



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.
7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

Welcome to Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

We appreciate the opportunity to participate in your healthcare. We provide specialized care in the areas of thyroid disease, osteoporosis and bone disorders, non-surgical reproductive endocrinological disorders such as polycystic ovary syndrome (PCOS) and male testicular dysfunction and evaluation of infertility. We also diagnose and manage a variety of other endocrine disorders.

We look forward to seeing you at our clinic. Please take the following steps and bring the necessary forms to ensure that we are prepared for your visit and can most optimally meet your needs. We encourage you to check our website from time to time for updates.

- Please confirm with your referring physician that a request for your consultation and all related medical records have been sent.
- Bring your insurance card and identification card (driver's license, passport, etc.).
- Bring a form of co-payment with you. We accept cash, check, and major credit cards.
- If your insurance requires, please be prepared to apply payment towards your deductible.
- Please bring a list of all your current medications (name and doses) or the bottles of your current prescriptions including non-prescription medications such as herbal remedies and vitamins.
- Please complete and bring the required forms.
- If you have diabetes, please ensure that we have an estimate of your recent hemoglobin A1c levels (HbA1C), and please bring your meter.

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

PATIENT INFORMATION

Date: _____

Last Name: _____ First Name: _____

Middle Name: _____

Home Number: _____ Cell Number: _____

E-mail Address: _____

Address: _____

Street

City

State

Zip

Date of Birth: _____

Social Security Number: _____

Marital Status: _____

Gender: ____ Male ____ Female

Employer: _____

Occupation: _____

List of Emergency Contact SPOUSE/PARTNER/SON/DAUGHTER (circle one)

Name: _____ Contact Phone: _____

SPOUSE/PARTNER/GUARDIAN INFORMATION (circle one)

Name: Last _____ First _____ Middle _____

Home Phone _____ Work Phone _____

Cell Phone _____ E-mail Address _____

Address (if Different from above):

Street

City

State

Zip

Date of Birth: _____

Employer: _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

INSURANCE INFORMATION

How do you intend to pay for your visit?

_____ Cash _____ Check _____ Credit Card _____ Insurance

Primary Health Insurance:

Insurance Company: _____

Mailing Address: _____

Policy or ID Number: _____ Group Number: _____

Insured Name: _____ Relationship to insured: _____

Secondary Health Insurance:

Insurance Company: _____

Mailing Address: _____

Policy or ID Number: _____ Group Number: _____

Insured Name: _____ Relationship to insured: _____

Preferred Pharmacy information including address (or location) and phone

Mail order Pharmacy (if applicable): _____

Local Pharmacy name and phone #: _____

Primary Care Doctor/OBGYN: _____

Name

Phone Number

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS: The undersigned hereby authorizes the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits to Endocrinology Clinics of Texas, P.A. I furthermore authorize payment of medical benefits to Endocrinology Clinics of Texas, P.A. for services rendered to myself or to my minor child or for those whom I have guardianship or Power of Attorney for.

Signature of patient or responsible party

Printed Name

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

Patient Name: _____ Date: _____

Date of Birth: _____

Main Concern(s)/Reason for visit today: _____

ALLERGIES (Please include type of reaction to each allergy listed):

Current Medications (Both prescription and over the counter including Herbal, Vitamins, etc.)

Please include another page if needed. Disregard if you maintain a separate list. Please bring your list.

NAME OF MEDICATIONS AND THEIR DOSES:

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

CURRENT MEDICAL CONDITON:

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

PREVIOUS MEDICAL PROBLEMS OR HOSPITALIZATIONS, SURGERIES, PROCEDURES:

(Please include dates):

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

FAMILY HISTORY (List any health problems of your closely related family members):

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

PERSONAL AND SOCIAL HISTORY

OCCUPATION: _____

Smoking: ____ Current ____ Ex-smoker ____ Lifetime non-smoker

If a current or an ex-smoker, number of packs of cigarettes per day smoked: _____

Number of years smoked (add up all the years and discount the breaks if any): _____

If an ex-smoker, when did you quit (year): _____

Do you consume alcoholic beverages? ____ YES ____ NO

If "yes" how much? _____

Do you exercise? ____ YES ____ NO

If yes, average duration of each session: _____; Number of sessions/weeks: _____

Types of exercise activities: _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

REVIEW OF SYSTEMS

Check if any of these apply. Feel free to annotate on this page or a separate sheet if you would like to elaborate or clarify.

Weight: _____ gain How much did you gain? _____ lbs; over what period? _____
_____ loss How much did you lose? _____ lbs; over what period? _____

Appetite: _____ Increased _____ Decreased _____ Normal
Thirst: _____ Increased _____ Decreased _____ Normal
Fatigue: _____ Yes _____ No
Fever: _____ Yes _____ No

SKIN _____ Excessively Dry _____ Excessively Moist
Change in skin color _____ Yes _____ No
Easy Bruising _____ Yes _____ No
New stretch marks _____ Yes _____ No
Skin Rash _____ Yes _____ No
Acne _____ Yes _____ No
Excessive body hair growth _____ Yes _____ No
Scalp Hair loss _____ Yes _____ No
Do you feel unusually hot or cold? _____ Yes _____ No

EYES
Change in appearance _____ Yes _____ No
Loss of vision _____ Yes _____ No
Blurry vision _____ Yes _____ No
Double vision _____ Yes _____ No

HEAD, NOSE, THROAT
Headache _____ Yes _____ No
Change in hat/head size _____ Yes _____ No
Change in dental bite _____ Yes _____ No
Inability to smell _____ Yes _____ No
Hoarseness of voice _____ Yes _____ No
Difficulty to swallow _____ Yes _____ No
Lump in neck _____ Yes _____ No
Snoring _____ Yes _____ No

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

BREAST

Pain _____ Yes _____ No
Lump _____ Yes _____ No
Discharge _____ Milky _____ Bloody _____ Clear

