

**Jim S. Garza, M.D., P.A.**  
HOUSTON HERNIA CENTER

3700 Buffalo Speedway, Suite 350  
Houston, TX 77098

Oficina: (713) 932-1001 o 1-800-230-1992  
Fax: (713) 932-0037

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
(Escriba con letra de imprenta)

**Fecha:** \_\_\_\_\_

¿Quién lo recomendó?: \_\_\_\_\_

Su molestia actual: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Matrimonial: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono de su oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de licencia / identificación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Duración de su empleo: \_\_\_\_\_

**Información del asegurado:**

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

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA

### ¿Ha tenido alguna vez alguna de estas enfermedades?

(Marque todo lo que corresponda)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta      | <input type="checkbox"/> Enfisema                 | <input type="checkbox"/> Implantes en articulaciones    |
| <input type="checkbox"/> Soplo al corazón           | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado  | <input type="checkbox"/> Marcapasos                     |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Hepatitis                | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones         |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática           | <input type="checkbox"/> Artritis                 | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza persistentes |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho/Angina      | <input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón   | <input type="checkbox"/> Asma                           |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire              | <input type="checkbox"/> Úlceras                  | <input type="checkbox"/> Alergia al polen               |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón          | <input type="checkbox"/> Reflujo                  | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales         |
| <input type="checkbox"/> Desviación coronaria       | <input type="checkbox"/> Flebitis/coágulos sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad vesicular           |
| <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos       | <input type="checkbox"/> Cáncer                   | <input type="checkbox"/> Gota                           |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebro vascular | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Cálculos renales               |
| <input type="checkbox"/> Desmayos                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea      | <input type="checkbox"/> Otras: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Mareos                     | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis               | <input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos    | _____   |

¿Fuma?                    Sí / No                    ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol?        Sí / No                    ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Usted tiene un doctor primario?    Sí / No    Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico/a a algún medicamento? (Por favor enumérelos): \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico/a al látex?    Sí / No

Enumere los medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_

Enumere los médicos que está viendo actualmente: \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado/a alguna vez?                    Sí / No                    ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Enumere tres de sus operaciones mas recientes y las fechas:

Operación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Operación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Operación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\***Solo para las mujeres**\*\*\*

Último período menstrual: \_\_\_\_\_ ¿Son regulares sus menstruos? \_\_\_\_\_ Días: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada?    Sí / No    Número de embarazos anteriores: \_\_\_\_\_ No. de nacimientos: \_\_\_\_\_

Último embarazo: \_\_\_\_\_ ¿Está amamantando?    Sí / No

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Hernia

¿Se accidento en el trabajo? Si / No      Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Explique como se accidento: \_\_\_\_\_

¿En que parte de su cuerpo cree tener una hernia?

**Ingle derecha:** Si / No      **Ingle izquierda:** Si / No      **Abdomen:** Si / No

¿Ase cuanto tiempo tiene la molestia? \_\_\_\_\_

¿Esta abultada el área donde tiene la molestia? Si / No

¿Si esta abultada, puede usted empujar el bulto asía dentro? Si / No

¿Le duele? Si / No

Por favor describa el dolor o síntomas: \_\_\_\_\_

¿Su molestia es peor cuando esta parado/da, levanta pesado, o cuando hace esfuerzo? Si / No

¿La molestia interfiere con su trabajo? Si / No

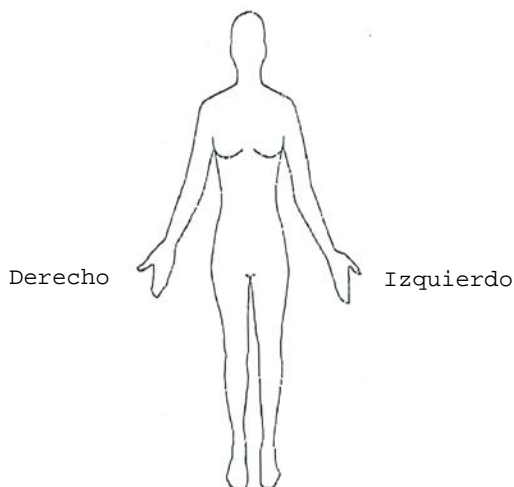
¿Ha tenido cirugía en el área en cuestión? Si / No

