



Karan S. Bhalla, MD, Amita S. Bhalla, MD

Andres F. Vasquez, MD, Karina I. Martinez, NP

3333 Bayshore Blvd, Suite 310 Pasadena, TX 77089

Phone (713) 943-2800 Fax (713) 943-2801

Informacion Del Paciente

Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ Edad _____
Sexo _____ Estatus Marital _____ S.S# _____
Direccion _____ Ciudad _____ TX, Codigo Postal _____
Num. Telefonico _____ Num. De Trabajo _____ Num. Celular _____
Referido Por _____

Contacto De Emergencia

Nombre _____ Num. De Tel _____ Relacion con el paciente _____

Informacion del Empleador

Nombre _____ Num. De Tel _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Informacion De Aseguransa (Si no es el paciente)

Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ Num. De Tel _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Relacion con el Paciente _____

Informacion Y Beneficios Asignados

Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar este reclamo . Yo permito que una copia de esta autorización sea utilizado en lugar de la original. Yo autorizo Orion Médico para solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestados por él /ella o por su/sus ordenes. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se mande directamente a Orion Médico (o la parte que acepta asignaciones). Yo certifico que la información que he proporcionado con respecto a mi cobertura de seguro es la correcta. Yo permito que una copia de esta autorización sea utilizado en lugar de la original. La autorización podrá ser revocada por mí o mi compañía de seguros en cualquier momento por escrito.

Fecha _____ Firma _____
(Paciente, Padres, Guardian)



Karan S. Bhalla, MD, Amita S. Bhalla, MD

Andres F. Vasquez, MD, Karina I. Martinez, NP

3333 Bayshore Blvd, Suite 310 Pasadena, TX 77089

Phone (713) 943-2800 Fax (713) 943-2801

Como parte de los nuevos requisitos de HIPAA ya no estamos autorizados a discutir cualquier resultado o preocupaciones por teléfono con alguien que no sea el paciente. Se permite que el paciente asigne a una persona además de él /ella, que podamos discutir cualquiera de estos asuntos. Esta persona puede ser el esposo, esposa, hijo, vecino o amigo. Sólo una persona por paciente se le puede asignar. Si hay una gran cantidad de miembros de la familia involucrados por favor reunance y asignen a una persona. Los nuevos requisitos de HIPAA entró en vigor el 14 de Abril del 2013. Si usted tiene alguna pregunta o preocupación por favor dejemos saber.

Gracias
Orion Medical

Yo _____ doy mi permiso a
(Nombre del Paciente)

_____ para discutir mi condicion medica
(Nombre del miembro familiar)

Con Dr. Karan Bhalla y/o su personal.

Firma _____ Dia _____

Testigos _____

Relacion con el paciente _____

Numero de tel. adicional _____



Karan S. Bhalla, MD, Amita S. Bhalla, MD

Andres F. Vasquez, MD, Karina I. Martinez, NP

3333 Bayshore Blvd, Suite 310 Pasadena, TX 77089

Phone (713) 943-2800 Fax (713) 943-2801

En Orion Medical nos hemos encargado de proporcionar la información que necesita para comprender todos los aspectos del cuidado de su salud. En consonancia con esta promesa, así como el cumplimiento con las leyes estatales y federales, Orion Medical proporciona esta lista de precios para nuestros servicios que no están cubiertos por su plan de seguro. Los precios se haran efectivos el 14 de Octubre del 2013.

Registros Medicos	1-20 pgs., \$25.00, pgs. Adicionales, .50 c/u
Citas no Canceladas (Debe cancelar 1dia antes de la cita programada)	\$35.00
Si no se presenta para examen del stress (Debe cancelar 2 dias antes de la cita programada)	\$250.00
Cita para Ecocardiograma/Ultrasonidos (Debe cancelar 1 dia antes de la cita programada)	\$35.00
Autorizacion para medicamentos (Bajo la nueva reforma de salud , muchas de nuestras recetas requieren una autorización previa que implicaba el tiempo del personal significativa y el papeleo para que pueda recibir la medicación prescrita)	\$10.00 por autorizacion, max \$50.00 anual
Todos los formularios llenados por MD/ personal	\$10-50.00 por formulario
Cita no cancelada de ablación de las venas (Debe cancelar 2 dias antes de la cita programada)	\$200.00

Su firma indica que usted ha sido informado de nuestras tasas de la oficina y autorización previa y proporcionada con la lista de servicios que no están cubiertos por su plan general, y será responsabilidad del paciente.