CHEST

Chest pain or discomfort _____ Yes _____ No
Difficulty breathing _____ Yes _____ No
Palpitations _____ Yes _____ No

ABDOMEN

Diarrhea _____ Yes _____ No
Pain _____ Yes _____ No
Constipation _____ Yes _____ No
Nausea _____ Yes _____ No
Vomiting _____ Yes _____ No
Peptic ulcers _____ Yes _____ No

KIDNEY AND GENITAL SYSTEM

Excessive urination _____ Yes _____ No
Pain on urination _____ Yes _____ No
Blood in urine _____ Yes _____ No
Kidney stones _____ Yes _____ No
Decrease in libido _____ Yes _____ No
Difficulty in erections (men) _____ Yes _____ No
Abnormal menses (women) _____ Yes _____ No
Excessive bleeding during menses _____ Yes _____ No
Reduced blood loss during menses _____ Yes _____ No
Are you pregnant? _____ Yes _____ No
Last menstrual period? _____

MUSCLE _____ Cramps _____ Weakness _____ Aches

BONES AND EXTREMITIES _____ Change in hands or feet size _____ Fractures
_____ Bone pain _____ Joint pain _____ Calf pain on walking or running.

BLOOD DISORDERS

Do you have anemia? _____ Yes _____ No

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

PATIENT RECORD OF DISCLOSURES

HIPAA Privacy Law gives individuals the right to determine who and how one would like to receive protected health information (PHI). The individual can decide the method of preferred communication of confidential information and restrict the use of certain other forms of communication. For instance, you could choose to have your medical information communicated to you through your cell phone rather than the home phone. This form will help the healthcare provider determine what method of communication should be used for the transmission of PHI. It is also your responsibility to ensure that our offices have the most current contact information.

Number where it is OK to leave a detailed message on.

Patient Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____ Birth date: _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.
7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

CONDITIONS OF TREATMENT

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

- I. Insurance Verification and/or Pre-Authorization – Many insurance companies require pre-authorization for various procedures. Endocrinology Clinics of Texas P.A. will assist the patient in obtaining the necessary pre-authorizations when needed, but it is ultimately the patient's responsibility to determine if your insurance company requires this. Failure to obtain necessary pre-authorization or second opinions may result in a reduction or rejection of benefits by the insurance company.
- II. Assignment of Insurance Benefits-I hereby authorize my insurance company to pay Endocrinology Clinics of Texas P.A. directly. I understand that I am responsible for charges not covered by my insurance company including late penalty charges. I agree that a photocopy of this authorization is as effective as the original.
- III. Confidentiality-Confidential information expressly identifies the medical nature of the service rendered to a patient, and includes all information and records obtained in the course of treatment. It includes information from history and physician examination, diagnosis, treatment rendered, laboratory and radiology results, progress notes, and miscellaneous medical reports.
- IV. Medicare authorization: Patient's certification authorization to release information and payment request—I certify that the information given in applying for payment under Title XVIII of the Social Security Act is correct. I authorize any holder of medical or other information about the patient named above to release such information to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers, effective from (today's date) _____ forward.
- V. Authorization for disclosure of Information for Purpose of Service Reimbursement –I hereby authorize Endocrinology Clinics of Texas P.A. to disclose all or part of the medical record of the above patient to any company that may be responsible for payment of all or part of that patient's medical charges. Disclosure of the medical record may be necessary to determine eligibility for benefits and to obtain reimbursement for health care services. I hereby release Endocrinology Clinics of Texas P.A. from all legal responsibility or liability that may arise from disclosure of these records. I understand that I may revoke this authorization at any time in writing.
- VI. Financial Agreement-I understand that inconsideration of the services rendered, I am obligated to pay Endocrinology Clinics of Texas, P.A. in accordance with its regular rates, terms, or contractual agreements. I understand that I am responsible for any service "not covered" by insurance and that the obligation to pay for medical services may not be deferred for any reason. If the account is referred to any agency for collection, I agree to pay all collection expenses.
- VII. I have read and understand this financial agreement. I have had an opportunity to ask questions and, at my request, received a copy of my signed form. I accept the responsibility of its terms.

Patient's Signature: _____ Date: _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.
7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

Privacy Notice (HIPAA)

IMPORTANT: THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Endocrinology clinics of Texas, P. A. is required by law to protect certain aspects of your health care information known as Protected Health Information of PHI and to provide you with this Notice of Privacy Practices. This Notice describes our privacy practices, your legal rights, and lets you know how Endocrinology clinics of Texas, P. A. is permitted to

1. Use and disclose PHI about you
2. How you can access and copy that information
3. How you may request amendment of that information
4. How you may request restrictions on our use and disclosure of your PHI.

In most situations we may use this information described in this Notice without your permission, but there are some situations where we may use it only after we obtain your written authorization, if we are required by law to do so. We respect your privacy, and treat all health care information about our patients with care under strict policies of confidentiality that all of our staff is committed to following at all times.

PLEASE READ THE FOLLOWING DETAILED NOTICE. IF YOU HAVE ANY QUESTIONS ABOUT IT PLEASE CONTACT HIPAA Privacy Officer listed below and someone will contact you.

Shikha Bharaktiya, MD
Endocrinology Clinics of Texas, P.A
7500 Beechnut St Suite 252
Houston TX 77074
Tel: (281)-779-4243
Fax: (281)-779-4245

THIS NOTICE DESCRIBE HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED, DISCLOSED, AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Purpose of this Notice: This Notice describes your legal rights, advises you of our privacy practices, and lets you know how Endocrinology Clinics of Texas, P. A. is permitted to use and disclose Protected health Information (PHI) about you.

Uses and disclosures of Phi: Endocrinology Clinics of Texas, P. A. may use PHI for the purposes of treatment, payment, and health care operations, in most cases without your written permission.