¿Si ah tenido cirugía, cual fue la fecha? \_\_\_\_\_

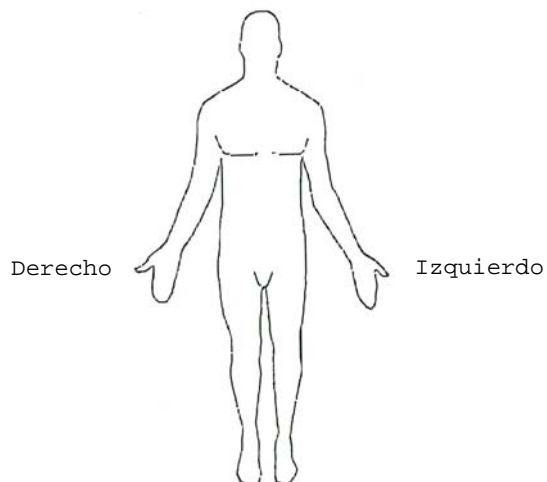
Quien es su doctor actual: \_\_\_\_\_

**Por favor indique en el dibujo a continuación; en que parte de su cuerpo cree tener una Hernia**

Mujer



Hombre



Firma del paciente: \_\_\_\_\_

## Descargo de Responsabilidad

**El personal de nuestra oficina verificó los beneficios con su compañía de seguros para determinar la fecha efectiva de cobertura, y si se aplican los criterios de enfermedades preexistentes. Le hemos informado a usted sobre esto con anterioridad a sus visitas.**

Le hemos informado a su compañía de seguros sobre los servicios que le estamos dando y el diagnóstico.

A pesar de que los beneficios han sido verificados, no tenemos manera de saber si hay cláusulas especiales, disposiciones, criterios especiales y/o exclusiones que pueden aplicarse a su póliza, que podrían impedir el pago. **Es responsabilidad del asegurado de informarnos sobre dichas disposiciones.**

**Su compañía de seguros nos leyó un descargo de responsabilidad estableciendo que, a pesar de que los beneficios fueron dados a nuestra oficina, ellos no pueden garantizar el pago de ninguna reclamación.**

**Por lo tanto, debemos informarle que a pesar de que hemos verificado sus beneficios, no podemos garantizarle el pago de las reclamaciones presentadas a su compañía de seguros.**

He leído este descargo de responsabilidad y entiendo que yo soy el garante de esta cuenta. Si mi compañía de seguros no cumpliera con el pago o negara cobertura por cualquier motivo, yo soy responsable de pagarle al Dr. Jim S. Garza por los servicios prestados.

### *Autorización para dar a conocer información y asignación de beneficios*

Por la presente autorizo a Jim S. Garza, M.D., P.A., a que dé a conocer cualquier información adquirida durante mi examen y/o tratamiento a mi compañía de seguros. También autorizo a la secretaria del Dr. Jim S. Garza, M.D., P.A. a que averigüe sobre el progreso de cualquier reclamación al seguro que haya sido presentada de parte mía.

Además, por la presente asigno los beneficios y autorizo el pago a Jim S. Garza, Vd., P.D. por los beneficios médicos y quirúrgicos que de otra manera serían pagaderos a mí por los servicios que se describen.

**Una copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (escriba con letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del garante

\_\_\_\_\_  
Nombre del garante (escriba con letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### **Información del garante:**

Nombre del garante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_

## CONTACTOS FAMILIARES Y AMIGOS

Las personas que están involucradas en su atención medica (familia, amigos, otros médicos, etc.) pueden hacer preguntas sobre su tratamiento, recetas medicas, cobertura del seguro medico, etc. Por favor infórmenos cuales son las personas con las que podemos compartir información. **(Tome nota: que en situaciones de emergencia u otras situaciones descritas en nuestro Aviso sobre Practicas de Privacidad podemos compartir información con otras personas que no están específicamente enumeradas en este formulario).**

Sírvase enumerar dos personas con las que podemos compartir información sobre usted:

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

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

### **¿Cuál es el número de teléfono mas apropiado para comunicarnos con usted?**

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Podemos dejar un mensaje con información clínica y sobre citas?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Nos autoriza tomarle una foto para nuestro archivo?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Podemos usar sus fotos en la ficha médica?   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Podemos usar sus fotos en presentaciones educacionales médicas?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Podemos usar sus fotos de (((antes))) y (((después))) del procedimiento para educar a otros pacientes del consultorio? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Podemos usar sus fotos en la literatura del consultorio, inclusive en folletos?  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de imprenta el nombre del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**Jim Garza, MD,PA**  
**3700 Buffalo Speedway, Ste 350**  
**Houston, Texas 77098**

**AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION ACERCA DE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO PUDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.

POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

**NUESTRO DEBER POR LEY**

La ley federal y estatal nos requiere que mantengamos la privacidad de su informacion de salud. Tambien se nos requiere que le Demos este Aviso acerca de nuestras practicas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos en lo que concierne a su Informacion de salud. Debemos seguir las practicas de privacidad descritas en este Aviso mientras este en vigor. Este Aviso entra en vigor el **04/14/03**, y estará vigente hasta que to reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras practicas de privacidad y los terminos de este Aviso en cualquier momento, siempre.

Y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras Practicas de privacidad y los nuevos terminos de nuestro Aviso sean aplicables a toda la informacion de salud que mantengamos, incluyendo la informacion de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras practicas de privacidad, cambiaremos este Aviso y tendremos el Nuevo Aviso disponible para el que lo solicite.

Ud, puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para mayor informacion acerca de nuestras practicas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, sirvase comunicarse con nosotros utilizando la informacion al final de este Aviso.

---

**USOS Y FORMAS DE REVELAR LA INFORMACION DE SALUD**

Usamos y revelamos su informacion de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de los cuidados de salud. Por Ejemplo;

**Tratamiento:** Podemos usar o revelar su informacion de salud a un medico u otro proveedor de servicios de salud que le este brindando tratamiento a usted.

**Pagos:** Podemos usar o revelar su informacion de salud para obtener pago por los servicios que nosotros le proveemos a usted.

**Operaciones de los Cuidados de Salud:** Podemos usar y revelar su informacion de salud en lo que se relaciona con nuestras operaciones de cuidados de salud. Las operaciones de cuidados de salud incluyen las actividades de evaluacion y mejoramiento de la calidad, la revision de la competencia o las calificaciones de los profesionales de cuidados de salud, la evaluacion del rendimiento de los dentistas y proveedores, presentacion de programas de formacion o las actividades para la acreditacion certificacion, concesion de licencias y credenciales.

**Su Autorizacion:** **Ademas** de usar su informacion de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de los cuidados de salud, usted puede darnos su autorizacion por escrito para usar su informacion de salud o para revelarla a cualquiera para cualquier proposito. Si Ud, nos da una autorizacion, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocacion no afectara ningun uso o revelacion permitida mientras la autorizacion estuvo vigente. A menos que nos de su autorizacion por escrito, no podemos ni usar ni revelar su informacion de salud por ninguna razon exepcto aquellas descritas en este Aviso.

**Su Familia y sus Amigos:** Debemos revelarles su informacion de salud a usted, como esta descrito en la seccion de los Derechos del Paciente en este Aviso. Podemos revelar su informacion de salud a algun familiar, amigo u otra persona hasta el grado necesario para ayudar con sus cuidados de salud o con el pago por los cuidados de salud, pero solo si usted esta de acuerdo con que lo hagamos.

**Personas Involucradas en su Cuidado:** Podemos usar o revelar la informacion de salud para notificar, o ayudar en la notificacion de (incluyendo en la identificacion o localizacion) un familiar, su representante personal u otra persona responsable por su cuidado, acerca de su localizacion, su condicion general, o su muerte. Se se encuentra presente, entonces, antes de usar o revelar su informacion de salud, le proveeremos la oportunidad para objetar dichos usos o preelaciones. En el caso de que se encuentre incapacitado o en circunstancias de emergencia, revelaremos su informacion de salud basandonos en una determinacion usando nuestro juicio profesional y revelando solamente aquella informacion de salud que sea directamente relevante en la participacion de la persona en sus cuidados de salud. Usaremos tambien nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con las practicas usuales para hacer inferencias razonables acerca de su mejor interes al permitir a una persona recoger su recetas, equipos medicos, radiografias, u otras formas similares de informacion de salud.

**Mercadeo de Servicios Relacionados a la Salud:** No usaremos su informacion de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorizacion escrita.

**Requerido por Ley:** Podemos usar o revelar su informacion de salud cuando sea requerido por ley.

**Abuso o Negligencia:** Podemos revelar su informacion de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible victima de abuso, negligencia, o violencia domestica o es victima posible de otros crímenes. Podemos revelar

su informacion de salud hasta el grado necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros.

