

KATY
4521 HWY 6 N.
HOUSTON, TX 77084

SOUTHWEST
8783 S. GESSNER RD
HOUSTON, TX 77074



NORTH
349 W. GREENS RD
HOUSTON, TX 77067

PASADENA
3512 FAIRMONT PKWY
PASADENA, TX 77504

Houston Medical Group

WORKING UNITED IN THE COMMUNITY TO BETTER HEALTHCARE

1. Información Personal y de Contacto

Fecha Actual: ____ / ____ / ____

Tipo de Visita:	<input type="checkbox"/> Accidente Automovilístico <input type="checkbox"/> Lesión Laboral <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado
Nombre:	Apellido: _____
Género:	Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Dirección:	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento:	____ / ____ / ____ Tel. de Casa: _____ Celular: _____
Raza y Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no divulgar <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano-Americano o Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Desconocido
Pariente más cercano:	Nombre: _____ Teléfono: _____
Empleador:	Tel. del Trabajo: _____ Ocupación: _____
Dirección del Trabajo:	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Contacto de Emergencia:	Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

2. Información de Seguro y Legal

Seguro Médico

Seguro Primario:	ID #: _____ Grupo #: _____
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Teléfono:	Contacto/Ajustador del Seguro Primario: _____
Nombre del Titular de la Póliza:	Fecha de Nacimiento del Titular: _____
Relación con el Paciente:	<input type="checkbox"/> Mismo Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro _____

Si el paciente es menor de edad, nombre y dirección de la persona responsable del cuidado: _____
Autorizo que este menor sea atendido en esta oficina.

Firma: _____ Fecha: _____

Seguro por Accidente Automovilístico (si aplica)

Fecha del Accidente:	____ / ____ / ____ Estado donde ocurrió el accidente: _____
Compañía de Seguros:	_____ Reclamo#: _____
Nombre del Ajustador:	_____ Teléfono/Correo Electrónico del Ajustador: _____
¿Hay un abogado involucrado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí: Nombre: _____ Teléfono: _____

3. Detalles del Accidente y la Lesión (si aplica)

Pregunta	Respuesta
Usted era:	<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero Delantero <input type="checkbox"/> Pasajero Trasero <input type="checkbox"/> Peatón
Tipo de Colisión:	<input type="checkbox"/> Alcance <input type="checkbox"/> Impacto Lateral <input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> Vuelco <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Qué tipos de otros vehículos estuvieron involucrados?	_____
¿En qué tipo de vehículo se encontraba usted?	_____
Daño al Vehículo:	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Pérdida Total
¿Usaba cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se activaron las bolsas de aire?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Perdió el conocimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tratamiento Inicial:	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sala de Emergencias <input type="checkbox"/> Atención Urgente <input type="checkbox"/> Médico Primario Si recibió tratamiento, ¿nombre del centro?: _____
Transporte desde la escena:	<input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Condujo por su cuenta <input type="checkbox"/> Otro: _____

4. Queja Principal / Síntomas Actuales

¿Cuál es su queja principal?

Descripción del Dolor (Marque todas las que correspondan)

Agudo Sordo Doloroso Ardor Hormigueo Entumecimiento Palpitante Punzante

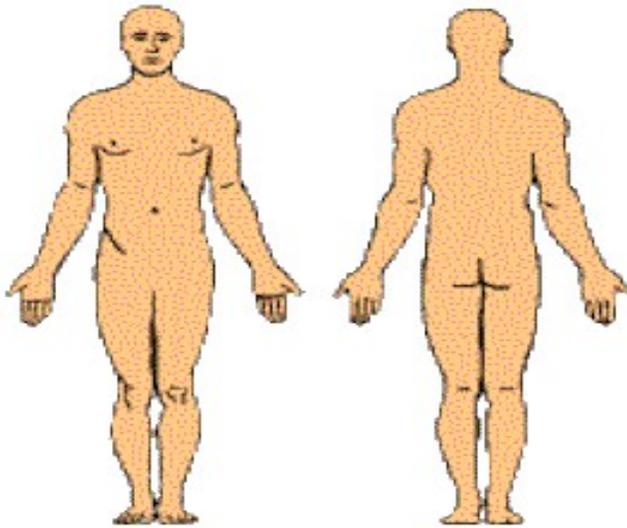
Factores que Desencadenan el Dolor

Estar sentado Estar de pie Agacharse Levantar objetos Conducir Caminar Estar acostado Estrés