Examples of our use of your PHI:

For treatment: This includes such things as verbal and written information that we obtain about you and use pertaining to your medical condition and treatment provided to you by us and other medical personnel (including doctors and nurses who gave orders to allow us to provide treatment to you). It also includes information we give to other health care personnel to whom we transfer your care and treatment, and includes transfer of PHI via radio or telephone to the hospital or dispatch

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclincstx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

center as well as providing the hospital with a copy of the written record we create in the course of providing you with treatment and transport.

For payment: This includes any activities we must undertake in order to get reimbursed for the service we provide to you, including such things as organizing your PHI and submitting bills to insurance companies (either directly or through a third party billing company), management of billed claims for services rendered, medical necessity determinations and reviews, utilization review, and collection of outstanding accounts.

For health care operations: This includes quality assurance activities, licensing, and training programs to ensure that our personnel meet our standards of care and follow established policies and procedures, obtaining legal and financial services, conducting business planning, processing grievances, and complaints, creating reports that do not individually identify you for data collection purposes.

Use and Disclosure of PHI without your authorization: Endocrinology Clinics of Texas, P. A. is permitted to use PHI without your written authorization, or opportunity to object in certain situations including:

1. For Endocrinology clinics of Texas, P. A.'s use in treating you or in obtaining payment for services provided to you or in other health care operations;
2. For the treatment activities of another health care provider;
3. To another health care provider or entity for the payment activities of the provider or entity that receives the information (such as your hospital or insurance company);
4. To another health care provider (such as the hospital to which you are transported or First Responder Agencies) for health care operations activities of the covered entity that receives the information as long as the covered entity receiving the information has or has had a relationship with you and the PHI pertains to that relationship;
5. For healthcare fraud and abuse detection or for activities related to compliance with the law;
6. To a family member, other relative, or close personal friend or other individual involved in your care if we obtain your verbal agreement to do so or if we give you an opportunity to object such a disclosure and you do not raise an objection. We may also disclose health information to your family, relatives, or friends if we infer from the circumstances that you would not object. For example, we may assume you agree to our disclosure of your personal health information to your spouse when your spouse has called the ambulance for you. In situation where you are not capable of objecting (because you are not present or due to your incapacity or medical emergency), we may, in our professional judgment determine that was disclosure to your family member, relative, or friend is in your best interest. In that situation, we will disclose only health information relevant to that person's involvement in your care. For example, we may inform the person who accompanied you in the ambulance that you have certain symptoms and we may give that person an update on your vital signs and treatment that is being administered by our ambulance crew;
7. To a public health authority in certain situation (such as reporting a birth, death or disease as required by law, as part of a public health investigation, to report child or adult abuse or neglect or domestic violence, to report adverse events such as product defects, or to notify a person about exposure to a possible communicable disease as required by law);

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

8. For health oversight activities including audits or government investigations, inspections, disciplinary proceedings, and other administrative or judicial actions undertaken by the government (or their contractors) by law to oversee the health care system;
9. For judicial and administrative proceedings as required by a court or administrative order, or in some cases in response to a subpoena or other legal process;
10. For law enforcement activities in limited situations, such as when there is a warrant for the request, or when the information is needed to locate a suspect or stop a crime; For military, national defense and security and other special government functions;
11. To avert a serious threat to the health and safety of a person or the public at large;
12. For workers' compensation purposes, and in compliance with workers' compensation laws;
13. To coroners, medical examiners, and funeral directors for identifying a deceased person, determining cause of death, or carrying on their duties as authorized by law;
14. If you are an organ donor, we may release health information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation or to an organ donation bank, as necessary to facilitate organ donations and transportation;
15. For research projects, but this will be subject to strict oversight and approvals and health information will be released only when there is a minimal risk to your privacy and adequate safeguards are in place in accordance with the law;
16. We may use or disclose health information about you in a way that does not personally identify you or reveal who you are.

Any other use or disclosure of PHI, other than those listed above will only be made with your written authorization, (the authorization must specifically identify the information we seek to use or disclose, as well as when and how we seek to use or disclose it). You may revoke your authorization at any time, in writing, except to the extent that we have already used or disclosed medical information based upon that authorization.

Patients Rights: As a patient, you have a number of rights with respect to the protection of your PHI, including:

1. **The right to access copy or inspect your PHI:** This means you may come to our offices and inspect and copy most of the medical information about you that we maintain. We will normally provide you with access to this information within 30 days of your request. We may also charge you a fee for you to copy any medical information that you have the right to access. In limited circumstances, we may deny you access to your medical information, and you may appeal certain types of denials, we have forms available for you to request access to your PHI. We will provide a written response if we deny you access and let you know your appeal rights. If you wish to inspect and copy your medical information, you should contact the privacy officer liaison listed at the end of this Notice.
2. **The right to amend your PHI of the right to request amending your PHI:** You have the right to ask us to amend written medical information that we may have about you. If errors are found, we will generally amend your information within 60 days of your request and will notify you when we have amended the information. We are permitted by law to deny your

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

request to amend your medical information, but only in certain circumstances. For example, if we believe the information is correct and no errors exist, your request will be denied. If you wish to request that we amend the medical information that we have about you, you should contact in writing the privacy officer listed at the end of this Notice.

3. **The right to request an accounting of our use and disclosure of your PHI:** You may request an accounting from us of certain disclosures of your medical information that we have made in the last six years prior to the date of your request. We are not required to give you an accounting of information we have used or disclosed for purposes of treatment, payment, or health care operations, or when we share your health information with our business associates, such as our billing company or a medical facility from/to which we have transported you. We are also not required to give you an accounting of our uses of protected health information for which you have already given us written authorization. If you wish to request an accounting of the medical information about you that we have used or disclosed that is not exempted from the accounting requirement, you should contact the privacy officer listed at the end of this Notice.
4. **The right to request that we restrict the uses and disclosures of your PHI:** You have the right to request that we restrict how we use and disclose your medical information that we have about you for treatment, payment, or health care operations, or to restrict the information that is provided to family, friends and other individuals involved in your health care. However, if you request a restriction and the information you asked us to restrict is needed to provide you with emergency treatment, then we may use the PHI or disclose the PHI to a health care provider to provide you with emergency treatment. Endocrinology Clinics of Texas, P. A. are binding on Endocrinology Clinics of Texas, P. A.

