

INFORMACION DEL PACIENTE

~~~~~PORFAVOR DE LLENAR TODO~~~~~

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

Hombre  Mujer  Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero De Casa #: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje? SI NO

Numero De Telefone #: \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje? SI NO

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL #: \_\_\_\_\_

ETNIA: \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_

IDIOMA PRINCIPAL HABLADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

PARENTEZCO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

**DOY CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR MI INFORMACION MEDICA A LOS SIGUIENTES (ES DECIR, LABORATORIOS, LISTA DE MEDICAMENTOS, HISTORIAL MEDICO, ETC)**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ PARENTEZCO: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ PARENTEZCO: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ PARENTEZCO: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a Wentian (Wilson) Huang, MD a divulgar toda la información médica (incluida la dental) a la compañía de seguros mencionada anteriormente (o a un abogado designado) para fines de administración y evaluación de reclamos, revisión de utilización y auditoría financiera. Esta autorización sigue siendo válida y efectiva desde la fecha de la firma hasta que sea revocada por escrito. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. He leído esta autorización y la entiendo. Por la presente asigno a Wentian (Wilson) Huang, MD todo el dinero al que tengo derecho por gastos médicos y/o quirúrgicos en relación con los servicios prestados por él/ella, pero sin exceder mi deuda con dicho médico y/o cirujano. Se entiende que cualquier dinero recibido de la compañía de seguros antes mencionada, además de mi deuda, me será reembolsado cuando mi cuenta esté pagada en su totalidad. Entiendo que soy financieramente responsable ante dicho(s) médico(s) por los cargos no cubiertos por esta asignación. Además, acepto, en caso de falta de pago, asumir el costo de la cobranza y/o los costos judiciales y los honorarios legales razonables en caso de ser necesarios. Al firmar a continuación, también optará por recibir recordatorios por correo electrónico, mensaje de texto o llamada telefónica.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
RELACION CON EL PACIENTE

\*¿Le gustaría recibir publicidad cuando haya nuevas vacunas o productos?  
disponible Si/No

# HEALTH QUESTIONNAIRE

## REASON FOR VISIT

## FAMILY HISTORY

IF ANY BLOOD RELATIVE HAS SUFFERED ANY OF THE FOLLOWING - PLEASE CIRCLE THE NUMBER & INDICATE WHICH RELATIVE

- |                   |                   |                         |                      |
|-------------------|-------------------|-------------------------|----------------------|
| 1) Epilepsy       | 6) Thyroid        | 11) Osteoporosis        | 16) High cholesterol |
| 2) Migraine       | 7) Hayfever       | 12) Arthritis           | 17) Alcoholism       |
| 3) Mental illness | 8) Asthma         | 13) Heart disease       | 18) Hepatitis        |
| 4) Glaucoma       | 9) Anemia         | 14) Stroke              | 19) Cancer           |
| 5) Diabetes       | 10) Bleeds easily | 15) High blood pressure | 20)                  |

## HOSPITAL ADMISSIONS

|      |                      |      |                      |
|------|----------------------|------|----------------------|
| YEAR | ILLNESS OR OPERATION | YEAR | ILLNESS OR OPERATION |
|------|----------------------|------|----------------------|

not including pregnancies

LIST ALL MEDICATIONS YOU ARE NOW TAKING - INCLUDE THOSE YOU BUY WITHOUT A PRESCRIPTION

## ALLERGIES

|         |              |         |              |
|---------|--------------|---------|--------------|
| VACCINE | YEAR OF LAST | VACCINE | YEAR OF LAST |
|---------|--------------|---------|--------------|

## SUPPLEMENTS

|                 |                           |
|-----------------|---------------------------|
| Tetanus / Td    | MMR Measles Mumps Rubella |
| Influenza (flu) | Meningitis                |
| Pneumonia       | Chicken pox               |
| Hepatitis A     | HPV                       |
| Hepatitis B     | Shingles                  |
| Whooping C      |                           |

## MEDICAL HISTORY

MARK (C) FOR CURRENT PROBLEMS. CHECK (✓) AND INDICATE AGE WHEN YOU HAD ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS OR DISEASES

|                                |                                                              |                               |                 |                                                 |     |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------|-----|
| Decreased hearing              | Difficulty swallowing                                        | Cancer                        | Easily fatigued | Aids / Hiv                                      | Std |
| Ringing in ear                 | Heartburn Peptic ulcer                                       | Decreased energy / endurance  |                 | Sexually transmitted diseases - # of encounters |     |
| Ear infections - frequent      | Aspirin - Arthritis - Pain pills                             | Diabetes                      | Thyroid disease | Sexual problems / enjoyment                     |     |
| Dizzy spells Fainting spells   | Nausea/Vomiting Gal bladder prob                             | Seizures                      | Stroke          | Decreased work performance                      |     |
| Failing vision Eye pain        | Jaundice / Hepatitis                                         | Tremor / hands shaking        |                 | Alcohol oz per week                             |     |
| Date of last eye exam          | Irritable bowel syndrome                                     | Headaches Numbness            |                 | Coffee / Tea cups per day                       |     |
| Double or blurred vision       | Abdominal pain                                               | Arthritis / Rheumatism        |                 | Smoking - cig/day # years year quit             |     |
| Nose bleeds Sinus trouble      | Bloating / discomfort                                        | Bone fracture / joint injury  |                 | Exercise                                        |     |