Métodos de Alivio del Dolor

Hielo Calor Medicamentos Descanso Movimiento Otro: _____

Marque las Áreas de Dolor en el Diagrama



- ___ Neck/Cuello
- ___ Low Back/Espalda Bajo
- ___ Stomach/Estomago
- ___ Shoulder/Hombro
- ___ Arm/Brazo
- ___ Elbow/Codo
- ___ Wrist/Muñeca
- ___ Hand/Mano
- ___ Finger/Dedos de Mano
- ___ Hip/Cadera
- ___ Leg/Pierna
- ___ Knee/Rodilla
- ___ Ankle/Tobillo
- ___ Foot/Pie
- ___ Toes/Dedos de Pie
- ___ Between Shoulders/Entre hombros
- ___ Headaches/ Dolor de Cabeza
- ___ Chest/Pecho
- ___ R/Derecho ___ L/Izquierda

5. Historial Médico

¿Ha visitado a un quiropráctico anteriormente? Sí No

¿Ha tenido alguno de los siguientes? (marque todas las que correspondan)

- Presión Alta
- Enfermedad del Corazón
- Derrame Cerebral
- Convulsiones
- Alergias
- Asma
- Diabetes
- Cáncer
- Artritis
- Osteoporosis
- Ansiedad / Depresión
- Desmayos
- Cirugía de Columna
- Huesos Rotos
- Lesiones en la Cabeza
- Trastornos Autoinmunes
- Otro: _____

Medicamentos Actuales (incluya medicamentos de venta libre):

Alergias (medicamentos, alimentos, etc.):

Cirugías / Hospitalizaciones (con fechas):

6. Información sobre el Estilo de Vida

Actividad	Frecuencia / Notas
Uso de Tabaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No — Si respondió sí: _____
Consumo de Alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No — Si respondió sí: _____
Cafeína	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No — Si respondió sí: _____
Drogas Recreativas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

7. Limitaciones Funcionales y Laborales

• ¿Está trabajando actualmente? Sí No
Si no, ¿por qué? _____

• ¿Esta lesión ha afectado su capacidad para:
 Realizar sus tareas laborales Dormir Conducir Realizar tareas del hogar

• ¿Ha faltado al trabajo debido a esta condición? Sí No
Si respondió sí, cuántos días: _____

DECLARACIÓN

Con mi firma a continuación, declaro y certifico que el reclamo por lesión personal que estoy presentando es resultado de un accidente legítimo ocurrido el día ____ / ____ / ____.

Por la presente reconozco que he sido informado por Houston Medical Group de que es una violación de las leyes federales y estatales declarar falsamente que he sufrido una lesión o que estuve involucrado en un accidente que fue de alguna manera montado o simulado con el propósito de presentar un reclamo fraudulento.

Además, con mi firma a continuación, confirmo que nadie ha venido a mi residencia ni me ha contactado para decirme o hacerme creer que debo acudir a esta clínica para recibir terapia debido al accidente ocurrido el día _____ que causó mi lesión.

Firma del Paciente o Tutor: _____

Nombre en Letra de Molde del Paciente o Tutor: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

8. Consentimiento Informado y Autorización

Yo, _____, entiendo que como parte de mi atención médica, Houston Medical Group crea y mantiene registros en papel y/o electrónicos sobre mi historial médico, resultados de exámenes y pruebas, tratamiento, y planes para el manejo futuro de mi salud. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi atención y tratamiento,
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que participan en mi atención,
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura,
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron prestados, y
- Una herramienta para las operaciones de la clínica, es decir, para evaluar la calidad y competencia de los profesionales médicos.

