

VICTOR MENDIOLA MD

Información Del Paciente				
Nombre Apellido:		Nombre: Inicial:		
Sexo: Hombre/Masculino	Mujer/Femenino	Dirección		
Fecha de Nacimiento		Ciudad/Estado		
Relación con el paciente		Código Postal		
Cita Nombre & Número de Teléfono:		Teléfono de casa		
Médico Primario		Trabajo/Empleo		
Nacionalidad (Opcional)		Dirección del Trabajo/Empleo		
Estudiante: Tiempo Completo	Medio Tiempo	NO	Trabajo/Empleo Ciudad/Estado	
Estado Civil	S	C	D	V
Número Del Seguro Social		Teléfono de Trabajo/Empleo		
Ocupación	Trabajo/Empleo: Tiempo Completo		Medio Tiempo NO	

En Emergencia Contactar	Teléfono de casa
Relación con el paciente	Teléfono de casa

Información Del Garantizador (Persona Responsable Del Pago)				
Nombre Apellido:		Nombre: Inicial:		
Sexo: Hombre/Masculino	Mujer/Femenino	Número Del Seguro Social		
Fecha de Nacimiento		Trabajo/Empleo		
Dirección		Dirección del Trabajo/Empleo		
Ciudad/Estado		Trabajo/Empleo Ciudad/Estado		
Codigo Postal		Código Postal del Trabajo/Empleo		
Teléfono de casa		Teléfono de Trabajo/Empleo		
Estado Civil	S	C	D	V
		Trabajo/Empleo: Tiempo Completo		
		Medio Tiempo NO		

Información Del Seguro Médico			
Seguro Primario		Seguro Secundario	
Dirección		Dirección	
Ciudad/Estado		Ciudad/Estado	
Código Postal		Código Postal	
Nombre Del Dueño De Póliza		Nombre Del Dueño De Póliza	
Fecha de Nacimineto	CO-PAGO	Fecha de Nacimineto	CO-PAGO
Número de Seguro Social		Número de Seguro Social	
Número de Póliza		Número de Póliza	
Número del Grupo		Número del Grupo	
Fecha que es en efecto		Fecha que es en efecto	
Persona responsable de la cuenta de pago:		Persona responsable de la cuenta de pago:	

¿ Quién lo recomendado a ésta clínica? Un Amigo Seguro Medico Periódico En La Escuela Televisión Guía Telefónica Dónde más?

RESPONSABILIDAD DE MIS BENEFICIOS: Mi responsabilidad es hacer mis pagos directamente a las clínicas de "Alegent Health" para mis beneficios médicos. También soy responsable de los pagos que mi aseguranza no cubran. Autorizo proveer información médica si fuera necesario, y su solicitud a las autoridades pertinentes, para información médica si lo es necesario, a las propias autoridades para poder determinar mis beneficios, por medios de copias o fotocopias.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOMBRE _____ FECHA _____

HISTORIA MEDICA

ALERGIA A MEDICAMENTOS

HISTORIA FAMILIAR

Enfermedades	Padre	Madre	Hermanos	Hijos
Del corazon	_____	_____	_____	_____
Alta Presion	_____	_____	_____	_____
Embolias	_____	_____	_____	_____
Cancer	_____	_____	_____	_____
Glucoma	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Epilepsia	_____	_____	_____	_____
De la sangre	_____	_____	_____	_____
Rinones	_____	_____	_____	_____
Tiroides	_____	_____	_____	_____
Mental	_____	_____	_____	_____
Artritis	_____	_____	_____	_____

HISTORIA FAMILIAR

Padre vivo/finado edad _____
Madre vivo/finado edad _____
Hermanos vivo/finado edad _____
Hijos vivo/ finado edad _____

HOSPITALIZACION O CIRUGIA

Fecha	Razon/ causa	Fecha	Razon/ causa
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HISTORIA MEDICA

_____ Migrana	_____ Enfermedad Prostata	_____ Triglicerios
_____ Dificultad para respirar	_____ Irregularidades Intestinales	_____ Fiebre reumatica
_____ Palpitaciones	_____ Transtornos	_____ Diabetes
_____ Soplos cardiacos	_____ Enfermedades venereas	_____ Mareos
_____ Desmayos	_____ Hepatitis	_____ Alergias
_____ Asthma	_____ Bronquitis	_____ Pneumonia
_____ Ulceras	_____ Anemia	_____ Artritis
_____ Comezon Cronica	_____ Nerviosismo	_____ Depresion
_____ Gota	_____ Alta Presion	_____ Colesterol Alto
_____ Enfermedad de la vesicular		