Internet, Electronic Mail, and the Right to Obtain Copy of Paper Notice on Request: If we maintain a web site, we will prominently post a copy of this Notice on our web site and make the Notice available electronically through the web site. If you allow us, we will forward you this Notice by electronic mail instead of on paper and you may always request a paper copy of the Notice.

Revisions to the Notice: Endocrinology clinics of Texas, P. A. reserves the right to change the terms of this Notice at any time, and the changes will be effective immediately and will apply to all protected health information that we maintain. Any material changes to the Notice will be promptly posted to our web site, if we maintain one. You can get a copy of the latest version of this Notice by contacting the Privacy Officer identified below.

Your Legal Rights and complaints: You also have the right to complain to us, or to the Secretary of the United States Department of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated. You will not be retaliated against in any way for filing a complaint with us or to the government. Should you have any questions, comments or complaints you may direct all inquiries to the privacy officer listed at the end of this Notice. Individuals will not be retaliated against for filing a complaint.

If you have any questions or if you wish to file a complaint or exercise any rights listed in the Notice, Please Contact **HIPAA Privacy Officer** listed below:

Shikha Bharaktiya, MD
Endocrinology Clinics of Texas, P.A
7500 Beechnut St Suite 252
Houston, Texas 77074
(281) 779-4243

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclincstx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.
7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

PRIVACY NOTICE SIGNATURE FORM

I have received the Notice of Privacy Practices and I have been provided an opportunity to review it.

Print Name: _____ Date: _____

Print Name of Authorized Representative (if applicable):

Signature of Patient or Authorized Representative:

Date: _____

Comments of Endocrinology Clinics of Texas, P. A. regarding why a written acknowledgement was not obtained:

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.
7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

CO-PAY and DEDUCTIBLE POLICY

We ask that all office visits and services be paid for the time they are provided. The exceptions to this are patients covered by companies with whom we have signed participation agreements. If your insurance is an HMO, you are required to obtain an authorization from your referring healthcare provider before we can see you. This would allow us to see you during a specific time period and for a specific number of visits. It is extremely important that we know this information before your appointment. We will make every effort to help you with this. If we do not have an authorization at the time of your visit, you will be asked to sign a waiver; **your appointment will be rescheduled**. Please come prepared to pay your co-pay whenever you are seen.

For non-HMO insurances with whom we participate, please come prepared to pay your co-payment and deductibles. Arrangements can be made when expenses require installment payments.

I have read and understand this policy and accept the responsibility of its terms.

Patient Signature: _____ Date: _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.
7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

LATE ARRIVAL AND NO-SHOW POLICY

Patient Name _____

Date of Birth _____

We, at Endocrinology Clinics of Texas, PA strive to provide high quality health care to all of our clients in a timely manner. Failure to keep scheduled appointments is costly not only to the clinic but also to you as a patient. Late arrivals beyond 15 minutes of your expected appointment can cause significant inconvenience not only to the healthcare providers, but also to other patients.

New patients, we routinely recommend that you plan to arrive at least 30 minutes in advance of your first visit if you have not had a chance to complete the paperwork from our website.

Late arrivals defined as arrivals 15 minutes past the scheduled appointment will need to be re-scheduled. However, depending on the workflow of the clinic, we may or may not be able to accommodate you. This can only be determined by the clinic staff after your arrival.

Patients who are unable to keep their appointments are requested to give 48 hour notice prior to their appointment. We realize it is not always possible to provide this notice and we will consider this on a case by case basis. Providing such notice allows the clinic time to offer other patients the opportunity to see our providers, thus using the clinic time more efficiently.

If an established patient fails to provide notice 48 hours prior to the appointment, it will be necessary to charge a \$50.00 fee that will be billed to his/her account.

If a patient fails to keep 3 appointments, he/she will be considered dismissed from the practice, and a letter of dismissal will follow.

I have read and understood this policy and accept the responsibility of its terms.

Patient Signature _____ Date _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

Acknowledgement of Office Policies

Please review and **INITIAL**

Patient Record of disclosure _____

Privacy Notice Signature Form _____

Conditions of Treatment _____

Co-Pay and Deductible Policy _____

Past due balances will need to be _____

Paid in full prior to next follow up visit

Notification of new Insurance/Change in Policy: (We must receive new information 72hrs before office visit to verify benefits. Otherwise OV/Lab payment will be due in full day of visit, claim will be filed and reimbursement due will be made to patient afterwards)

Late Arrival and No Show/Call Policy _____

Demographics UP to Date _____

Prescription/Refill request: (We must receive your request 72 hours before exhausting your medications)

CPL/Quest statement inquiries: (patient will call insurance and laboratory for any clarification prior to calling office for any questions)

NOTE: This will be kept in your record for future reference

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.
7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

AUTHORIZATION TO RECEIVE MEDICAL RECORDS/INFORMATION

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Social Security #: _____ Phone#: _____

I authorize the release of my medical records by the organization or physician listed below:

Physician's Name: _____

Physician's Address: _____

Physician's Phone #: _____ Fax # of Physician: _____

Reason for Records Release: _____

To furnish a copy of medical records on the patient named above for the period of

Beginning date: _____ to Ending date: _____

_____ All available records	_____ Office visits & progress notes	_____ Admissions H&P
_____ Laboratory values	_____ Consultation reports	_____ Discharge summary
_____ X-RAY and Scan reports	_____ Bone density	_____ Surgical Pathology
_____ EKGs	_____ Operative/Procedure notes	

Other: _____

I authorize release of all information, including information regarding HIV testing, substance abuse and psychological disorders that may be included in the medical record. I hereby release your physician and employees and facility from liability from following this authorization and release.