Firma

Fecha



Karan S. Bhalla, MD, Amita S. Bhalla, MD

Andres F. Vasquez, MD, Karina I. Martinez, NP

3333 Bayshore Blvd, Suite 310 Pasadena, TX 77089

Phone (713) 943-2800 Fax (713) 943-2801

Reconocimiento de recibo del aviso de privacidad

Al firmar este formulario , usted acepta que ha recibido una copia del Aviso de Privacidad de Orion Medical, que describe cómo usamos y divulgamos información de salud. Usted tiene el derecho de negarse a firmar este reconocimiento, en cuyo caso debemos documentar nuestros esfuerzos de buena fe para obtener la razón por la que no fue obtenida.

Recibo de aviso de privacidad reconocida por:

Firma

Fecha

Nombre

Relacion con el paciente:

Mismo

Otro: _____



Karan S. Bhalla, MD, Amita S. Bhalla, MD

Andres F. Vasquez, MD, Karina I. Martinez, NP

3333 Bayshore Blvd, Suite 310 Pasadena, TX 77089

Phone (713) 943-2800 Fax (713) 943-2801

Historial Medico Del Paciente

Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Doctor Primario _____

Farmacia y Num. de Tel. _____

Historial Medico:

- Asma
- Bronquitis
- Cálculo biliar
- VIH/SIDA
- Coágulos de Sangre
- Otro: _____
- Angina de pecho/Dolor de pecho
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)
- Ataque al Corazon
- Enfermedad renal
- Inflamación de las Piernas
- Anemia
- Enfermedad Hepatica
- Soplo Cardíaco
- Fiebre Reumática
- Artritis
- Trastorno de la Coagulación
- Hepatitis Alta presion
- Derrame Cerebral
- Cancer
- Diabetes
- Colesterol Alto
- Enfermedad de la Tiroides

¿Tiene usted un testamento en vida ? Si No
 ¿Tiene un poder de abogado? Si No En caso Afirmativo, Quien? _____

Historial Familiar:

- Diabetes
- Ataque al Corazon
- Alta Presion
- Enfermedad Renal
- Derrame Cerebral
- Cancer

Operaciones y / u Hospitalizaciones:

Rason	Fecha	Rason	Fecha

Alergias a Medicamentos

Habitos:

Sueno? Ronca Somnolencia Diurna Dificultad para Conciliar el Sueño
Fumar? Si No Si es afirmativo, Cuantos al dia y po cuanto tiempo? _____
Alcohol? Si No Si es afirmativo, Frecuencia y Cantidad? _____
Medicamentos? Si No Se es afirmativo, Que tipo de Medicamentos (por favor indique en la página siguiente)



Karan S. Bhalla, MD, Amita S. Bhalla, MD

Andres F. Vasquez, MD, Karina I. Martinez, NP

3333 Bayshore Blvd, Suite 310 Pasadena, TX 77089

Phone (713) 943-2800 Fax (713) 943-2801

Autorización para la diseminación de información de salud protegida

Seccion 1. Yo _____ (nombre) autorizo del siguiente proveedor de cuidado de la salud y / o de organización para revelar la siguiente información protegida de salud a la persona designada y / o la organización con el propósito (s) enumerado abajo:

<p>Seccion 2. Información revelada por:</p> <p><u>Orion Medical</u> (Nombre del proveedor de atención médica / organización)</p> <p><u>3333 Bayshore Blvd, Suite 310, Pasadena, TX 77504</u> (Direccion)</p> <p><u>713-943-2801</u> <u>713-943-2800</u> Numero de Fax Telefono De Oficina</p>	<p>Seccion 3. Información que sera recibida</p> <p>_____ (Nombre de la persona u organización)</p> <p>_____ (Direccion)</p> <p>_____ (Numero de Fax) _____ (Numero de Telefono)</p>
<p>Seccion 4. La información a reveler:</p> <p><input type="checkbox"/> Expediente Medico <input type="checkbox"/> Registro de Factura</p> <p><input type="checkbox"/> Otro(Por favor de especificar) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Seccion 5. La informacion debe ser</p> <p><input type="checkbox"/> Enviada por correo <input type="checkbox"/> Enviada por correo electronic</p> <p><input type="checkbox"/> Recogida por: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Por Fax _____</p> <p><input type="checkbox"/> Por Telefono _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro(Por favor espicifique) _____</p>