



Claudia G Mercado MD y Mario R. Salinas, DNP, FNP-C  
 1405 Jacaman Road, Suite # 104. Laredo Texas 78041  
 Teléfono: 956-727-3047 Fax: 956-717-3630

## DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Información del paciente			
Apellido		Nombre e inicial	Numero de seguro social #
Género (círculo) M / F	Fecha de cumpleaños	Estado civil (círculo) Divorciado - Casado - Separado - Soltero - Viudo - Otro	Previo Médico primario
Idioma preferido (círculo) Inglés Español - _____		Raza (círculo) Asiático - Negro - Blanco - Otro: _____	Etnia (círculo) Hispano - No hispano - Otro
Direccion / Ciudad / Estado, Código postal		Teléfono # Casa ( ) Móvil ( ) Trabajo ( )	
Correo electrónico	¿Cómo se enteró de nosotros?		Farmacia de preferencia:
Responsable del Seguro Medico			
Marque si es el mismo que: [ ] Paciente			
Apellido	Nombre /	Género (círculo) M / F	Fecha de nacimiento
			¿Cuál es la relación del paciente con la parte responsable?
Envío Dirección Apt / Lot City / Estado		Código postal	
		Teléfono # Casa ( ) Móvil ( ) Trabajo ( )	
Información del empleador			
Empleador	Dirección	Ciudad / Estado	Código postal
Contacto de Emergencia			
Marque si es igual que: [ ] Parte responsable			
Apellido	Nombre /	Género (círculo) M / F	Fecha de nacimiento
			¿Cuál es la relación del paciente con el contacto de emergencia?
Direccion / Ciudad / Estado		Código postal	
		Teléfono #s Hogar ( ) Móvil ( ) Trabajo ( )	
Guardián / Tutor			
Marque si es el mismo que: [ ] Parte responsable [ ] Contacto de emergencia			
Apellido	Nombre /	Género (círculo) M / F	Fecha de nacimiento
			¿Cuál es la relación del paciente con el tutor?
Direccion / Ciudad / Estado		Código postal	
		Teléfono #s Hogar ( ) Móvil ( ) Trabajo ( )	
Información de su seguro medico			
Compruebe si: [ ] Sin seguro medico			
Marque si es igual que: [ ] Parte responsable		Marque si es igual que: [ ] Parte responsable	
Nombre completo	fecha de nacimiento	Nombre Completo	Fecha de nacimiento
¿Cuál es la relación del paciente con el suscriptor?	Género (círculo) M / F	¿Cuál es la relación del paciente con el suscriptor?	Género (círculo) M / F
Seguro primario	Empresa	Fecha de inicio	Seguro secundario
			Empresa
			Fecha de inicio
Direccion del seguro / Estado		Código postal	
Suscriptor / Miembro#	Grupo	#	Suscriptor / Miembro #
			Grupo
			#

Firma del Paciente / tutor legal

Fecha Paciente / Legal

Nombre impreso del paciente / tutor legal



Claudia G Mercado MD y Mario R. Salinas NP  
1405 Jacaman Road, Suite # 104. Laredo Texas, 78041

# MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

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

Nombre \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Para que podamos obtener un historial médico completo, es importante que complete este formulario de la manera más completa posible. Esta es una información muy importante. Complete todos los elementos. Es importante que su médico sepa que ha revisado cuidadosamente cada área de este formulario. Esta información se ingresará en la computadora y puede recibir una copia del informe si lo desea.

**MEDICAMENTOS ACTUALES:** ¿Está tomando algún tipo de medicamento? ahora sí [ ] No [ ]

*(Esto incluye medicamentos recetados, de venta libre o a base de hierbas).*  
En caso afirmativo, enumere a continuación.