Patients Signature: _____ Date: _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.
7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

Bienvenido a Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

Apreciamos la oportunidad de participar en su atención médica. Brindamos atención especializada en las áreas de enfermedad tiroidea, osteoporosis y trastornos óseos, trastornos endocrinológicos reproductivos no quirúrgicos como el síndrome de ovario poliquístico (PCOS) y disfunción testicular masculina y evaluación de infertilidad. También diagnosticamos y manejamos una variedad de otros trastornos endocrinos.

Esperamos verlo en nuestra clínica. Siga los siguientes pasos y traiga los formularios necesarios para asegurarse de que este preparados para su visita y podemos satisfacer sus necesidades de la manera más óptima. Le recomendamos que visite nuestro sitio de web de vez en cuando para obtener actualizaciones.

Porfavor:

- Confirme con su médico de referencia que se ha enviado una solicitud de consulta y todos los registros médicos relacionados.
- Traiga su tarjeta de seguro y su tarjeta de identificación (licencia de conducir, pasaporte, etc.).
- Traiga una forma de copago con usted. Aceptamos efectivo, cheques y las principales tarjetas de crédito.
- Si su seguro lo requiere, esté preparado para aplicar el pago a su deducible.
- Traiga una lista de todos sus medicamentos actuales (nombre y dosis) o los frascos de sus recetas actuales, incluidos los medicamentos sin receta, como remedios herbales y vitaminas.
- Complete y traiga los formularios requeridos.
- Si tiene diabetes, asegúrese de tener una estimación de sus niveles recientes de hemoglobina A1c (HbA1C) y traiga su medidor. De azucar o una lista de sus valores.

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____

Apellido nombre: _____ Primer nombre: _____

Número de casa: _____ Número de celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección (Calle, Ciudad, Estado y Código postal):

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Estado civil: _____ Sexo: ____ Masculino ____ Femenino

Empleador: _____

Ocupación: _____

Lista de contacto de emergencia ESPOSO / SOCIO / HIJO / HIJA (circule uno)

Nombre: _____ Teléfono de contacto: _____

INFORMACIÓN DE ESPOSO / SOCIO / TUTOR (circule uno)

Nombre: Apellido _____ Primero _____ Segundo nombre _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Teléfono celular _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección (si es diferente de la anterior):

Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Cómo piensa pagar su visita? ____ Cash ____ Cheque ____ Tarjeta de crédito ____ Seguro

Seguro de salud primario:

Compañía de seguros: _____

Dirección de envío: _____

Número de póliza o ID: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: _____

Seguro de salud secundario:

Compañía de seguros: _____

Dirección de envío: _____

Número de póliza o ID: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: _____

Información de farmacia preferida, incluyendo dirección (o ubicación) y número de teléfono

Farmacia de pedidos por correo (si corresponde): _____

Nombre de la farmacia local y número de teléfono: _____

Médico de atención primaria / OBGYN: Nombre Número de teléfono

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO: El abajo firmante autoriza la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar este reclamo. También solicito el pago de los beneficios del gobierno a Endocrinology Clinics of Texas, P.A. Además autorizo el pago de beneficios médicos a Endocrinology Clinics of Texas, P.A. para los servicios prestados a mí mismo o a mi hijo menor o para aquellos para quienes tengo la tutela o poder notarial.

Firma del paciente o parte responsable

Nombre impreso

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Principales preocupaciones / Motivo de la visita de hoy: _____

ALERGIAS (Incluya el tipo de reacción a cada alergia enumerada):

Medicamentos actuales (tanto recetados como de venta libre, incluyendo hierbas, vitaminas, etc.)

Incluya otra página si es necesario. Haga caso omiso si mantiene una lista separada. Por favor traiga su lista.

NOMBRE DE MEDICAMENTOS Y SUS DOSIS:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

CONDICION MÉDICA ACTUAL:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclincstx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

PROBLEMAS MÉDICOS ANTERIORES O HOSPITALIZACIONES, CIRUGÍAS, PROCEDIMIENTOS: (Por favor incluya fechas):

1. _____ 5. _____
2. _____ 6. _____
3. _____ 7. _____
4. _____ 8. _____

HISTORIAL DE LA FAMILIA (Haga una lista de los problemas de salud de sus familiares cercanos):

1. _____ 5. _____
2. _____ 6. _____
3. _____ 7. _____
4. _____ 8. _____

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL OCUPACIÓN: _____

Fumar: ____ Actual ____ Exfumador ____ No fumador de por vida

Si es fumador actual o ex fumador, cantidad de paquetes de cigarrillos por día fumados: _____

Número de años fumados (sume todos los años y descuenta los descansos si los hay): _____

Si fue un ex fumador, ¿cuándo dejó de fumar (año): _____

¿Consumes bebidas alcohólicas? ____ SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

Hacer ejercicio"? ____ SÍ NO

En caso afirmativo, duración promedio de cada sesión: _____; Número de sesiones / semana: _____

Tipos de actividades de ejercicio: _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



REVISIÓN DE SISTEMAS

Marque si alguno de estos aplica. No dude en hacer anotaciones en esta página o en una hoja separada si desea elaborar o aclarar.

Peso: ¿Cuánto ganó? _____ libras; en que periodo? _____
¿Cuánto perdiste? _____ libras; en que periodo? _____

Apetito: _____ Aumento _____ Disminución _____ Normal
Sed: _____ Aumenta _____ Disminuye _____ Normal
Fatiga: _____ Sí _____ No Fiebre: _____ Sí _____ No

PIEL _____ Excesivamente seca _____ Excesivamente húmeda
Cambio en el color de piel _____ Sí _____ No
Moretones fáciles _____ Sí _____ No
Nuevas estrías _____ Sí _____ No
Erupción cutánea _____ Sí _____ No
Acné _____ Sí _____ No
Crecimiento excesivo del vello corporal _____ Sí _____ No
Cuero cabelludo Pérdida de cabello _____ Sí _____ No
¿Te sientes inusualmente caliente o frío? _____ Sí No

Ojos: Cambio en la apariencia _____ Sí _____ No
Pérdida de visión _____ Sí _____ No
Visión borrosa _____ Sí _____ No
Visión doble _____ Sí _____ No

CABEZA, NARIZ, GARGANTA

Dolor de cabeza _____ Sí _____ No
Cambio en el tamaño del sombrero / cabeza _____ Sí _____ No
Cambio en la mordida dental _____ Sí _____ No
Incapacidad para oler _____ Sí _____ No
Ronquera _____ Sí _____ No
Dificultad para tragar _____ Sí _____ No
Bulto en el cuello _____ Sí _____ No
Ronquidos _____ Sí _____ No



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

PECHO

Dolor ____ Sí ____ No
Terrón ____ Sí ____ No
Descarga ____ Lechoso ____ Sangre ____ Claro
Dolor o molestias en el pecho ____ Sí ____ No
Dificultad para respirar ____ Sí ____ No
Palpitaciones ____ Sí ____ No

ABDOMEN

Diarrea ____ Sí ____ No
Dolor ____ Sí ____ No
Estreñimiento ____ Sí ____ No
Náuseas ____ Sí ____ No
Vómitos ____ Sí ____ No
Úlceras pépticas ____ Sí ____ No

RIÑÓN Y SISTEMA GENITAL

Micción excesiva ____ Sí ____ No
Dolor al orinar ____ Sí ____ No
Sangre en la orina ____ Sí ____ No
Cálculos renales ____ Sí ____ No
Disminución de la libido ____ Sí ____ No
Dificultad en las erecciones (hombres) ____ Sí ____ No
Menstruaciones anormales (mujeres) ____ Sí ____ No
Sangrado excesivo durante la menstruación ____ Sí ____ No
Reducción de la pérdida de sangre durante la menstruación ____ Sí ____ No
¿Estás embarazada? ____ Sí ____ No
¿El último periodo menstrual? _____

MUSCULO ____ Calambres ____ Debilidad ____ Dolores

HUESOS Y EXTREMIDADES

____ Cambio en el tamaño de las manos o los pies ____ Fracturas
____ Dolor en los huesos ____ Dolor en las articulaciones ____ Dolor en las pantorrillas al caminar o correr

TRASTORNOS DE LA SANGRE

¿Tiene anemia? ____ Sí ____ No

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

REGISTRO DEL PACIENTE DE DIVULGACIONES

La Ley de Privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de determinar quién y cómo le gustaría recibir información de salud protegida (PHI). El individuo puede decidir el método de comunicación preferida de información confidencial y también restringir el uso de ciertas otras formas de comunicación. Por ejemplo, puede elegir que se le comunique su información médica a través de su teléfono celular en lugar del teléfono de su casa. Este formulario ayudará al proveedor de atención médica a determinar qué método de comunicación debe usarse para la transmisión de PHI. También es su responsabilidad asegurarse de que nuestras oficinas tengan la información de contacto más actualizada.

Número donde está bien dejar un mensaje detallado.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha de nacimiento: _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

CONDICIONES DE TRATAMIENTO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

I. Verificación de seguros y / o autorización previa: muchas compañías de seguros requieren autorización previa para varios procedimientos. Clínicas de Endocrinología de Texas P.A. ayudará al paciente a obtener las autorizaciones previas necesarias cuando sea necesario, pero en última instancia es responsabilidad del paciente determinar si su compañía de seguros lo requiere. Si no obtiene la autorización previa necesaria o las segundas opiniones, la compañía de seguros puede reducir o rechazar los beneficios.

II Asignación de beneficios de seguro: por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Endocrinology Clinics of Texas P.A. Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, incluidos los cargos por multas tardías. Acepto que una fotocopia de esta autorización sea tan efectiva como la original.

III. Confidencialidad: la información confidencial identifica expresamente la naturaleza médica del servicio prestado a un paciente e incluye toda la información y los registros obtenidos en el curso del tratamiento. Incluye información del historial y examen médico, diagnóstico, tratamiento prestado, resultados de laboratorio y radiología, notas de progreso e informes médicos diversos.

IV. Autorización de Medicare: Autorización de certificación del paciente para divulgar información y solicitud de pago. Certifico que la información proporcionada al solicitar el pago según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre el paciente mencionado anteriormente a divulgar dicha información a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o transportistas, a partir de (fecha de hoy) _____ en adelante.

V. Autorización de divulgación de información para el propósito del reembolso del servicio. Por la presente autorizo a Endocrinology Clinics of Texas P.A. para divulgar todo o parte del registro médico del paciente anterior a cualquier compañía que pueda ser responsable del pago de la totalidad o parte de los cargos médicos de ese paciente. La divulgación de la historia clínica puede ser necesaria para determinar la elegibilidad para los beneficios y obtener el reembolso de los servicios de atención médica. Por la presente publico Endocrinology Clinics of Texas P.A. de toda responsabilidad legal u obligación que pueda surgir de la divulgación de estos registros. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

VI. Acuerdo financiero: entiendo que la desconsideración de los servicios prestados, estoy obligado a pagar Endocrinology Clinics of Texas, P.A. de acuerdo con sus tarifas regulares, términos o acuerdos contractuales. Entiendo que soy responsable de cualquier servicio "no cubierto" por el seguro y que la obligación de pagar los servicios médicos no puede diferirse por ningún motivo. Si la cuenta se remite a alguna agencia para cobranza, acepto pagar todos los gastos de cobranza.

VII. He leído y entiendo este acuerdo financiero. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y, a petición mía, recibí una copia de mi formulario firmado. Acepto la responsabilidad de sus términos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclincstx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

Aviso de privacidad (HIPAA)

IMPORTANTE: ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

La ley exige que las clínicas de endocrinología de Texas, P.A protejan ciertos aspectos de su información de atención médica conocida como Información de salud protegida de PHI y que le proporcione este Aviso de prácticas de privacidad. Este aviso describe nuestras prácticas de privacidad, sus derechos legales y le informa cómo se permite a las clínicas de endocrinología de Texas, P. A.

1. Usar y divulgar su PHI
2. Cómo puede acceder y copiar esa información
3. Cómo puede solicitar la modificación de esa información
4. Cómo puede solicitar restricciones en nuestro uso y divulgación de su PHI.

En la mayoría de las situaciones, podemos usar esta información descrita en este Aviso sin su permiso, pero hay algunas situaciones en las que podemos usarla solo después de obtener su autorización por escrito, si así lo exige la ley. Respetamos su privacidad y tratamos toda la información de atención médica sobre nuestros pacientes con cuidado bajo estrictas políticas de confidencialidad que todo nuestro personal está comprometido a seguir en todo momento.

LEA EL SIGUIENTE AVISO DETALLADO. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ELLO, CONTACTE CON EL Oficial de Privacidad de HIPAA que se detalla a continuación y alguien se comunicará con usted.

Shikha Bharaktiya, MD
Clínicas de Endocrinología de Texas, P.A
7500 Beechnut St Suite 252
Houston TX 77074
Tel: (281) -779-4243
Fax: (281) -779-4245

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR, DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

Propósito de este Aviso: Este Aviso describe sus derechos legales, le informa sobre nuestras prácticas de privacidad y le informa cómo Endocrinology Clinics of Texas, P. A. tiene permitido usar y divulgar Información de salud protegida (PHI) sobre usted. Usos y divulgaciones de Phi: Endocrinology Clinics of Texas, P. A. puede usar PHI para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, en la mayoría de los casos sin su permiso por escrito.

Ejemplos de nuestro uso de su PHI:

Para el tratamiento: Esto incluye información verbal y escrita que obtenemos sobre usted y que utilizamos en relación con su afección médica y el tratamiento que le brindamos nosotros y otro personal médico (incluidos médicos y enfermeras que nos dieron órdenes para permitirnos brindar tratamiento a tú). También incluye información que brindamos a otro personal de atención médica a quien transferimos su atención y tratamiento, e incluye la transferencia de PHI por radio o teléfono al hospital o al despacho centro así como también proporcionarle al hospital una copia del registro escrito que creamos en el curso de brindarle tratamiento y transporte.

Para el pago: Esto incluye todas las actividades que debemos realizar para obtener un reembolso por el servicio que le brindamos, incluyendo la organización de su PHI y el envío de facturas a las compañías de seguros (ya sea directamente o a través de una compañía de facturación externa),

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclincstx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

la administración de reclamos facturados por servicios prestados, determinaciones y revisiones de necesidad médica, revisión de utilización y cobro de cuentas pendientes.

Para operaciones de atención médica: esto incluye actividades de aseguramiento de la calidad, licencias y programas de capacitación para garantizar que nuestro personal cumpla con nuestros estándares de atención y siga las políticas y procedimientos establecidos, obtenga servicios legales y financieros, lleve a cabo la planificación comercial, procese quejas y quejas, y cree informes que no lo identifiquen individualmente para fines de recopilación de datos.

Uso y divulgación de la PHI sin su autorización: Endocrinology Clinics of Texas, P. A. tiene permitido usar la PHI sin su autorización por escrito u oportunidad de objetar en ciertas situaciones, incluyendo:

1. Para las clínicas de endocrinología de Texas, el uso de P. A. en el tratamiento de usted o en la obtención del pago por los servicios prestados a usted o en otras operaciones de atención médica;
2. Para las actividades de tratamiento de otro proveedor de atención médica;
3. A otro proveedor o entidad de atención médica por las actividades de pago del proveedor o entidad que recibe la información (como su hospital o compañía de seguros);
4. A otro proveedor de atención médica (como el hospital al que lo transportan o agencias de primeros auxilios) para las actividades de operaciones de atención médica de la entidad cubierta que recibe la información siempre que la entidad cubierta que recibe la información tenga o haya tenido una relación con usted y la PHI pertenece a esa relación;
5. Para detección de fraude y abuso en la atención médica o para actividades relacionadas con el cumplimiento de la ley;
6. A un miembro de la familia, otro pariente o amigo personal cercano u otra persona involucrada en su cuidado si obtenemos su consentimiento verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de objetar dicha divulgación y usted no presenta una objeción. También podemos divulgar información de salud a su familia, parientes o amigos si deducimos de las circunstancias que no se opondría. Por ejemplo, podemos suponer que usted acepta que divulguemos su información de salud personal a su cónyuge cuando su cónyuge haya llamado a la ambulancia por usted. En una situación en la que no es capaz de objetar (porque no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), podemos, a nuestro juicio profesional, determinar que la divulgación a su familiar, pariente o amigo es lo mejor para usted. En esa situación, divulgaremos solo información de salud relevante para la participación de esa persona en su atención. Por ejemplo, podemos informar a la persona que lo acompañó en la ambulancia que tiene ciertos síntomas y podemos darle a esa persona una actualización sobre sus signos vitales y el tratamiento que está administrando nuestro equipo de ambulancia;
7. A una autoridad de salud pública en cierta situación (como informar un nacimiento, muerte o enfermedad según lo exige la ley, como parte de una investigación de salud pública, para informar abuso o negligencia de niños o adultos o violencia doméstica, para informar eventos adversos como como defectos del producto, o para notificar a una persona sobre la exposición a una posible enfermedad transmisible según lo exige la ley);
8. Para actividades de supervisión de la salud, incluidas auditorías o investigaciones gubernamentales, inspecciones, procedimientos disciplinarios y otras acciones administrativas o judiciales emprendidas por el gobierno (o sus contratistas) por ley para supervisar el sistema de atención médica;
9. Para procedimientos judiciales y administrativos según lo requiera una orden judicial o administrativa, o en algunos casos en respuesta a una citación u otro proceso legal;
10. Para las actividades de aplicación de la ley en situaciones limitadas, como cuando hay una orden judicial para la solicitud, o cuando la información es necesaria para localizar a un sospechoso o detener un delito; Para militares, defensa y seguridad nacional y otras funciones especiales del gobierno;