| Sore throats - frequent        | Diarrhea Constipation                                        | Osteoporosis Back pain        |                 | Street drugs                                    |     |
| Hoarseness - prolonged         | Diverticulosis Crohn's Colitis                               | Foot pain Gout                |                 | Travel abroad                                   |     |
| Hayfever / Allergies           | Inflammatory bowel disease                                   | Rashes Hives                  |                 | <b>MALES -</b> Prostate problems                |     |
| Pneumonia / Pleurisy           | Bloody or larry stools                                       | Psoriasis Eczema              |                 | <b>FEMALES - Please complete</b>                |     |
| Bronchitis / Chronic cough     | Test for blood in stools                                     | Excessive sweating            |                 | <b>Menstrual flow:</b>                          |     |
| Asthma / Wheezing              | Hemorrhoids Hernia                                           | Concentration problems        |                 | Reg Irreg. Pain / Cramps                        |     |
| Date of last TB test           | Urination - Overactive Bladder                               | Depression Nervousness        |                 | Days of flow Length of cycle                    |     |
| SI ortness of breath           | Overnight more than twice                                    | Agitation Memory loss         |                 | Date - 1st day of last period                   |     |
| on exertion lying flat         | More than 8 times / 24 hrs                                   | Moodiness Suicidal thoughts   |                 | Number of                                       |     |
| in the past week               | Urgency to urinate with leakage                              | Feelings of worthlessness     |                 | Pregnancies Abortions                           |     |
| affects work / lifestyle       | Decrease in force/flow Painful                               | Phobias Mental illness        |                 | Miscarriages Live births                        |     |
| Chest pain High blood pressure | Stress incontinence - urine leakage with exercise / movement | Sleep problems - how long     |                 | Birth control method                            |     |
| Date of last cholesterol test  | Blood in urine Kidney stones                                 | How frequent                  |                 | B C pill (name)                                 |     |
| Heart murmur Swollen ankles    | Urne infections - frequent                                   | Waking refreshed              |                 | Flushing / Menopause                            |     |
| Irregular pulse Palpitations   | Bed wetting                                                  | Rheumatic fever Scarlet fever |                 | Pain - Bleeding during or after sex             |     |
| Leg pain - when walking        | Weight loss / gain Appetite                                  | Chickenpox Polio Mumps        |                 | Migraine with nausea                            |     |
| Venecose veins / Phlebitis     | Anemia Bruise easily                                         | Measles German measles        |                 | Date of last Pap test                           |     |
| Cold numb feet                 | Blood transfusions                                           | Tuberculosis Herpes           |                 | normal abnormal                                 |     |
| Loss of appetite - recent      |                                                              |                               |                 | Date of last mammogram                          |     |
|                                |                                                              |                               |                 | normal abnormal                                 |     |

## NOTES

## Cancellation Policy/No Show Policy for Doctor Appointments

Our goal is to provide quality medical care in a timely manner. In order to do so we have had to implement an appointment/cancellation policy. The policy enables us to do better utilize available appointments for our patients in need of medical care.

**1. Cancellation/No Show Policy for Doctor Appointment**-We understand that there are times when you must miss an appointment due to emergencies or obligations for work or family. However, when you do not call to cancel an appointment, you may be preventing another patient from getting much needed treatment. Conversely, the situation may arise where another patient fails to cancel and we are unable to schedule you for a visit, due to a seemingly "full" appointment book. A "no show" is someone who misses an appointment without canceling it within a 24-hour working day in advance. No-shows inconvenience those individuals who need access to medical care in a timely manner. How To Cancel Your Appointment If it is necessary to cancel your scheduled appointment, we require that you call one working day in advance. Appointments are high in demand, and your early cancellation will give another person the possibility to have access to timely medical care. To cancel an appointment, please call our (972)-530-5550.

**2. Scheduled Appointments**-We understand that delays can happen, however, we must try to keep the other patients and doctors on time. If you are running late, please notify the office. If a patient is 15 minutes past their scheduled time, we may have to reschedule your appointment. The following are charges for services in the office:

**No Show Fee- \$25**

**Returned Check Fee- \$25**

PRINT PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

SIGNATURE/PARENT/GUARDIAN: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

**WENTIAN (WILSON) HUANG, MD, PhD., P.C.**  
*Diplomate, American Board of Internal Medicine*

3475 Collins Blvd  
Garland, TX 75044

Phone 972-530-5550  
Fax 972-530-3632

---

**Consentimiento para el tratamiento del enfermero Practicante/Asistente  
Médico**

El personal del Dr. Huang cuenta con personal de enfermería practicante y asistente médico en la prestación de atención médica primaria.