Entiendo que se me ha proporcionado un Aviso de Prácticas de Información, el cual brinda una explicación más completa sobre el uso y divulgación de mi información. Entiendo que tengo los siguientes derechos:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,
- El derecho a oponerme al uso de mi información médica con fines de directorio, y
- El derecho a restringir cómo se usa o divulga mi información para llevar a cabo tratamiento, pagos u operaciones de atención médica.

Entiendo que Houston Medical Group no está obligado a aceptar las restricciones que solicite. Puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en los casos en que la organización ya haya tomado acciones basadas en él. Entiendo que si me niego a firmar este consentimiento o si lo revoco, esta clínica puede negarse a tratarme, según lo permitido por la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Entiendo que Houston Medical Group se reserva el derecho de modificar el aviso y las prácticas antes de finalizar el proceso, de acuerdo con la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales. Si Houston Medical Group realiza modificaciones al aviso, y si lo solicito, se enviará una copia a la dirección que yo proporcione (por correo postal de EE.UU. o, si acepto, por correo electrónico).

Deseo aplicar las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información médica:

Entiendo que, para los fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mis registros médicos a otra entidad; doy mi consentimiento para dicha divulgación, incluyendo el uso del fax.

Declaro que entiendo completamente y acepto / no acepto los términos de este consentimiento.

Firma del Paciente o Tutor: _____

Nombre en Letra de Molde del Paciente o Tutor: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

KATY
4521 HWY 6 N.
HOUSTON, TX 77084

SOUTHWEST
8783 S. GESSNER RD
HOUSTON, TX 77074



NORTH
349 W. GREENS RD
HOUSTON, TX 77067

PASADENA
3512 FAIRMONT PKWY
PASADENA, TX 77504

Houston Medical Group

WORKING UNITED IN THE COMMUNITY TO BETTER HEALTHCARE

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO / AUTORIZACIÓN LIMITADA Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Sin embargo, si se niega, es posible que no podamos procesar sus reclamaciones de seguro.

Fecha: _____

El abajo firmante reconoce haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente vigente de este centro de atención médica. Una copia firmada y fechada de este documento tendrá la misma validez que el original.

MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (PHI), EN CASO DE QUE SOLICITE QUE SE ENVÍEN TRATAMIENTOS O RADIOGRAFÍAS A OTRO MÉDICO / CENTRO EN EL FUTURO.

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____

Firma del Paciente / Tutor Legal del Paciente: _____

Representante Legal / Tutor: _____

Relación del Representante Legal / Tutor con el Paciente: _____

POR FAVOR INDIQUE CUALQUIER OTRA PERSONA QUE PUEDA TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN MÉDICA: (Esto incluye padrastos, abuelos y cualquier cuidador que pueda acceder a los registros del paciente)

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

AUTORIZO A ESTA CLÍNICA A CONTACTARME PARA CONFIRMAR CITAS, INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN A TRAVÉS DE:

- Confirmación al Teléfono Celular Mensaje de Texto a mi Celular
 Confirmación al Teléfono de Casa Confirmación por Correo Electrónico
 Confirmación al Teléfono del Trabajo Cualquiera de las Opciones Anteriores

AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD SEA TRANSMITIDA A TRAVÉS DE:

- Confirmación al Teléfono Celular Mensaje de Texto a mi Celular
 Confirmación al Teléfono de Casa Confirmación por Correo Electrónico
 Confirmación al Teléfono del Trabajo Cualquiera de las Opciones Anteriores

Al firmar este Formulario de Reconocimiento del Paciente conforme a HIPAA, usted reconoce y autoriza que esta clínica puede recomendar productos o servicios que promuevan una mejor salud. Esta clínica puede o no recibir remuneración de terceros por parte de las empresas afiliadas. De acuerdo con la Regla Ómnibus de HIPAA vigente, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.