**Seguridad Nacional:** Podemos revelar a las autoridades militares la informacion de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los funcionarios federales autorizados la informacion de salud requerida para la inteligencia legal, contracespionaje, y otras actividades de la seguridad nacional. Podemos revelar a los funcionarios de una institucion penitenciaria o a un official de la policia que tenga la custodia legal la informacion de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorio de las Citas:** Podemos usar o revelar su informacion de salud para proveerle recordatorios de las citas (tales como mensajes en el buzpn de voz, postales, o cartas).

---

## **DERECHOS DE LOS PACIENTES**

**Acceso:** Usted tiene derecho a mirar o a obtener copias de su informacion de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a menos que no sea factible. (Debe someter una solicitud por escrito para obtener acceso a su informacion de salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la informacion de contacto que aparece al final de este Aviso. Le cobraremos una cantidad razonable basada en el costo de los gastos tales como las copias y el tiempo del personal. Puede tambien solicitar acceso enviandonos una carta a la direccion al final de este Aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$25.00 pr cada pagina, \$0.15 por hora por el tiempo que el tiempo que el personal necesite para localizer copiar su informacion de salud, y el franqueo si quiere que se le envíen las copias por correo. Si solicita un formato diferente, le cobraremos una cantida basada en el costo de proporcionaire su informacion de salud en ese formato. Si lo prefiere, le prepararemos por una cantidad, un resume o una explicacion de su informacion de salud. Comuniquese con nosotros usando la informacion listada al final de este Aviso para obtener una explicion completa de nuestros honorarios)

**Auditoria de las Revelaciones:** Tiene derecho a recibir una lista de los casos en que su informacion de salud ha sido revelada por nosotros o por nuestros asociados para otros propósitos que no fueron para el tratamiento, el pago, las operaciones de los cuidados de salud y ciertas otras actividades durante los ultimos 6 años, pero no antes del 14 de abril del 2003. Si Ud. Solicita esta auditoria mas de una vez en un periodo de 12 meses, le podemos cobrar una cantidad razonable basada en el costo de responder a estas solicitudes adicionales.

**Restricciones:** Tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o revelacion de su informacion de salud. No se nos requiere que aceptemos estas restriccones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

**Comunicacion alternativa:** Tine derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su informacion de salud por metodos alternativos o a lugares alternativos. (Debe hacer su solicitud por escrito.) Su solicitud debe especificar el metodo o lugar alternativo, y proveer una explicacion satisfactoria de como se haran los pagos bajo el metodo en el lugar alternativo que haya solicitado.

**Enmiendas:** Tiene derecho a solicitar que enmendemos su informacion de salud. (Su Solicitud deb e ser por escrito y debe explicar por que la informacion debe ser enmendada.) Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electronico: Si recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electronico (email), tiene derecho a recibir este Aviso por escrito.

---

## **PREGUNTAS Y QUEJAS**

Si desea mas informacion acerca de nuestras practicas de privacidad o se tiene preguntas o preocupaciones, comuniquese con nosotros por favor.

Si piensa que hemos violados su derechos a la privacidad, o no esta de acuerdo con alguna decision que hemos tomado acerca del acceso a su informacion de salud o en respuesta a su solicitud para enmendar o restringir el uso o revelacion de su informacion de salud o para que nos comuniquemos con usted por metodos o a lugares alternativos, puede presentamos una queja usando la informacion al final de este Aviso. Puede someter una quedja al Departamento de Servicios Sociales y de Salud de EE.UU. Le proveeremos la direccion para someter su queja al Departamento de Servicios Sociales y de Salud de EE.UU. Si lo solicita.

Respaldamos su derecho a la privacidad de su informacion de salud. No tomaremos represalias de ninguna clase si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Servicios Sociales y de Sallud.

Funcionario de Contacto: **Ivy Nguyen**

Telefono: **713-932-1001** Fax: **713- 932-0037**

Direccion: **3700 Buffalo Speedway, Ste 350, Houston, Texas 77098**

**Jim Garza, MD, PA**  
**3700 Buffalo Speedway, Ste 350**  
**Houston, Tx 77098**

**CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS  
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

---

\*Usted Puede Negarse a Firmar Esta Confirmacion\*

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del  
Aviso de las Prácticas de Privacidad de este consultorio.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

**Para uso del consultorio solamente**

---

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, pero nos se pudo obtener la confirmación porque:

\_\_\_\_\_ El individuo se negó a firmar

\_\_\_\_\_ Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación

\_\_\_\_\_ Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación

\_\_\_\_\_ Otras (Especifique por favor)

---

---