Una enfermera practicante no es un médico. Una enfermera practicante (NP) es una enfermera registrada que ha completado una educación avanzada específica en enfermería (generalmente una maestría o un doctorado) y capacitación y puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, así como brindar atención de mantenimiento de la salud. Además, el NP puede tratar laceraciones menores y otras lesiones importantes.

Un asistente médico no es un médico. Un asistente médico (PA) es un profesional de la salud capacitado y con licencia para ejercer la medicina con la supervisión limitada de un médico. Un asistente médico se ocupa de prevenir, mantener y tratar enfermedades y lesiones humanas y proporciona una amplia gama de servicios de atención médica que tradicionalmente realiza un médico. Los asistentes médicos realizan exámenes físicos, diagnostican y tratan enfermedades, ordenan e interpretan pruebas, aconsejan sobre atención médica preventiva y escriben recetas. Además, la PA puede tratar laceraciones menores y otras lesiones menores, así como realizar procedimientos quirúrgicos.

He leído lo anterior y, por la presente, doy mi consentimiento para los servicios de una enfermera practicante o un asistente médico para mis necesidades de atención médica.

Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ver a la enfermera practicante o al asistente médico y solicitar ver a un médico.

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

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

Entiendo y acepto que seré financieramente responsable de todos y cada uno de los cargos por servicios prestados o no pagados por mi seguro. Esto incluye cualquier médico servicio o visita, examen físico/preventivo, pruebas de laboratorio o de diagnóstico, y cualquier otro servicio de detección ordenado por el médico o el personal del médico.  
INICIAL \_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que es mi responsabilidad y no la responsabilidad del médico o personal para saber si mi seguro pagará dichos servicios médicos, examen preventivo/físico, pruebas de laboratorio o de diagnóstico, o cualquier otro servicio de detección ordenado por el médico o el personal del médico.  
INICIAL \_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro tiene alguna Deducible, copago, coseguro, fuera de la red, habitual. Límite o cualquier otro tipo de limitación de beneficios por los servicios que recibo, y aceptar hacer el pago completo.  
INICIAL \_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si el médico que soy viendo es un proveedor contratado dentro de la red reconocido por mi compañía de seguros o plan. Si el médico al que estoy consultando no lo está, puede resultar en que los reclamos sean denegados o gasto de mi bolsillo más alto y entiendo esto y acepto ser financieramente responsable y hacer el pago completo.  
INICIAL \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos directamente a Wentian Huang M.D., PhD., P.C. por los servicios prestados. Por la presente se otorga autorización para divulgar la información contenida en mi registro médico a mi compañía de seguros o a sus empleados/agentes, según sea necesario para procesar y completar mi registro médico. (reclamos de seguro). Además, entiendo que si mi cuenta se vuelve morosa, pagaré los honorarios razonables de los abogados o los gastos de cobro, si corresponde. La duración de esta autorización es indefinida y continúa hasta que sea revocada por escrito. Una fotocopia de esta declaración se considerará tan válida como el original.

INICIAL \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre de la parte responsable:  
\_\_\_\_\_

We provide a sign-in sheet for patients who have arrived at the office for their appointments. The signing-in provides a tool for the receptionists to confirm the presence of a scheduled individual as well as to provide a reference for future use. The sign-in sheet does not refer to any health information that could be associated with the patient.

A member of the clinical staff may enter the waiting room and call a patient by name when it is her time to see a provider. No information except the patient's name shall be used in the waiting area.

**Appointment Reminders, Treatment Alternatives, and Other Health-Related Benefits:**

We may contact you by telephone, mail, or both, to provide appointment reminders, information about treatment alternatives, or other health related benefits and services that may be of interest to you.

**Complaints:**

If you are concerned that your privacy rights have been violated, you may contact the person listed below. You may also send a written complaint to the United States Department of Health and Human Services. We will not retaliate against you for filing a complaint with the government or us. The contact information for the United States

Department of Health and Human Services is:

U.S. Department of Health and Human Services

HIPAA Complaint

7500 Security Blvd., C5-24-04

Baltimore, MD 21244

**Our Promise to You:**

We are required by law and regulation to protect the privacy of your medical information, to provide you with this notice of our privacy practices

with respect to protected health information, and to abide by the terms of the notice of privacy practices in effect.

**Questions and Contact Person for Requests:**

If you have any questions or want to make a request pursuant to the rights described above, please contact:

Wentian Huang M.D., PhD., P.C.

3475 Collins Blvd

Garland TX 75044

Ph: (972)-530-5550

Fax: (972)530-3632

This notice is effective on the following date:

We may change our policies and this notice at any time and have those revised policies apply to all the protected health information we maintain. If or when we change our notice, we will post the new notice in the office where it can be seen.

**Acknowledgment of Review of**

**Notice of Privacy Practices:**

I have had an opportunity to review this office's Notice of Privacy Practices, which explains how my medical information will be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal