

Reviewed by (initials):

## Shepherd Healthcare

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sex:  M  F

Numero de teléfono : H (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ W (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ C (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Empleado :  Full Time  Part Time

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Dirección de Empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado , Código postal: \_\_\_\_\_

Pariente mas cercano que no viven con usted : \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Emergencia contacto relación con usted (Pareja, Padres, Amigo, etc.): \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sex:  M  F

Dirección (si es diferente de arriba ): \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado , Código postal: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono : H (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ W (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ C (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de empleador y dirección : \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado , Código postal: \_\_\_\_\_

*(Nota: Solo de llenar si actualmente no tiene su tarjeta de seguro o si no tiene copia de tarjeta de seguro )*

Compañía de seguro : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de grupo #: \_\_\_\_\_ Numero de póliza #: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza (como aparece en la tarjeta) \_\_\_\_\_

Relación con el titular de la póliza:  Mismo  Pareja  Hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_

Titular de la póliza (como aparece en la tarjeta): \_\_\_\_\_

Relación con el titular de la póliza:  Mismo  Pareja  Hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_

Yo, *(Escriba su nombre )* \_\_\_\_\_, POR ESTE MEDIO autorizo el pago directo a la oficina de Shepherd Healthcare cualquier beneficio de seguro de salud que correspondería pagar a mi , pero que no exceda el saldo a pagar por los cargos regulares para el tratamiento. Entiendo que soy financieramente responsable a la oficina de Shepherd Healthcare por cargos no cubiertos por esta autorización , y de las reclamaciones de seguros que se negó por el asegurador . También autorizo al medico a dar cualquier información necesaria para procesar cualquier reclamación .

Firma de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Información de Farmacia

Nombre y la ubicación :

Teléfono :

Reviewed by (initials):

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# Shepherd Healthcare

## Tim Shepherd, MD, PA

Diplomate of American Board of Family Practice



### Como se entero de nuestra oficina ?

**Por favor marque una de las siguientes :**

- Shepherd Healthcare boletín de noticias
- Sitio de web o boletín de noticias de la comunidad
- Referido por un paciente actual o anterior , nombre del paciente? \_\_\_\_\_
- Referido por otro medico o enfermera , nombre ? \_\_\_\_\_
- Un evento local ( Asthma flyer, Western Days, etc..)
- Medios de comunicación social
- Compañía de seguros
- Otro \_\_\_\_\_

Reviewed by (initials):

**Shepherd Healthcare  
Tim Shepherd M.D.**

**HIPAA Recibo regla de privacidad de la notificación de prácticas de privacidad**

Formulario de reconocimiento escrito

I, \_\_\_\_\_, (patient's name) understand that as part of my healthcare, this facility originates and maintains health records describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnosis, treatment and any plan for future care or treatment. I acknowledge that I have been provided with and understand this facility's **Notice of Privacy Practices** provides a complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that:

- I have the right to review this facility's Notice of Privacy Practices prior to signing this acknowledgement;
- This facility reserves the right to change their Notice of Privacy Practices and prior to implementation of this will mail a copy of any revised notice to the address I've provided if requested.

Signature of Individual or Legal Representative: \_\_\_\_\_

Printed name of Individual or Legal Representative: \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ (This form is good for 1 year from date signed)

**For Office Use Only**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but it could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barrier prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please specify)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
HIPAA Officer

\_\_\_\_\_  
Date

Reviewed by (initials):

**Shepherd Health Care**  
**Dr. Tim Shepherd, M.D.**

### **Policía de cita perdida**

Estamos bendecidos de que usted nos haya elegido para proporcionar su atención médica. Sin embargo, si se le olvida de su cita, te comprometes que la atención y el cuidado de otra persona que podría haber tomado esa cita . Por lo tanto, queremos informarle de nuestra nueva policía de la oficina con efecto inmediato en cuenta de sus citas

***Una cita perdida es cuando usted no se presenta a una cita en el momento oportuno y sin una llamada telefónica por lo menos 24 horas en aviso.***

Una relación medico/paciente se basa en la confianza mutual y el respeto. Como tal nos esforzamos por llegar a tiempo a sus citas programadas y pedimos que usted nos de la cortesía de una llamada cuando usted no pueda asistir a su cita . Si por cualquier razón usted siente que va a ser mas de 15 minutos tarde a su cita por favor llame para reprogramar su cita para una fecha posterior. .

A continuación se describen nuestras policía de cita perdidas :

#### **Visitas rutina :**

1. 1<sup>st</sup> Cita perdida : Nosotros llamaremos y ofreceremos para reprogramar su cita .
2. 2<sup>nd</sup> Cita perdida : Nosotros llamaremos y ofreceremos para reprogramar su cita . Se le cobrará una tarifa de cita perdida de 25 dólares .
3. 3<sup>rd</sup> Cita perdida : Se le cobrará una tarifa de cita perdida de 25 dólares . Esto puede resultar en una descarga de la practica .

#### **Visitas de procedimiento :**

1. 1<sup>st</sup> Cita perdida : Nosotros llamaremos y ofreceremos para reprogramar su cita.
2. 2<sup>nd</sup> Cita perdida : Nosotros llamaremos y ofreceremos para reprogramar su cita . Se le cobrará una tarifa de cita perdida de 35 dólares
3. 3<sup>rd</sup> Cita perdida : . Se le cobrará una tarifa de cita perdida de 35 dólares . . Esto puede resultar en una descarga de la practica .

*Vamos a trabajar juntos para ofrecerle la mejor atención posible que se merece.*

*Gracias ,  
The Shepherd Healthcare Team*

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre de paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



Reviewed by (initials):

**Alergias Conocidas** (Por favor use el reverso de la pagina para obtener información adicional )

Medicamentos O Alimentos	Reacción
1	
2	
3	
4	
5	

**Medicamentos Actuales** (o agregar un lista de sus medicamento )

Nombre de medicamento	Dosis	Direcciones	Razón	Ano de comienzo
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
<b>11. Ejemplo: Lisinopril</b>	<b>10mg</b>	<b>1 pastilla por la mañana</b>	<b>Alta presión</b>	<b>1996</b>

**Pasado Historial Medico** (Verificar "Si" o "No" y circule si es pertinente a su salud )

Sistema	Enfermedad	Si	No	Fecha
<b>Cardiovascular</b>	Colesterol Alto			
	Alta Presión			
	Ataque de corazón			
	CHF or CAD			
	Arritmia			
<b>Pulmonar</b>	Asma			
	COPD			
	Neumonía			
<b>Gastrointestinal</b>	Reflux or GERD			
	Ulceras del estomago			
	IBS			
<b>Renal/GU</b>	Enfermedad renal			
	Cálculos renales			
<b>Músculos</b>	Arthritis			
	Osteoporosis			
	Fracturas - especificar:			
<b>Endocrinólogo</b>	Diabetes ( I or II)			
	Hipertiroidismo			
	Hormonas bajas			

Sistema	Enfermedad	Si	No	Fecha
<b>Neurológico</b>	Demencia			
	Derrame Cerebral			
	Depresión/Ansiedad			
<b>Hematológico</b>	Anemia			
	Coágulos de sangre			
<b>Cancer (escribir)</b>	-Tipo-			
<b>Otro</b>	Glaucoma/Catarata			
	Problemas de próstata			
	Problemas Reproductivos			
	Insomnio			
	Obesidad			
	Vesícula Biliar			
<b>Otro (escribir)</b>				
<b>Ejemplo:</b>	<b>Diabetes (I or II)</b>	<b>X</b>		<b>1993</b>

Reviewed by (initials):

**Preventivo y Inmunizaciones Historial** (Nota: marque "si" o "no" para Inmunizaciones)

✓	Examen	Fecha	Resultados (normal o abnormal)
	Mamografía		
	Papanicolaou		
	Prueba de hueso de densidad		
	Electrocardiograma		
	Examen Annual		
	Examen de la vista		
Influenza (annual): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Hepatitis A & B (1, 2 o 3 dosis): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tétanos (Cada 10 años): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Pneumovax (después de 65 años): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**Cirugía Historial** (Por favor use la vuelta de la pagina para información adicional)

Cirugía/Procedimiento	Fecha	Razón
1		
2		
3		
4		

**Historial Medico Familiar**

(Note: Familia inmediata es mas importante (ejemplo., padres y hermanos). Si esta una enfermedad especifica que resulto en una muerte familiar escribían fallecido después de su nombre en la categoría apropiada (**Especifique se materna o paterna**).

Enfermedad	✓	P/M	Pariente(s)	Edad diagnosticada
Diabetes (Type I or II?)				
Derrame Cerebral				
Problemas del Corazon				
Alta presión o Alto Colesterol				
Osteoporosis o Arthritis				
Sida				
Abuso de drogas o alcohol				
Cancer (especificar)				
Enfermedad mental				
Alzheimer's o Demencia				
Otro :				
Otro :				

**Historia Social** (Por favor marque todas las que apliquen para usted)

<b>Tabaco</b> : Uso actual o pasado de tabaco (cigarrillos, cigarros o tabaco sin humo)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Si "si" solo</b> : paquetes por día : _____ que año comenzó a fumar: _____ <b>O</b> fecha que dejo de fumar : _____ y cuantos años fumo : _____
<b>Alcohol</b> : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Si "si"</b> : cuantas veces por semana : _____ y cuantas bebidas consumidas : _____
<b>Cafeína (porciones/día)</b> : <input type="checkbox"/> Café : _____/día <input type="checkbox"/> Soda: _____/día <input type="checkbox"/> Tea: _____/día
<b>Educación</b> : <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Colegió <input type="checkbox"/> Título de posgrado
<b>Estado Civil</b> : <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <b>Numero de hijo(s)</b> : _____
<b>Familia</b> : Mama: <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecido - edad: _____ Papa: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido – Edad _____
<b>Trabajo actual</b> : _____ <b>Ejercicio seminal ? (especificar)</b> : _____

Reviewed by (initials):

Shepherd Healthcare  
Tim Shepherd, MD PA

Authorization for Release of Medical Information

This authorization is effective from the date on which it was signed and expires in 90 days. I understand that I may revoke the authorization at any time, except to the extent that action has already been taken in reliance upon to Tim Shepherd, M.D.

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Phone:** \_\_\_\_\_

**I authorize my records to be released from:**

**Name (Doctor or Practice):** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Phone:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**I authorize my records to be released to:**

**Shepherd Healthcare**  
500 N Valley Pkwy., Ste 101  
Lewisville, TX 75067  
Phone: 972-420-8777/Fax: 972-219-1978

**Information requested:**

- Complete Records
- Lab
- EKG
- H & P
- X-rays data

**Purpose of Release:**

- Transferring Medical Care
- Moving
- Other

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_