KATY
4521 HWY. 6 N.
HOUSTON, TX 77084

SOUTHWEST
8783 S. GESSNER RD
HOUSTON, TX 77074



NORTH
349 W. GREENS RD
HOUSTON, TX 77067

PASADENA
3512 FAIRMONT PKWY
PASADENA, TX 77504

Houston Medical Group

WORKING UNITED IN THE COMMUNITY TO BETTER HEALTHCARE

Patient – Access and Authorization for Disclosure of Protected Health Information (PHI) HIPAA Release

Patient's Name: _____ Birth date: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

The undersigned acknowledges receipt of a copy of the currently effective Notice of Privacy Practices from **HOUSTON MEDICAL GROUP**.

A copy of this signed, dated document shall be as effective as the original.

**MY SIGNATURE WILL ALSO SERVE AS A PHI DOCUMENT RELEASE SHOULD I REQUEST TREATMENT OR RADIOGRAPHS BE SENT TO OTHER ATTENDING DOCTOR / FACILITIES IN THE FUTURE/MY REPRESENTATIVE*

HOSPITAL/FACILITY VISITED: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: Code: _____

ATTORNEY'S OFFICE NAME: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Records to be disclosed related to the following date(s) of service _____

All Medical Record Lab Results Physician Orders Prescriptions Itemized Bill X-ray Other

ENTITY / PERSON MAY RECEIVE COPIES OF MY RECORDS BY: Mail Pick up Fax Email

Name: **Houston Medical Group**

Address: _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

Email: _____

CONNECTION WITH THIS AUTHORIZATION:

The information authorized for release may include records which may indicate the presence of a communicable or venereal disease which may include, but is not limited to, diseases such as hepatitis, syphilis, gonorrhea, and the human immunodeficiency virus, also known as Acquired Immune Deficient Syndrome (AIDS). To authorize disclosure of the following sensitive information listed below: Please check box below: HIV/AIDS-related Testing and/or Treatment Sexually Transmitted Diseases Alcohol / Drug Abuse Treatment Mental Health -Testing / Treatment None of the listed

- I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken by Houston Medical Group, by providing a written request to the Organization where my care was provided.
- I understand that if the entity/person that receives the above information is not a health care provider or health plan covered by federal privacy regulations, the information described above may be re-disclosed by such entity/person and will likely no longer be protected under the federal privacy regulations.
- I understand that Houston Medical Group may not deny treatment if I do not complete this authorization form, but may deny services when the services are only to create PHI for disclosure to a third party.
- I understand that this authorization expires one year from date of authorization, or revoked on date specified here ____/____/____. Additionally, applicable State Law may specify a shorter duration.
- I have a right to receive a copy of this authorization.

Patient or Guardian Signature: _____

Patient or Guardian Printed Name: _____

Relation with the Patient (if patient is a minor): Parent Legal Guardian Relative Family Member

Date: ____ / ____ / ____

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Su salud es un asunto personal muy serio y entendemos que la confidencialidad es de suma importancia. Para garantizar su privacidad total, hemos implementado y seguimos protocolos y procesos de seguridad estrictos y específicos. Solo utilizamos los más altos niveles de seguridad para el cliente y el sitio web, con el fin de garantizar su privacidad y protección. Nuestra política establece que nunca se permitirá el acceso a terceros a ninguna de su información personal financiera o médica. Si tiene alguna pregunta sobre nuestros procesos o protocolos de seguridad, por favor contáctenos de inmediato.

Sus Resultados de Pruebas – Solo usted recibe sus resultados de prueba, a menos que nos indique por escrito que los enviemos a un profesional médico o a un tercero adicional. Aunque ciertos resultados positivos, como VIH, deben ser reportados a determinadas agencias gubernamentales, **solo se informará la cantidad mínima de información requerida.**

¡SU PRIVACIDAD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS Y TOMAMOS TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA PROTEGER SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD!

HIPAA: Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud – Este aviso describe cómo puede divulgarse información médica sobre usted y cómo puede acceder a esa información. Por favor, revíselo detenidamente.

En cumplimiento con la ley del Congreso de 1996 para proteger la privacidad de la información médica protegida de los pacientes, salvaguardaremos toda la información de los clientes/pacientes y divulgaremos o compartiremos solo la información mínima necesaria para los siguientes fines:

Tratamiento: Información sobre la salud actual o pasada, necesaria para que la agencia proporcione el cuidado adecuado a los clientes que solicitan servicios de atención domiciliaria. Esto puede incluir, entre otros:

Historial médico, notas de progreso, reportes de laboratorio, resultados de radiografías, informes operatorios, reportes de consulta, reportes de alta hospitalaria, DNR hospitalario, que se obtendrán de cualquier clínica, hospital, centro de enfermería especializada, consultorio médico u otra agencia de salud involucrada en el cuidado actual o futuro del paciente/cliente.

Pago: Información solicitada por la compañía de seguros, necesaria para el procesamiento de reclamaciones por el pago de servicios.

Operaciones: Revisión de los expedientes médicos por parte de cualquier organización de revisión por pares, organismo de acreditación, entidad estatal o reguladora, solo para fines estadísticos o de evaluación de la agencia. **Cualquier información divulgada se mantendrá en estricta confidencialidad** y no será utilizada para divulgación pública.

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nosotros y pedir hablar con el Director de Operaciones. El director investigará todas las reclamaciones y le proporcionará un informe escrito con sus hallazgos en un plazo de 10 días. Si no queda satisfecho con el informe y las acciones correctivas tomadas, el director le proporcionará la dirección y/o números telefónicos de la organización estatal o federal correspondiente para presentar una queja.

Mantendremos un registro para cada paciente que atendamos, en el que se detallará qué información fue divulgada y con qué propósito. El paciente tiene derecho a revisar este registro previa solicitud.

Firma del Paciente o Tutor: _____

Nombre en Letra de Molde del Paciente o Tutor: _____

Relación con el Paciente (si es menor de edad): Padre / Madre Tutor Legal Familiar Miembro de la Familia

Fecha: ____ / ____ / ____

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA MEDICINA QUIROPRÁCTICA / TERAPIA FÍSICA

He sido informado(a) y reconozco que la participación en medicina física/terapia física que involucra flexibilidad, fuerza, equilibrio, agilidad y ejercicio aeróbico, incluyendo el uso de equipos y dispositivos, es una actividad potencialmente peligrosa. También he sido informado(a) y reconozco que la participación en la medicina física puede poner a prueba los límites físicos y mentales de una persona, y que dicha participación y entrenamiento conlleva riesgos potenciales de lesiones corporales graves o incluso la muerte.

COMPRENDO Y SE ME HA INFORMADO QUE, COMO EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA, EN LA PRÁCTICA DE LA QUIROPRÁCTICA EXISTEN ALGUNOS RIESGOS EN EL TRATAMIENTO, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A FRACTURAS, LESIONES DE DISCOS, DERRAMES CEREBRALES, LUXACIONES Y ESGUINCES.

No espero que el doctor pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en el juicio del doctor durante el procedimiento, quien decidirá en base a los hechos conocidos en ese momento lo que sea en mi mejor interés.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER DAÑO, LESIÓN O PERJUICIO QUE PUEDA RESULTAR DE LOS AJUSTES QUIROPRÁCTICOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS QUIROPRÁCTICOS, INCLUYENDO DIVERSAS MODALIDADES DE MEDICINA FÍSICA. RENUNCIO, LIBERO, ABSUELVO, INDEMNIZO Y ACEPTO MANTENER INDEMNIDAD A HOUSTON MEDICAL GROUP, SUS DIRECTIVOS, EMPLEADOS Y AFILIADOS POR CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SURJA DE CUALQUIER LESIÓN QUE SUFRA, SEA POR NEGLIGENCIA U OTRA CAUSA.

Reconozco, acepto y asumo estos riesgos de manera voluntaria y consciente.

He leído esta renuncia y liberación de reclamos y pacto de no demandar. Estoy consciente de que este documento constituye un acuerdo de no demandar y una liberación total de responsabilidad por parte mía y del participante del programa. Reconozco que firmo este documento de forma libre y voluntaria, con pleno conocimiento de los riesgos asumidos.

Acepto lo siguiente:

- Mi participación en el tratamiento quiropráctico, medicina física y entrenamiento es completamente voluntaria.
- Mi participación en cada ejercicio y actividad dentro del programa de medicina física es voluntaria y puedo elegir no participar o limitar mi participación en cualquier momento.
- Soy personalmente responsable de mi seguridad durante mi participación en el programa de medicina física. Me esforzaré por mantener un nivel de participación que sea seguro y cómodo para mí.
- Informaré a mi quiropráctico/médico/asistente quiropráctico sobre cualquier cambio en mi salud física o mental antes de cada sesión.
- Mi quiropráctico/asistente quiropráctico/médico está disponible para responder cualquier pregunta o inquietud que tenga sobre mi participación, actividades o seguridad.
- Buscaré más instrucciones o explicaciones sobre cualquier aspecto que no entienda completamente o que me cause preocupación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS MÉDICOS:

He sido informado(a) y reconozco que la participación en servicios médicos, incluyendo examen físico, prescripción médica por parte de un doctor, diagnóstico médico, y pruebas de laboratorio, puede potencialmente causar condiciones médicas de emergencia o efectos adversos derivados del tratamiento.

DECLARACIÓN SOBRE EMBARAZO:

Por la presente, declaro y aseguro que no existe la posibilidad de que esté embarazada actualmente. Entiendo que esta clínica y/o sus empleados tomarán todas las precauciones necesarias para proteger mi bienestar. Por lo tanto, libero a Houston Medical Group y/o a quienes designe, así como a sus asistentes, de toda responsabilidad relacionada con este asunto.

AUTORIZACIÓN PARA MENORES:

Por la presente otorgo autorización escrita a quien se designe para administrar el tratamiento prescrito por el mismo o por el doctor designado y/o su(s) asistente(s) a mi hijo(a) menor. Certifico que he leído y entiendo completamente la autorización mencionada anteriormente para el tratamiento, las razones por las cuales se considera necesario, sus ventajas y las posibles complicaciones, si las hubiere, que me fueron explicadas por el doctor y/o un asistente designado.

Asimismo, certifico que no se me ha garantizado ni asegurado ningún resultado específico. También autorizo y libero a quien se designe para divulgar cualquier información médica necesaria para la tramitación de este reclamo ante la(s) compañía(s) de seguros y/o abogado(s).

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTA Y TRATAMIENTO MÉDICO:

En términos generales, **acepto recibir una consulta médica general y tratamiento para mi lesión.** Entiendo que pueden o no recetarme medicamentos para ayudar a aliviar mi dolor. Comprendo que existen resultados esperados, efectos secundarios comunes y posibles riesgos asociados con el uso de medicamentos.

Por la presente, acepto la responsabilidad por cualquier daño, lesión o perjuicio que pueda resultar de los servicios y tratamientos médicos proporcionados por Houston Medical Group y toda la organización.

También acepto acudir de inmediato al servicio de urgencias del hospital más cercano en caso de cualquier tipo de emergencia médica o condición médica que, a mi juicio, requiera atención médica inmediata, ya sea que surja como resultado de cualquier tratamiento, servicio, producto o medicamento recetado por Houston Medical Group, cualquier empleado, agente, médico independiente, asistente médico o enfermero(a) que cubra al médico tratante.

TAMBIÉN ENTIENDO QUE PUEDO NEGARME A TOMAR MEDICAMENTOS CUANDO SE ME OFREZCAN Y/O REVOCAR MI CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO.

Entiendo que, si dicha negativa representara un riesgo para mí o para otros, el medicamento podría administrarse sin mi consentimiento.

Comprendo que tengo derecho a presentar una queja por violación de derechos humanos o solicitar protección judicial de mis derechos o privilegios conforme a la ley.

