



Médico: Lajja Patel, MD

Información de registro del paciente

Nombre: (Apellido, Nombre, Segundo nombre) _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ SSN# ___-___-___ Sexo: M / F
Información de contacto: Número principal: (___) ___-___-___ Número secundario: (___) ___-___
Correo electrónico: _____@_____
Dirección: _____ Ciudad _____ Calle _____ Código Postal _____
Idioma preferido: _____ Raza: Nombre del _____
empleador: _____ Cargo: _____

Contacto de emergencia:
Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono #: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ St. _____ Código postal _____

Información del seguro:

Nombre del plan: Primaria _____ Secundaria _____
Número de ID de miembro: Primaria _____ Secundaria _____

Historia de salud:

Enfermedad infantil:
___ Sarampión ___ Paperas ___ Rubéola ___ Varicela ___ Fiebre reumática ___ Polio
___ Otro: _____
Inmunización/Vacunación:
___ Tétanos (___/___/___)
___ Hepatitis (___/___/___)
___ Gripe (___/___/___)
___ Neumonía (___/___/___)
___ Varicela (___/___/___)
___ MMR (sarampión, paperas, rubéola) (___/___/___)

Historia Quirúrgica:

Procedimiento: _____
Procedimiento: _____
Procedimiento: _____
Procedimiento: _____

Año: _____
Año: _____
Año: _____
Año: _____

Ubicación: _____
Ubicación: _____
Ubicación: _____
Ubicación: _____

¿Actualmente o alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes?

- Amputación(es)
- Anemia
- Ansiedad
- Artritis
- Enfermedad autoinmune
- Dolor de espalda / cuello
- Incontinencia de vejiga
- Enfermedad gastrointestinal
- CANALLA
- cáncer _____
- Cataratas
- Colitis o diverticulosis
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- EPOC o Enfisema
- Demencia o pérdida de memoria
- Depresión y/o Ansiedad
- Diabetes (Tipo 1 / Tipo 2)
- Enfermedad endocrina
- Problemas de los ojos
- Gastritis / Úlcera
- ERGE / reflujo ácido
- Gota
- Dolores de cabeza / migrañas
- Pérdida de audición / Problemas de oído
- Cardiopatía
- Trastorno del ritmo cardíaco
- Hemorroides
- HTA (Presión Arterial Alta)

- Colesterol alto
- Nefropatía
- Enfermedad del hígado
- Enfermedad pulmonar
- Enfermedad mental
- Trastorno del movimiento
- Neuropatía
- Osteopenia / Osteoporosis
- Sobrepeso / Obesidad
- Neumonía
- Cancer de prostata
- convulsiones
- Úlcera de estómago/duodenal
- Accidente cerebrovascular / AIT
- Enfermedad de tiroides
- Tuberculosis
- Problema(s) urinario(s)
- Enfermedad viral
- Otro: _____

Hábitos saludables:

Uso de Tabaco: (S/N) Actualmente: (S/N) Anteriormente: ¿Cuánto tiempo? _____
__ Cigarrillos: ___/Día __ Masticar: ___/Día __ Cigarros: ___Día

Cafeína: ___ Ninguno ___ Ocasional __ Moderado __ Regularmente: ___/Día

Drogas: ¿Utiliza actualmente drogas recreativas o ilícitas? (S/N)

Alcohol: (S/N) ___/Semana

Ejercicio: ___ De nada ___ Leve ___ Ocasional ___ Regularmente

Dieta: (S/N) ¿Recetado por un médico? (S / N) Número de comidas: ___/Día
Consumo de sal: ___ Alto __ Medio __ Bajo Consumo de grasas: ___ Alto __ Medio __ Bajo

SOLO MUJERES:

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____

Fecha de la última mamografía: _____

El último periodo menstrual: _____ O Fecha de inicio de la menopausia: _____

Actualmente Embarazada: (S/N) Lactancia: (S/N) ¿Posibilidad de estar embarazada? (S/N)