HABITOS

Fuma _____ Toma Cafeina _____
Alguna vez fumo? _____ Hace Ejercicio _____
Cuantas por dia? _____ Alcohol _____
Clase _____ Que Tanto _____ Toma Cafeina _____
Come mucho Grasa? _____ Sal? _____

Cuestionario Para Mujeres

Menstruacion: Primera/edad _____ Duracion _____
Dias entre cada periodo _____
Songrado: Ligero Moderado Abundante
Molestias: Ligero Moderado Abundante
Fecha de ultima regla _____ Fecha de ultima papanicolaio _____
Embarazada? Si/no Planeando? Si/no No. de embarazos Atermino _____
Numero/ hijos vivos _____ edad del mas joven _____ Control de natalidad _____

FECHA DE VACUNAS

Paperas _____
Sarampion _____
Rubeola _____
Polio _____
Difteria _____
Tetanos _____
Fiebre Escarlata _____

DR. VICTOR O. MENDIOLA, M.D.
427 W. 20TH ST. STE. #503
HOUSTON, TX 77008

CONSENT OF TREATMENT

Name of patient : _____ Date of Birth : _____

I, the undersigned, hereby consent and grant permission to VICTOR MENDIOLA, M.D. and his employees to perform tests, treatments, and any procedures for myself or the above named minor.

Signature: _____ Date: _____

If a patient is a minor, relation of person signing: _____

ASSIGNMENT AND RELEASE

I, the undersigned certify that I have insurance coverage; I assign all insurance benefits, if any, payable to VICTOR MENDIOLA, M.D. for services rendered. I authorize the release of all medical records to the referring and family physicians and to my insurance company, if applicable. I allow fax transmittals of my medical records, if necessary. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

Signature: _____ Date: _____

MEDICARE AUTHORIZATION

I, request that payment of authorized Medicare benefits be made either to me or on my behalf to VICTOR MENDIOLA M.D. for any services furnished to me by that physician. I authorize any holder of medical information about me to release to the Health Care Financing Administration and its agents any signature request that payment be made and authorizes release of medical information necessary to pay the claim. If "other health insurance" is indicated in item 9 of the HCFA-1500 form, or elsewhere on other approved claim forms or electronically submitted claims, my signature authorizes releasing of the information to the insurer or agency shown. In Medicare assigned cases, the physician or supplier agrees to accept the coverage determination of the Medicare carrier as the full charge, and the patient is responsible only for the deductible, coinsurance, and non-covered services. Coinsurance and the deductible are based upon the charge determination of the Medicare Carrier.

Signature: _____ Date: _____

FINANCIAL RESPONSIBILITY

I understand that payment of charged incurred is due at the time of service unless other definite financial arrangements have been made prior to treatment. I agree to pay all reasonable attorney fees and collection cost in the event of default of payment of my charges.

Signature: _____ Date: _____

DR. VICTOR O. MENDIOLA, M.D.
427 W. 20TH ST. STE. #503
HOUSTON, TX 77008

ACKNOWLEDGEMENT

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Social Security Number: _____

I acknowledge that DR. VICTOR O. MENDIOLA, M.D. Provided me with a written copy of his/her notice of Privacy Practices.

I also acknowledge that I have been afforded the opportunity to read the Notice of Privacy Practices and ask questions.

Signature: _____ **Date:** _____

Personal Representative Signature

Relationship to Patient

Victor Mendiola MD

Patient Declaration of Consent/Decline for contact via SMS Text Messaging

We are constantly working towards improving services to our patients.

As part of this process, we are looking at the possibility of introducing SMS text messaging to our patients' mobile phones with reminders of appointments that have been booked.

This service may also in the future extend to sending other health information by SMS text, such as texts to let patients know that their results are back, or information about special clinics that we are running, such as flu clinics.

The text messages are generated using a secure system. However, they are transmitted over a public network to a personal telephone and as such may not be secure. The practice will not transmit any information that would enable an individual to be identified. The SMS text service for appointment reminders is an additional service and should not be solely relied upon. The responsibility of attending appointments or cancelling them still rests with the patient.

If you would be happy to receive SMS text messages or emails from Hanham Health, please complete the information requested and sign the declaration below.

Please note:

- you must remember to tell us if you change your mobile telephone number, home
- telephone number or email address
- we will not send text messages or emails to anyone under the age of 16 years
- we will not share contact details with any external organization.
- we do not offer a reply facility to enable patients to respond to texts directly
-

Patient Name Date of Birth

Mobile Number

Please tick as appropriate:

I consent to Hanham Health contacting me by SMS text message for the purposes of health promotion and appointment reminders
 I agree to advise the practice if my mobile number changes, or if this is no longer in my possession
 I understand that I can cancel the text message facility at any time by contacting Hanham Health in writing

I decline and do not wish to be contacted by this method

Patient Signature Date