Firma del Paciente o Tutor: _____

Nombre en Letra de Molde del Paciente o Tutor: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

KATY
4521 HWY 6 N.
HOUSTON, TX 77084

SOUTHWEST
8783 S. GESSNER RD
HOUSTON, TX 77074



NORTH
349 W. GREENS RD
HOUSTON, TX 77067

PASADENA
3512 FAIRMONT PKWY
PASADENA, TX 77504

Houston Medical Group

WORKING UNITED IN THE COMMUNITY TO BETTER HEALTHCARE

ASSIGNMENT OF BENEFITS: Assignment of Cause of Action: Contractual Lien

The undersigned patient and/or responsible party, in consideration of treatment rendered or to be rendered and for deferred payment, irrevocably and exclusively assigns, grants and conveys, to Thanh Pham, DC, Eric Nicasro, DC, Brooke Thibodeaux, DC, Swynda Barajas, DC, a lien and assignment of any and all claims, causes of action, and right to any proceeds and/or benefits, including any Personal Injury Protection proceeds and/or benefits that the patient may have against any other person, entity, and/or insurance company for reimbursement and/or payment of the medical charges incurred with all the following rights, power, and authority:

RELEASE OF INFORMATION: You are authorized to release information concerning my condition and treatment to my insurance company, attorney or insurance adjuster for purposes of processing my claim for benefits and payment for services rendered to me.

IRREVOCABLE ASSIGNMENT OF RIGHTS: You are assigned the exclusive, irrevocable right to any cause of action that exists in my favor against any insurance company for the terms of the policy, including the exclusive, irrevocable right to receive payment for such services, make demand in my name for payment, and prosecute and receive penalties, interest, court cost, or other legally compensable amounts owned by an insurance company in accordance with Article 21.55 of the Texas Insurance Code to cooperate, provide information as needed, and appear as needed, wherever to assist in the prosecution of such claims for benefits upon request. A letter of protection issued by an attorney's office will not negate this assignment.

DEMAND FOR PAYMENT: To any insurance company providing benefits of any kind to me/us for treatment rendered by the physician/facility named above within 5 days following your receipt of such bill for services to the extent of such bills are payable under the terms of the policy. This demand specifically conforms to Sec. 542.057 of the Texas Insurance Code, and Article 21.55 of the Texas Insurance Code, providing for attorney fees, 18% penalty, court cost, and interest from judgment, upon violation. I further instruct my carrier to make all checks payable to Houston Medical Group, and send to 4771 Sweetwater Blvd #143 Sugar Land, TX 77479. I instruct my attorney to provide on request to the above named provider, a settlement breakdown in accordance with the Safekeeping Property Rule, Sec. 1.14.

THIRD PARTY LIABILITY: If my injuries are the result of negligence from a third party, then I instruct the liability carrier to issue a separate draft to pay in full all services rendered, payable directly to Houston Medical Group, and to send any and all checks to 4771 Sweetwater Blvd #143 Sugar Land, TX 77479.

STATUTE OF LIMITATIONS: I waive my rights to claim any statute of limitations regarding claims for services rendered or to be rendered by the physician/facility named above, in addition to reasonable cost of collection, including attorney fees and court cost incurred.

LIMITED POWER OF ATTORNEY: I hereby grant to the physician/facility named above power to endorse my name upon any checks, drafts, or other negotiable instrument representing payment from any insurance company representing payment for treatment and healthcare rendered by the physician/facility named above. I agree that any insurance payment representing an amount in excess of the charges for treatment rendered will be credited to my/our account or forwarded to my/our address upon request in writing to the physician/facility named above.

REJECTION IN WRITING: I hereby authorize the physician/clinic named above to establish a PIP or UM/UIM claim on my behalf. I also instruct my insurance carrier to provide upon request to the provider/clinic named above, any rejections in writing as they apply to my lack of PIP or UM/UIM coverage. I allege that electronic signatures are not adequate proof of rejection, and are invalid to establish rejection, and instruct my carrier to provide only copies of my original signature regarding rejection as evidence of rejection of PIP or UM/UIM.