Ha tenido lo siguiente: ___ D&C (S / N) ___ Histerectomía (S/N) ___ Cesárea (S/N)

¿Alguna infección del tracto urinario, vejiga o riñón en el último año? (S/N)

¿Sangre en la orina? (S/N)

¿Problemas para controlar la orina? (S/N)

¿Sofocos o sudoración por la noche? (S/N)

SOLO HOMBRES:

¿Te levantas en medio de la noche para orinar? (S/N) ___/Por noche

¿Siente un ardor al orinar? (S/N)

¿Sangre en la orina? (S/N)

¿Sientes secreción del pene? (S/N)

¿Ha disminuido la fuerza de la orina? (S/N)

¿Alguna infección de vejiga, riñón o próstata en el último año? (S/N)

¿Problemas para vaciar la vejiga por completo? (S/N)

¿Dolor o hinchazón testicular? (S/N)

¿Dificultades con la erección o la eyaculación? (S/N)

Fecha del último examen de próstata: _____

Historial de salud familiar:

Miembro de la familia: _____ Diagnóstico: _____ Edad de DX: _____
Miembro de la familia: _____ Diagnóstico: _____ Edad de DX: _____
Miembro de la familia: _____ Diagnóstico: _____ Edad de DX: _____
Miembro de la familia: _____ Diagnóstico: _____ Edad de DX: _____
Miembro de la familia: _____ Diagnóstico: _____ Edad de DX: _____
Miembro de la familia: _____ Diagnóstico: _____ Edad de DX: _____

Notas:



Política financiera:

Nos complace que haya seleccionado CareFront Medical Group, PLLC para sus necesidades de atención médica y busque adelante a trabajar con usted. Para ayudarlo a comprender mejor sus responsabilidades financieras como paciente en relaciones con su atención médica, nos gustaría describir dichas políticas financieras.

Se espera que los pacientes proporcionen una identificación y, si están asegurados, una(s) tarjeta(s) de seguro actual al momento de la servicio. Los pacientes son económicamente responsables de todos los servicios prestados y se espera que paguen por dichos servicios. servicios en el momento de los servicios. Esto incluye cualquier saldo vencido de fechas anteriores de servicio. devuelto los cheques estarán sujetos a cargos.

Pacientes de Medicare: La oficina facturará al intermediario de Medicare. Los pacientes son responsables de lo siguiente: Deducible anual de Medicare, todos los copagos aplicables del cargo permitido, cualquier servicio no cubierto, cualquier servicio cubierto ordenado por el médico que no cumple con la necesidad médica de Medicare y para que el beneficiario firmó y "Advanced Beneficiary Notice" (ABN).

Seguros complementarios y secundarios de Medicare: La práctica facturará tanto a Medicare como a los seguros secundarios. seguros

Medicaid: los pacientes deben proporcionar al consultorio una tarjeta de Medicaid vigente en cada visita. Seguro de enfermedad los pacientes son responsables de los copagos aplicables y de todos los servicios no cubiertos. Los pacientes de Medicaid son responsable de obtener las referencias necesarias de sus médicos de atención primaria.

HMO y PPO, planes de seguro comercial: los pacientes son responsables de los pagos del copago, coseguro y/o deducible, o montos no cubiertos en el momento de los servicios, así como de cualquier cambio para los cuales los pacientes no obtuvieron autorización previa, si la autorización es necesaria. Se presenta el seguro como cortesía y los beneficios están autorizados para ser pagados directamente a la práctica. Los pacientes son responsables de el saldo en su totalidad si el seguro no lo paga en 30 días. Si el paciente no está finalmente preparado para pagar copago o deducible, un miembro del personal clínico determinará si es médicamente necesario para el paciente para ser visto por mi médico o enfermera practicante. Si la condición del paciente lo permite, la cita será ser reprogramado.

Pago por cuenta propia: los pacientes son responsables del pago total en el momento de los servicios por todos los servicios prestados.

