original y autorizo que se solicite el pago de beneficios de seguro médico ya sea a mí o a la parte que acepte la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica acerca de cualquier parte que pueda ser responsable por el pago de mi tratamiento. / I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration, Health Care Financing Administration, its intermediaries, its carriers, or any other insurance carrier, any information needed for this or any other related claim to be processed. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original and request payment of medical insurance benefits either to me or to the party who accepts assignment. I understand it is mandatory to notify the health care provider of any party who may be responsible for paying for my treatment.
- Además autorizo y solicito que los pagos de seguro se dirijan a Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas. / I further authorize and request that insurance payments be directed to Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas.

**Autorización para el tratamiento de un menor de edad (Años 018o Cumpleaños)**

/ Authorization to Treat a Minor - Ages 0-18" Birthday

**No Aplicable (el Paciente es un Adulto)**

/ Not Applicable - Patient is an Adult

Si hubiera circunstancias en las que no pudiera llevar a mi hijo/hija al consultorio para su evaluación y tratamiento, doy mi permiso y autorización a las siguientes personas (mayores de 18 años) para obtener atención médica para mi hijo/hija. También autorizo a los proveedores de Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas a revelar a dar información sobre cualquier asunto referente a citas, seguro médico, resultados de pruebas o atención médica de mi hijo/hija a las personas nombradas a continuación. Esta autorización permanecerá vigente hasta que proporcione una notificación por escrito a Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas sobre cambios o actualizaciones. Autorizo a los proveedores de Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas a revelar o dar información sobre cualquier asunto referente a citas, seguro médico, información de facturación, resultados de pruebas o atención médica de mi hijo/hija las contactos adicionales a continuación. / If there are circumstances when I am unable to bring my child to the office for his/her evaluation and treatment, I give my permission and authorization for the following persons (over the age of 18) to obtain medical care for my child. I also authorize the providers of Diabetes and Endocrinology Clinical Consultants of Texas to discuss or disclose information regarding any matters relating to my child's appointment, insurance, test results or medical care to those listed below. This authorization will remain in effect until I provide written notification to Texas Health Physicians Group of changes or update I authorize Texas Health Physicians Group to use the additional contact information listed below to discuss or disclose information regarding any matters relating to my appointments, insurance, billing information, test results and/or medical care.

Nombre/Name \_\_\_\_\_ Relación con el paciente/Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Teléfono/Phone \_\_\_\_\_

Nombre/Name \_\_\_\_\_ Relación con el paciente/Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Teléfono/Phone \_\_\_\_\_

**PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD / PRIVACY PRACTICES**

Los consultorios, médicos y personal de DECCT están comprometidos a proteger la privacidad de su información de salud. Ponemos a su disposición una copia de nuestro Aviso de declaración de prácticas de privacidad. / DECCT offices, physicians, and staff, are committed to securing the privacy of your health information. We are making available to you a copy of our Notice of Privacy Practices.

**CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN / ACKNOWLEDGEMENT**

He leído, entiendo claramente y acepto las anteriores disposiciones referidas a: **divulgación de información médica del paciente, pautas financieras y de pago, divulgación de información y asignación de beneficios, autorización para el tratamiento de un menor de edad y prácticas de privacidad.** También certifico que toda la información proporcionada es exacta y completa. / I have read, fully understand and agree to the above release of medical information to others, financial and payment guideline, release of information & assignment of benefits, authorization to treat a minor and privacy practices. I also certify that all of the information, provided is complete and accurate.

Nombre del paciente / Patient Name \_\_\_\_\_ Firma/Signature \_\_\_\_\_ Fecha/Date \_\_\_\_\_