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia (Cuántas veces al día)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS: ¿ES ALÉRGICO ALGUNO MEDICAMENTOS?** Sí [ ] No [ ]

*En caso afirmativo, enumere a continuación.*

Eres alérgico para: Látex [ ] Medio de contraste [ ] Cinta/ pegamento adhesiva [ ]

### Medicamentos Nombre (s) Reacciones

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Se ha realizado algún análisis de laboratorio recientemente en los últimos 3 meses?  
Si es así, donde y cuando \_\_\_\_\_

¿Ha tenido imágenes antes? (Rayos X, Tomografía , Ultrasonido, Resonancia Magnética )  
Si es así, donde y cuando \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado en los últimos 3 meses? \_\_\_\_\_

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



Claudia G Mercado MD y Mario R. Salinas NP  
1405 Jacaman Road, Suite # 104. Laredo Texas 78041  
Teléfono: 956-727-3047 Fax: 956-717-3630

## POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenido a Border Clinic PLLC. Gracias por elegirnos como su médico de medicina familiar. Agradecemos la oportunidad de cuidar de usted. Nos esforzamos por lograr la excelencia en la prestación de los servicios más avanzados disponibles, al mismo tiempo que brindamos atención al paciente confiable, confidencial y compasiva. Por lo tanto, si tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestras políticas financieras, no dude en comunicarse con nuestra oficina.

**Presente su tarjeta de seguro actual y su identificación cada vez que programe una cita.** , si ocurre algún cambio con su cobertura, le pedimos que se comunique con nosotros de inmediato. En el caso de que no participemos con su plan de seguro, usted será responsable de la factura completa.

Como un servicio para usted, nuestra oficina se esfuerza por obtener el pago de acuerdo con su cobertura. Independientemente del tipo de seguro que tenga, usted es el único responsable de pagar sus facturas médicas.

En todo momento, es su responsabilidad dar seguimiento a todas las solicitudes de su compañía de seguros con respecto a las reclamaciones. Los pacientes con un saldo de \$ 10 o menos no recibirán estados de cuenta. Los pacientes con un crédito de \$ 10 o menos no recibirán un cheque de reembolso; en cambio, el saldo / crédito permanecerá en la cuenta del paciente y se aplicará a futuras visitas.

Todos los copagos y deducibles vencen y deben pagarse en el momento del servicio. Si no puede pagar su copago, deberá reprogramar su cita. Esta política está de acuerdo con los requisitos legales para cobrar los montos de responsabilidad del paciente. Los saldos no resueltos se pueden colocar con una agencia de cobranza externa y también pueden estar sujetos a cargos financieros y tarifas de agencia de cobranza. Todas las tarifas se adeudarán además del saldo restante. En el caso de un saldo impago, es posible que lo despidan de nuestra práctica. A partir de junio de 2018 a.C., ya no acepta nuevos pacientes con Medicaid.

Los servicios adicionales como la eliminación de cerumen, la eliminación de verrugas, la eliminación de cuerpos extraños, etc. pueden o no estar cubiertos por su seguro y, por lo tanto, serán responsabilidad financiera del paciente.

Si hay una enfermedad aguda que sea discutida y manejada durante la visita de examen anual , entonces se pueden facturar dos servicios, uno para el examen anual y un examen específica del problema.

Como resultado, es posible que deba pagar un copago / coseguro.

- Nos reservamos el derecho de cobrar \$ 30.00 por citas perdidas (NO SHOW) no canceladas dentro de las 24 horas.
- Todos los formularios impresos tendrán un cargo de \$ 5.00 si el paciente los pierde.
- Todos los formularios que requieran la firma de un médico tendrán un cargo de \$ 35.00.
- Puede utilizar nuestra dirección de correo electrónico para notificarnos cancelaciones de citas y reabastecimiento de medicamentos

[repcionist1@borderclinic.com](mailto:repcionist1@borderclinic.com) / [repcionist@borderclinic.com](mailto:repcionist@borderclinic.com) y con su aplicación HEALOW

Si no tiene seguro médico usted tendrá que pagar por su cuenta en su totalidad al momento del servicio.

Nuestra práctica acepta Visa, MasterCard, Discover, American Express y tarjetas de débito. También aceptamos efectivo.

**Autorización:** Acepto cumplir con los términos de la política financiera anterior y acepto la responsabilidad por cualquier saldo no cubierto por mi (s) compañía (s) de seguros. Si mi cuenta se vuelve morosa, acepto pagar todos los costos incurridos en el cobro de la cuenta, incluidas las tarifas de cobro necesarias.

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

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_



Claudia G Mercado MD y Mario R. Salinas NP  
1405 Jacaman Road, Suite # 104. Laredo Texas 78041  
Teléfono: 956-727-3047 Fax: 956-717-363

## **Aviso de prácticas de privacidad**

### **A partir de abril de 2018**

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo con atención.**

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, el pago de operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. La "información médica protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

### **Usos o divulgaciones de información médica para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.**

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que usamos y divulgamos la información médica. La información se puede utilizar en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, respaldar el funcionamiento de la práctica del médico y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información médica para determinar su elegibilidad para los beneficios y para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que recibe de los proveedores de atención médica.