TERMINATION OF CARE: I hereby acknowledge and understand that if I do not keep appointments as recommended to me by my caring doctor at this clinic, he/she has full and complete right to terminate responsibility for my care and relinquish any disability granted me within a reasonable period of time. If during the course of my care, my insurance company requires me to take an examination from any other doctor, I will notify this physician/facility immediately. I understand the failure to do so may jeopardize my case.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. [CPRC: Sec. 132.001(a)]

Patient or Guardian Signature: _____

Patient or Guardian Printed Name: _____

Relation with the Patient (if patient is a minor): Parent Legal Guardian Relative Family Member

Date: ____ / ____ / ____

KATY
4521 HWY 6 N.
HOUSTON, TX 77084

SOUTHWEST
8783 S. GESSNER RD
HOUSTON, TX 77074



NORTH
349 W. GREENS RD
HOUSTON, TX 77067

PASADENA
3512 FAIRMONT PKWY
PASADENA, TX 77504

Houston Medical Group

WORKING UNITED IN THE COMMUNITY TO BETTER HEALTHCARE

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO DE TELEMEDICINA

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los pacientes en una ubicación remota del proveedor de atención médica, o que los proveedores de atención médica en diferentes ubicaciones, compartan información médica del paciente con el fin de mejorar la atención médica. Los proveedores pueden incluir médicos principales, especialistas y/o subespecialistas (especialistas a distancia). La información puede ser utilizada para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación. También puede incluir lo siguiente: expedientes médicos del paciente, imágenes médicas, audio y video en vivo bidireccional, datos de salida de dispositivos médicos, y grabaciones de sonido y video.

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la información privada del paciente y los datos de imagen. Se incluirán medidas para salvaguardar los datos y asegurar su integridad contra corrupción intencional o accidental.

Beneficios Esperados: Mejor acceso a la atención médica, obtención de experiencia médica de un especialista a distancia.

Riesgos Posibles: La información puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de imágenes) para permitir decisiones médicas apropiadas por parte del médico o consultores. Podrían ocurrir demoras en la evaluación médica y el tratamiento debido a problemas o fallas de equipo. Si esto ocurre, entiendo que es mi responsabilidad obtener atención o asistencia médica de seguimiento. En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la información médica personal y privada. La falta de acceso a los expedientes médicos completos podría provocar interacciones adversas de medicamentos, reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Al dar mi consentimiento:

- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina. Entiendo que ninguna información obtenida mediante el uso de la telemedicina que me identifique será divulgada a otras entidades sin mi consentimiento.
- Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina durante el curso de mi atención en cualquier momento, sin que esto afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento médico en el futuro.
- Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar toda la información obtenida y registrada durante una interacción de telemedicina. Entiendo que puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
- Entiendo que hay una variedad de métodos alternativos de atención médica disponibles para mí, y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. Mi equipo médico me ha explicado las alternativas satisfactoriamente.
- Entiendo que la telemedicina puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales médicos que pueden estar ubicados en otras áreas, incluyendo fuera del estado o del país.
- Entiendo que es mi deber informar a mi equipo médico sobre interacciones electrónicas relacionadas con mi atención que pueda tener con otros proveedores de salud.
- Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la telemedicina en mi atención, pero que no se puede garantizar ni asegurar ningún resultado.
- Entiendo que puedo necesitar ser atendido en persona si, a criterio de mi proveedor, se considera necesario por cualquier motivo.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre la telemedicina. Lo he discutido con mi proveedor (o quien haya sido designado), y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Si este consentimiento informado se firma con anticipación a una próxima consulta de telemedicina, entiendo que este documento debe ser firmado antes de que la consulta pueda llevarse a cabo. Sin embargo, puedo llamar a mi clínica si tengo preguntas antes de firmar.

Por la presente, doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica. Apruebo el uso de la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Firma del Paciente o Tutor: _____

Nombre en Letra de Molde del Paciente o Tutor: _____

Fecha: ____ / ____ / ____