Seguro fuera del estado: Si el paciente presenta una(s) tarjeta(s) de seguro HMO/PPO fuera del estado, necesitaremos para verificar los beneficios de los pacientes para beneficios fuera del estado o fuera de la red. El paciente puede ser requerido para hacer el pago completo o pagar cualquier copago, coseguro o deducible.



Política Financiera Continuación:

Asignación y liberación: Por la presente asigno mi seguro u otros beneficios de terceros para que sean pagados directamente a la práctica del médico, sabiendo que soy responsable de cualquier saldo resultante. También autorizo a la médico que divulgue cualquier información requerida para procesar este reclamo a mi compañía de seguros y/o a mi empleador o posible empleador (para reclamaciones patrocinadas/pagadas por el empleador). Reconozco que oa, financieramente responsable de los servicios prestados, y la falta de pago de cualquier saldo pendiente puede resultar en procedimientos de cobro que se están tomando. Además, acepto que si esta cuenta resulta en un saldo acreedor, el el monto del crédito se aplicará a cualquier cuenta pendiente mía, o a un miembro de la familia cuyo cuenta de la que soy garante.

Conversión de cheque electrónico: cuando proporciona un cheque como pago, nos autoriza a usar información de su cheque para hacer una única transferencia electrónica de fondos desde su cuenta para procesar el pago como una transacción de cheque. Cuando usamos la información de su cheque para hacer un pago electrónico transferencia de fondos, los fondos pueden retirarse de la cuenta el mismo día.

Firma del paciente: _____

Nombre impreso: _____

Fecha: _____



Medicamento

Nombre:	Dirección:	Días:	Cantidad:

Alergias: _____

Nombre:	Reacción:

Farmacia: _____

Nombre:	DIRECCIÓN:

Firma del paciente: _____

Firma del personal: _____



CareFront Medical Group

Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de HIPAA:

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida. información.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted se asegura de que por su firma que ha revisado nuestro aviso antes de firmar el consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información de salud protegida para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, la cumpliremos. acuerdo. La ley HIPAA (Health Insurance Portability Accountability Act of 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida y uso potencialmente anónimo en la publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago o operaciones de salud. • La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley. • La práctica tiene derecho a restringir el uso de la información, pero la práctica no estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento en el cableado en cualquier momento y revelaciones completas entonces cesará.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento

¿Podemos llamarle por teléfono, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? SÍ NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su celular? SÍ NO

¿Podemos discutir su condición médica con los miembros de su familia? SÍ NO

En caso afirmativo, indique el miembro de la familia permitido:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Este consentimiento fue firmado por: _____

(NOMBRE EN IMPRENTA)

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____



Formulario de divulgación de registros médicos

Al firmar este formulario, lo autorizo a divulgar información médica confidencial sobre mí al divulgar una copia de mis registros médicos personales, o un resumen o narración de mi información de salud, al médico/persona/instalación/entidad que se indica a continuación.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

La información que puede divulgar sujeta a este comunicado firmado es la siguiente:

Registros completos

Plan de cuidado

Informes de patología

Informes hospitalarios

Historia y Físico

Informes de laboratorio

Registro de tratamiento

Registro de medicamentos

Notas de progreso

Informes de radiología

Informes Operativos

Otro (especifique a continuación)

Divulgar mi información de salud protegida al siguiente médico/persona/instalación/entidad y/o aquellos directamente asociados con mi atención médica:

Nombre: Grupo médico CareFront

Dirección: 10423 State Highway 151, Suite 103

Ciudad, Estado, Código Postal: San Antonio, Texas 78251

Fax: 210-876-1761

Teléfono: 210-876-1451

Firma del paciente: _____

Nombre impreso del paciente: _____

Fecha: _____



Política de No Llamar y No Presentarse

Programamos nuestras citas para garantizar que cada paciente reciba la cantidad de tiempo suficiente para ser atendido por nuestros médicos y personal médico. Es muy importante respetar la hora de su cita programada con nosotros y llegar puntualmente.

Si su horario cambia y no puede asistir a su cita, comuníquese con nosotros para que podamos reprogramarlo y acomodar a los pacientes que están esperando una cita.

Como cortesía a nuestra oficina, así como a aquellos pacientes que esperan recibir la atención médica que necesitan, avisenos con al menos 24 horas de anticipación.

Si no cancela o reprograma su cita con al menos 24 horas de anticipación, podemos aplicar una tarifa de \$25.00 a su cuenta. Esta "tarifa por no presentarse" no será reembolsable por su compañía de seguros. Se le facturará directamente y será responsable de dicho saldo.

Después de tres ausencias consecutivas a su cita, nuestra práctica puede decidir terminar su relación con usted.

Grupo médico CareFront y servicios médicos de MedCede

Entiendo la política de "ausencia" de CareFront Medical Group/MedCede Physicians y acepto proporcionar un número de tarjeta de crédito, que puede cobrar \$25.00 por no presentarse a una cita programada. Entiendo que debo cancelar o reprogramar cualquier cita con al menos 24 horas de anticipación para evitar un posible cargo por no presentarse al método de pago proporcionado.

Firma del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

NOMBRE FECHA: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha estado
¿Le molesta alguno de los siguientes problemas?

(Por favor seleccione su respuesta entre 0-3)

	No en todo	Cortar Días	Más que La mitad de la días	Cerca de cada día
1. Poco interés o placer en hacer cosas 2.	0	1	2	3
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza 3.	0	1	2	3
Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado 4. Sentirse cansado o tener poca	0	1	2	3
energía 5. Falta de apetito o comer	0	1	2	3
en exceso 6. Sentirse mal consigo mismo -o que eres un fracasado o has dejado usted o su familia abajo	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico. o viendo la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrían haberlo hecho observó. O al contrario, ser tan inquieto o inquieto que tienes Adolescente moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estarías mejor muerto o herido tú mismo	0	1	2	3
Agregar columnas				
TOTAL				

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le han
resultado estos problemas para hacer su trabajo,
ocuparse de las cosas en el hogar o llevarse bien
con otras personas?

Nada difícil ____

Algo difícil ____

Muy difícil ____

Extremadamente difícil ____

Escala de 7 ítems del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha estado molesto por los siguientes problemas?	De nada Seguro	Varios Días	Encima la mitad de la días	Cerca de cada día
1. Sentirse nervioso, ansioso o al límite 2. No poder detener o controlar la preocupación 3.	0	1	2	3
Preocuparse demasiado por diferentes cosas 4.	0	1	2	3
Problemas para relajarse 5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto 6. Enfadarse o irritarse con facilidad 7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder	0	1	2	3
Sume la puntuación de cada columna				
Puntaje total (agregue los puntajes de su columna) =				

Si marcó algún problema, qué tan difícil le ha resultado hacer su trabajo, tenga cuidado
¿De cosas en casa, o de llevarse bien con otras personas?

No es difícil en absoluto _____

Algo difícil _____

Muy difícil _____

Extremadamente difícil _____

GRUPO MÉDICO CAREFRONT

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE POR
SUSTANCIAS Y PRESCRIPCIONES QUE ALTERAN EL ÁNIMO O LA MENTE

Sustancias controladas y medicamentos que alteran el estado de ánimo o la mente (es decir, narcóticos, tranquilizantes, benzodiazepinas, medicamentos para el TDAH, somníferos, antidepresivos, barbitúricos y cualquier alterando la medicación) son muy útiles para controlar el dolor agudo, el dolor crónico y otras condiciones, pero tienen un alto potencial de uso indebido y, por lo tanto, están estrechamente controlados por los gobiernos locales, estatales y federales. Están destinados a aliviar el dolor y otras condiciones, mejorando así la calidad de vida, la función y/o Habilidad para trabajar. Porque mi médico me está recetando una sustancia controlada o que altera el estado de ánimo o levemente medicamento para ayudar a controlar mi condición, acepto la siguiente condición.

RESPONSABILIDAD DE LOS PACIENTES

Soy responsable de los medicamentos que me recetan. Si pierdo, extravío o me roban mi receta, o si "se agota antes de tiempo", entiendo que no será repuesta.

Autorizo a mi médico a discutir todos mis detalles de diagnóstico y tratamiento con otros médicos que me brindan atención médica y con mis farmacéuticos con el fin de mantener responsabilidad. Esto incluye una copia de este contrato.

Usaré una sola farmacia para todos mis resurtidos de recetas. Voy a registrar el nombre y número de teléfono de esta farmacia con mi médico.

Entiendo que es posible que no esté permitido conducir un vehículo motorizado mientras tomo mis medicamentos y que es mi responsabilidad de cumplir con las leyes de Texas mientras tomo los medicamentos recetados.

En cualquier momento mientras estoy recibiendo medicamentos, mi médico puede considerar necesario que vea a un especialista en uso de medicamentos. Entiendo que si no asisto a dicha cita, mis medicamentos será discontinuado o no podrá ser rellenado más allá de una dosis decreciente hasta completarse. entiendo que si el especialista siente que estoy en riesgo de tener una dependencia psicológica (adicción); mis medicamentos pueden ser manipulado hasta el final.

Acepto someterme a pruebas de detección de drogas en orina al azar y programadas a discreción del proveedor. La prueba mostrará la presencia de mi medicamento recetado pero también mostrará cualquier droga ilícita. La presencia de mi medicación prescrita y cualquier droga ilícita. La presencia de drogas ilícitas. La presencia de drogas ilícitas. o la ausencia de mis medicamentos recetados se considerará un incumplimiento de este contrato y por lo tanto causal de despido. El incumplimiento de la prueba tendrá la consideración de rondas de despido.

No solicitaré ni aceptaré medicamentos con sustancias controladas de ningún otro médico o persona mientras recibo tal medicamento de la Dra. Patel sin su permiso. No daré, compartiré ni venderé mis medicamentos a cualquier otra persona.

RECARGAS DE MEDICAMENTOS

Se realizará únicamente en horario habitual de oficina de miércoles a sábado, de forma presencial. Esto será hecho ya sea mensual, bimensual o trimestral durante una visita programada al consultorio. No se realizarán recargas fuera de horario, los fines de semana o los días festivos.

No se hará si "se me acaban antes de tiempo", o "pierdo una receta", o derramo o "pierdo mis medicamentos", o "se los roban". Soy responsable de tomar el medicamento en la dosis prescrita y de mantener seguimiento de la cantidad restante. También soy responsable de mantener los medicamentos en un lugar seguro. como para evitar su robo.

No se hará como una "emergencia" como el viernes por la tarde porque de repente me doy cuenta de que voy a "correr salir mañana. Llamaré con al menos 24 horas de anticipación para programar una cita para recargas.

TERMINACIÓN DE LA ATENCIÓN

Entiendo que si violo cualquiera de las condiciones anteriores, mi tratamiento con sustancias controladas los medicamentos se suspenderán de inmediato, sin un aviso de 30 días. Si la infracción implica obtener medicamentos de sustancias controladas de otra persona, o venderlos a otra persona, o el uso concomitante de drogas ilícitas (ilegales) no recetadas, la situación se informará a todos mis médicos, instalaciones médicas y autoridades legales correspondientes. Soy ; responsable de cualquier síndrome de abstinencia que puede ocurrir que haga un uso indebido del medicamento narcótico y/o la terminación de mi atención.

He leído este contrato y lo mismo me ha explicado el Dr. Patel o NP Helena Hartmann. Todo mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo en cumplir plenamente con este contrato. Además, acepto plenamente las consecuencias de violar este acuerdo.

Fecha _____ Paciente _____ Testigo _____

Copia dada a pt. Fecha: _____ El paciente rechazó la copia. Fecha: _____

Grupo médico CareFront

Protocolo de prueba de drogas en orina

Nuestro personal en CareFront Medical Group, PLLC está comprometido a brindar tratamientos efectivos a todos sus pacientes y pacientes que sufren de dolor crónico y otros trastornos. Este tratamiento puede incluir el uso de analgésicos opioides, otros analgésicos narcóticos, medicamentos programados que requieren una receta por triplicado y otras drogas que alteran el estado de ánimo y/o la mente. Debido a la epidemia del abuso de analgésicos recetados y otros medicamentos, así como otros estupefacientes y con el fin de controlar y dar cuenta de la cumplimiento en la toma de sus medicamentos según lo prescrito, todos los pacientes estarán sujetos a pruebas de detección de drogas en orina.

Circunstancias para la prueba de drogas en orina

Todos los pacientes nuevos que actualmente reciben o recibirán cualquier fármaco o estado de ánimo y/o

El medicamento que altera la mente se probará en la primera cita con \$ 50 UDS para que se escriba la receta, junto con UDS cada 30 días para que la receta se renueve continuamente y una prueba de confirmación cada 90 días.

Todos los pacientes existentes con síntomas de alto riesgo no examinados en los últimos 365 (fecha del examen físico anual).

Todos los pacientes existentes serán evaluados cada 30 días con UDS a un cargo de \$50, si usan analgésicos opiáceos o otros analgésicos narcóticos. Si hay una discrepancia en la prueba de UDS, continuaremos con UDS cada 30 días junto con una prueba de confirmación el mismo día y puesto en monitoreo de cumplimiento durante 90 días.

La prueba de confirmación se facturará al seguro del paciente y se requerirá por un período de 90 días. Si el paciente falla cualquier prueba de confirmación, la(s) prescripción(es) serán descontinuadas.

Todos los pacientes existentes serán evaluados cada 30 días con UDS a un cargo de \$50, si usan cualquier Programa II medicamento. Si hay una discrepancia en la prueba de UDS, continuaremos con UDS cada 30 días junto con una prueba de confirmación el mismo día y puesta en monitoreo de cumplimiento durante 90 días. La prueba confirmatoria se facturará al seguro del paciente y se requerirá por un período de 90 días. Si el paciente falla en cualquier prueba de confirmación, se suspenderán las recetas.

Todos los pacientes existentes serán evaluados cada 30 días con UDS a un cargo de \$50, si usan cualquier otro Programa III-IV o droga que altera el estado de ánimo y/o la mente que no cae bajo 3 o 4 de arriba. Si hay un discrepancia En prueba UDS, continuaremos con UDS cada 30 días junto con una prueba confirmatoria misma día y colocado en monitoreo de cumplimiento por 90 días. La prueba de confirmación se facturará al paciente seguro y requerido por un período de 90 días. Si el paciente no pasa alguna prueba de confirmación, se le prescribirá interrumpido.

Pacientes de alto riesgo: los pacientes serán evaluados cada 30 días con UDS y pruebas de confirmación si considerados de alto riesgo (pacientes que han admitido tener un problema de abuso de sustancias y están en cualquier droga programada o droga que altera el estado de ánimo y/o la mente o cualquier paciente que actualmente esté en un estado de ánimo o mental alterando la lista de drogas II-IV que ha dado positivo por una droga no recetada o una droga ilícita) por un período de 90 días, hasta que el paciente haya demostrado un cumplimiento adecuado durante dicho período. Droga ilícita positiva los resultados de cualquiera de las pruebas durante el período de 90 días darán lugar a la interrupción de la(s) prescripción(es).

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

DIRECTIVA A MÉDICOS Y FAMILIARES O SUSTITUTOS

Ley de Directivas Anticipadas (ver §166.033, Código de Salud y Seguridad)

Instrucciones para completar este documento:

Este es un documento legal importante conocido como Directiva Anticipada. Está diseñado para ayudarlo a comunicar sus deseos sobre el tratamiento médico en algún momento en el futuro cuando no pueda dar a conocer sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos generalmente se basan en valores personales. En particular, es posible que desee considerar qué cargas o dificultades de tratamiento estaría dispuesto a aceptar por un monto particular de beneficio obtenido si estuviera gravemente enfermo.

Lo alentamos a discutir sus valores y deseos con su familia o el vocero elegido, así como con su médico. Su médico, otro proveedor de atención médica o institución médica puede brindarle varios recursos para ayudarlo a completar su directiva anticipada. Las definiciones breves se enumeran a continuación y pueden ayudarlo en sus discusiones y planificación anticipada. Ponga sus iniciales en las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Proporcione una copia de su directiva a su médico, hospital habitual y familia o portavoz. Considere una revisión periódica de este documento. Mediante una revisión periódica, puede asegurarse de que la directiva refleje sus preferencias.

Además de esta directiva anticipada, la ley de Texas prevé otros dos tipos de directivas que pueden ser importantes durante una enfermedad grave. Estos son el poder notarial médico y la orden de no resucitar fuera del hospital. Es posible que desee hablar sobre esto con su médico, familia, representante del hospital u otros asesores. También puede completar una directiva relacionada con la donación de órganos y tejidos.

DIRECTIVA

Yo, _____, reconozco que la mejor atención médica se basa en una asociación de confianza y comunicación con mi médico. Mi médico y yo tomaremos decisiones de atención médica o tratamiento juntos siempre que esté en mi sano juicio y pueda dar a conocer mis deseos. Si llega un momento en que no puedo tomar decisiones médicas sobre mí mismo debido a una enfermedad o lesión, ordeno que se respeten las siguientes preferencias de tratamiento:

Si, a juicio de mi médico, padezco una afección terminal de la que se espera que muera dentro de los seis meses, incluso con el tratamiento de soporte vital disponible proporcionado de acuerdo con los estándares de atención médica vigentes:

Solicito que todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo sean discontinuados o tierra retenida mi médico me permite morir lo más suavemente posible;

Solicito que me mantengan con vida en esta condición terminal utilizando el tratamiento de soporte vital disponible. (ESTE LA SELECCIÓN NO APLICA AL CUIDADO DE HOSPICIO.)

Si, a juicio de mi médico, sufro una afección irreversible que me impide cuidarme o tomar decisiones por mí mismo y se espera que muera sin recibir tratamiento de soporte vital de acuerdo con los estándares de atención médica vigentes:

Solicito que todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo sean discontinuados o retenido y mi médico me permita morir lo más suavemente posible;

Solicito que me mantengan con vida en esta condición irreversible utilizando el tratamiento de soporte vital disponible. (ESTA SELECCIÓN NO APLICA A LA ATENCIÓN DE HOSPICIO).

Solicitudes adicionales: (Después de hablar con su médico, es posible que desee considerar enumerar tratamientos particulares en este espacio que desea o no desea en circunstancias específicas, como nutrición e hidratación administradas artificialmente, antibióticos intravenosos, etc. Asegúrese de indicar si usted quiere o no quiere el tratamiento particular.)

Después de firmar esta directiva, si mi representante o yo elegimos el cuidado de hospicio, comprendo y acepto que solo se brindarán los tratamientos necesarios para mantenerme cómodo y que no recibiré los tratamientos de soporte vital disponibles.

Si no tengo un poder notarial médico y no puedo dar a conocer mis deseos, designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para que tomen decisiones de atención médica o tratamiento con mi médico compatibles con mis valores personales:

1. _____

2. _____

(Si se ha ejecutado un poder notarial médico, entonces ya se ha nombrado a un agente y no debe incluir nombres adicionales en este documento).

Si las personas anteriores no están disponibles, o si no he designado un vocero, entiendo que se elegirá un vocero para mí siguiendo los estándares especificados en las leyes de Texas.

Si, a juicio de mi médico, mi muerte es inminente en cuestión de minutos u horas, incluso con el uso de todo el tratamiento médico disponible proporcionado dentro del estándar de atención vigente, reconozco que todos los tratamientos pueden suspenderse o eliminarse, excepto aquellos necesarios para mantener mi comodidad. Entiendo que bajo la ley de Texas esta directiva no tiene efecto si me han diagnosticado que estoy embarazada. Esta directiva permanecerá vigente hasta que yo la revoque. Ninguna otra persona puede hacerlo.

Firmado _____ Fecha _____

Ciudad, condado, estado de residencia _____

Dos testigos adultos competentes deben firmar a continuación, reconociendo la firma del declarante. El testigo designado como Testigo 1 no puede ser una persona designada para tomar una decisión de tratamiento o atención médica para el paciente y no puede estar relacionado con el paciente por sangre o matrimonio. Es posible que este testigo no tenga derecho a ninguna parte de los bienes y no pueda reclamar los bienes del paciente. Este testigo no puede ser el médico tratante ni un empleado del médico tratante. Si este testigo es un empleado de un centro de atención médica en el que se atiende al paciente, este testigo no puede estar involucrado en brindar atención directa al paciente. Este testigo no puede ser un funcionario, director, socio o empleado de la oficina comercial de un centro de atención médica en el que se atiende al paciente ni de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

Testigo 1

testigo 2

Definiciones: "Nutrición e hidratación administradas artificialmente" significa el suministro de nutrientes o líquidos por un tubo insertado en una vena, debajo de la piel en los tejidos subcutáneos o en el tracto gastrointestinal.

"Condición irreversible" significa una condición, lesión o enfermedad:

que se puede tratar, pero nunca se cura ni se elimina;

que deja a una persona incapaz de cuidar o tomar decisiones por sí misma; y

que, sin tratamiento de soporte vital provisto de acuerdo con el estándar de atención médica vigente, es fatal

Explicación: muchas enfermedades graves, como el cáncer, la insuficiencia de los órganos principales (riñón, corazón, hígado o pulmón) y enfermedades cerebrales graves, como la demencia de Alzheimer, pueden considerarse irreversibles desde el principio. Hay cura, pero el paciente puede mantenerse con vida durante períodos prolongados de tiempo si el paciente recibe tratamientos de soporte vital. Tarde en el curso de la misma enfermedad, la enfermedad puede considerarse terminal cuando, incluso con tratamiento, se espera que el paciente muera. Es posible que desee considerar qué cargas de tratamiento que estaría dispuesto a aceptar en un esfuerzo por lograr un resultado particular. Esto es muy decisión personal que tal vez desee discutir con su médico, familia u otras personas importantes en su vida.

"Tratamiento de soporte vital" significa tratamiento que, basado en un juicio médico razonable, sostiene la vida de un paciente y sin la cual el paciente morirá. El término incluye tanto medicamentos para mantener la vida como soporte de vida artificial, como máquinas de respiración mecánica, tratamiento de diálisis renal y artificialmente Nutrición e hidratación administrada. El término no incluye la administración de control del dolor.

medicación, la realización de un procedimiento médico necesario para brindar atención de comodidad, o cualquier otra atención médica proporcionada para aliviar el dolor de un paciente.

"Condición terminal" significa una condición incurable causada por una lesión, enfermedad o dolencia que, de acuerdo con juicio médico razonable producirá la muerte dentro de los seis meses, incluso con medios de soporte vital disponibles tratamiento proporcionado de acuerdo con el estándar prevaleciente de atención médica.

Explicación: muchas enfermedades graves se pueden considerar irreversibles al comienzo de la enfermedad, pero es posible que no se consideren terminales hasta que la enfermedad esté bastante avanzada. Al pensar en la enfermedad terminal y su tratamiento, es posible que desee volver a considerar los beneficios y las cargas relativas del tratamiento y discuta sus deseos con su médico, familia u otras personas importantes en su vida.