**Operaciones sanitarias:** Podemos usar o divulgar su información médica para apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Podemos utilizar la información médica en relación con la evaluación de la calidad, la presentación de reclamos, la revisión médica, los servicios legales, los servicios de auditoría y los programas de fraude y abuso.

**Según lo requiera la ley:** Divulgaremos su información médica cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales. Podemos divulgar información cuando así lo requiera una orden judicial o una citación.

No se permiten otros usos o divulgaciones sin su autorización por escrito: otras divulgaciones solo se realizarán con su consentimiento, a menos que lo exija la ley. Puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

### **Sus derechos con respecto a la información médica:**

#### **Su derecho a solicitar restricciones:**

Puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Puede solicitar que no se divulgue cualquier parte de su información médica protegida a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o con fines de notificación, como se describe en este Aviso de privacidad. Puede solicitar que no usemos o divulguemos PHI para comercializar o vender PHI. Tiene derecho a solicitar que su PHI no se utilice para recaudar fondos. Su solicitud debe indicar las restricciones y a quién se aplican. Esta solicitud debe hacerse por escrito.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si su médico cree que lo mejor para usted es permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, su información médica protegida no estará restringida.

**Su derecho a inspeccionar y copiar:** Tiene derecho a inspeccionar y copiar información médica. Para inspeccionar y copiar la información médica que pueda usarse para tomar decisiones médicas sobre usted, debe enviar una solicitud por escrito y/o en formato electrónico.



Claudia G Mercado MD y Mario R. Salinas NP 1405 Jacaman  
Road, Suite # 104. Laredo Texas 78041 Teléfono:  
956-727-3047 Fax: 956-717-3630

**Su derecho a enmendar:** Si cree que la información médica sobre usted es incorrecta o no está completa, puede pedirle al médico que la corrija. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe ser por escrito y debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Además, podemos denegar su solicitud.

**Su derecho a recibir un informe de las divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar un “informe de las divulgaciones” cuando dicha divulgación se realizó para cualquier propósito que no sea el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Esta solicitud debe presentarse por escrito. Su solicitud debe indicar un período de tiempo no mayor a 6 (seis) años.

**Su derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus asuntos médicos por medios alternativos o en un lugar alternativo. Esta solicitud debe hacerse por escrito.

**Su derecho a ser notificado si su PHI ha sido violada:** Tiene derecho a saber si ha habido una violación de seguridad de su Información de salud protegida no segura por nuestra parte o por parte de un Socio comercial.

**Su derecho a solicitar restricciones sobre las divulgaciones a los planes de salud:** Tiene derecho a solicitar restricciones a las divulgaciones a los planes de salud para el pago o las operaciones de atención médica con respecto a los servicios en los que la persona ha pagado el servicio de su bolsillo y en su totalidad. Esta información se puede divulgar solo con su autorización por escrito.

**Todos los demás usos y divulgaciones:** Todos los demás usos y divulgaciones de información que no se incluyan en este Aviso de prácticas de privacidad no se divulgarán sin su autorización. Puede revocar su permiso por escrito en cualquier momento. Su derecho a recibir una copia de este aviso: Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso. Cambios:

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento y de aplicar el aviso revisado a toda la información médica identificable individualmente que mantiene.

**Quejas:** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja a nosotros o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Todas las quejas deben hacerse por escrito. Envíe por correo a Atlanta Federal Center, Suite 3870, 61 Forsyth Street, SW Atlanta, Georgia, 30309-8909, o envíe un correo electrónico a [aOCRPrivacy@hhs.gov](mailto:aOCRPrivacy@hhs.gov). Usted no será penalizado por presentar una queja. Todas las quejas se tomarán en serio y se investigarán a fondo.

**Declaración de no discriminación:** Border Clinic PLLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad o discapacidad.

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

Nombre / padre o tutor: \_\_\_\_\_



Claudia G Mercado MD y Mario R. Salinas NP  
 1405 Jacaman Road, Suite # 104. Laredo Texas 78041  
 Teléfono: 956-727-3047 Fax: 956-717-3630

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA ePRESCRIBE**

ePrescribe Program ePrescribing es una forma en que los médicos envían electrónicamente una receta precisa, sin errores y comprensible

desde el consultorio del médico hasta la farmacia. El programa ePrescribe también incluye:

- Formulario y transacciones de beneficios: le brinda al proveedor de atención médica información sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.
- Notificación de estado de surtido: permite al proveedor de atención médica recibir un aviso electrónico de la farmacia que le informa si su receta ha sido recogida, no recogida o parcialmente surtida.
- Transacciones del historial de medicamentos: proporciona al proveedor de atención médica información sobre sus recetas actuales y pasadas. Esto permite a los proveedores de atención médica estar mejor informados sobre posibles problemas con los medicamentos y utilizar esa información para mejorar la seguridad y la calidad. Los datos del historial de medicación pueden indicar: cumplimiento de los regímenes prescritos; intervenciones terapéuticas; interacciones fármaco-fármaco y fármaco-alergia; Las reacciones adversas a medicamentos; y terapia duplicativa.

La información del historial de medicamentos incluiría medicamentos recetados por su proveedor de atención médica en Tufts Medical Center, Inc., así como otros proveedores de atención médica involucrados en su atención y puede incluir información confidencial que incluye, entre otros, medicamentos relacionados con afecciones de salud mental, enfermedades venéreas / enfermedades de transmisión sexual, aborto (s), violación / agresión sexual, abuso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas y VIH / SIDA.

Como parte de este formulario de consentimiento, usted da su consentimiento específicamente para la divulgación de esta y otra información médica confidencial. Consentimiento Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que su proveedor de Border Clinic PLLC puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad para recibir atención médica, el pago de su atención médica o sus beneficios de atención médica. Su elección de otorgar o denegar el consentimiento puede no ser la base para la denegación de servicios de salud. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado. Este formulario de consentimiento permanecerá en vigor hasta el día en que revoque su consentimiento.

Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no tendrá efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación. Comprendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a Border Clinic PLLC para inscribirme en este Programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

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

*AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD / HIPPA / PARA MIEMBROS FAMILIARES Y / O AMIGOS*

Yo ( nombre del paciente ) \_\_\_\_\_ autorizo a la Oficina de la Dra. Claudia Mercado y Mario Salinas NP proveer de mi informacion medica privada bajo las reglas de HIPPA unicamente a estas Personas:

Nombre Completo y Parentezco y/o relacion: \_\_\_\_\_

Nombre Completo y Parentezco y/o relacion: \_\_\_\_\_

No deseo revelar mi informacion a nadie



Claudia G Mercado MD y Mario R. Salinas NP  
1405 Jacaman Road, Suite # 104. Laredo Texas 78041  
Teléfono: 956-727-3047 Fax: 956-717-3630

**Autorización para usar / divulgar  
información médica**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que Border Clinic PLLC está autorizado por mí para usar, divulgar y / o divulgar la Información de salud protegida (PHI) como se describe a continuación. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por las regulaciones de privacidad.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de cumpleaños:** \_\_\_\_\_

**Profesional Medico/ Hospital / Centro de Salud**

**Numero de Fax y de Oficina**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autorizo que la siguiente información sea enviada a la dirección anterior: (Marque todas las que correspondan)**

- Copias de Registros médicos del período: \_\_\_\_\_
- Copias de la información descrita a continuación para el periodo: \_\_\_\_\_
- Historia y examen físico
- Informes de otros médicos
- Informes de laboratorio, rayos X, etc.
- Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Razón de la transferencia / divulgación: \_\_\_\_\_

**Entiendo que:**

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al consultorio por escrito. La revocación solo será efectiva a partir de la fecha en que se reciba en esta oficina y no se aplicará retroactivamente. Puedo solicitar o copiar la información médica protegida para su uso o divulgación.
- Esta autorización vencerá un año después de la fecha de hoy, a menos que se especifique lo contrario.
- Border Clinic PLLC no asume ninguna responsabilidad por el uso o mal uso por parte de otros de mi información médica divulgada bajo esta autorización.

Firma Del Paciente / padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR DENOS 14 DÍAS HÁBILES PARA TODAS LAS SOLICITUDES DE EXPEDIENTES MÉDICOS**