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

11. Para evitar una amenaza grave para la salud y la seguridad de una persona o del público en general;
12. Para fines de compensación de trabajadores, y de conformidad con las leyes de compensación de los corks;
13. A médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias por identificar a una persona disminuida, determinar la causa de la muerte o cumplir con sus obligaciones según lo autoriza la ley;
14. Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información de salud a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar las donaciones y el transporte de órganos;
15. Para proyectos de investigación, pero esto estará sujeto a una estricta supervisión y aprobación, y la información de salud se divulgará solo cuando exista un riesgo mínimo para su privacidad y existan salvaguardas adecuadas de acuerdo con la ley;
16. Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted de una manera que no lo identifique personalmente ni revele quién es usted.

Cualquier otro uso o divulgación de PHI, que no sean los mencionados anteriormente, solo se realizará con su autorización por escrito (la autorización debe identificar específicamente la información que buscamos usar o divulgar, así como cuándo y cómo buscamos usarla o divulgarla). Puede revocar su autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o revelado información médica basada en esa autorización.

Derechos de los pacientes: como paciente, usted tiene una serie de derechos con respecto a la protección de su PHI, que incluyen:

1. El derecho a acceder a copiar o inspeccionar su PHI: Esto significa que puede venir a nuestras oficinas e inspeccionar y copiar la mayoría de la información médica sobre usted que mantenemos. Normalmente le proporcionaremos acceso a esta información dentro de los 30 días de su solicitud. También podemos cobrarle una tarifa por copiar cualquier información médica a la que tenga derecho de acceder. En circunstancias limitadas, podemos denegar el acceso a su información médica, y puede apelar ciertos tipos de denegaciones, tenemos formularios disponibles para que solicite acceso a su PHI. Le proporcionaremos una respuesta por escrito si le denegamos el acceso y le informamos sus derechos de apelación. Si desea inspeccionar y copiar su información médica, debe comunicarse con el enlace del oficial de privacidad que figura al final de este Aviso.
2. El derecho a enmendar su PHI del derecho a solicitar enmendar su PHI: tiene derecho a solicitarnos que enmendemos la información médica escrita que podamos tener sobre usted. Si se encuentran errores, generalmente modificaremos su información dentro de los 60 días de su solicitud y le notificaremos cuando hayamos modificado la información. La ley nos permite negar su solicitud de enmendar su información médica, pero solo en ciertas circunstancias. Por ejemplo, si creemos que la información es correcta y no existen errores, su solicitud será denegada. Si desea solicitar que modifiquemos la información médica que tenemos sobre usted, debe comunicarse por escrito con el oficial de primacía que figura al final de este Aviso.
3. El derecho a solicitar un informe de nuestro uso y divulgación de su PHI: puede solicitarnos un informe de ciertas divulgaciones de su información médica que hayamos realizado en los últimos seis años antes de la fecha de su solicitud. No estamos obligados a brindarle un informe de la información que hemos utilizado o divulgado con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o cuando compartimos su información médica con nuestros socios comerciales, como nuestra compañía de facturación o un centro médico de / a la que te hemos transportado. Tampoco estamos obligados a brindarle un informe de nuestros usos de la información médica protegida para la cual ya nos ha otorgado una autorización por escrito. Si desea solicitar un informe de la información médica sobre usted que hemos utilizado o divulgado que no está exenta del requisito de contabilidad, debe comunicarse con el oficial de privacidad que figura al final de este Aviso.
4. El derecho a solicitar que restrinjamos los usos y divulgaciones de su PHI: Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo usamos y divulgamos su información médica que tenemos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o restringir la información

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclincstx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

que se proporciona a familiares, amigos y otras personas involucradas en su atención médica. Sin embargo, si solicita una restricción y la información que nos solicitó restringir es necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia, entonces podemos usar la PHI o divulgar la PHI a un proveedor de atención médica para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Las Clínicas de Endocrinología de Texas, P. A. son vinculantes para las Clínicas de Endocrinología de Texas, P. A.

Internet, correo electrónico y el derecho a obtener una copia del aviso en papel a solicitud: si mantenemos un sitio web, publicaremos de manera destacada una copia de este aviso en nuestro sitio web y haremos que el aviso esté disponible electrónicamente a través del sitio web. Si nos lo permite, le enviaremos este Aviso por correo electrónico en lugar de hacerlo en papel y siempre puede solicitar una copia en papel del Aviso.

Revisiones al Aviso: Las clínicas de endocrinología de Texas, P. A. se reservan el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento, y los cambios serán efectivos de inmediato y se aplicarán a toda la información de salud protegida que mantenemos. Cualquier cambio importante al Aviso se publicará de inmediato en nuestro sitio web, si mantenemos uno. Puede obtener una copia de la última versión de este Aviso contactando al Oficial de Privacidad identificado a continuación.

Sus derechos legales y quejas: también tiene derecho a presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. No se tomarán represalias contra usted de ninguna manera por presentar una queja ante nosotros o ante el gobierno. Si tiene alguna pregunta, comentario o queja, puede dirigir todas las consultas al oficial de privacidad que figura al final de este Aviso. No se tomarán represalias contra las personas por presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta sobre si desea presentar una queja o ejercer los derechos enumerados en el Aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA que se detalla a continuación:

Shikha Bharaktiya, MD
Clínicas de Endocrinología de Texas, P.A
7500 Beechnut St Suite 252
Houston, Texas 77074
(281) 779-4243

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclincstx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.
7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

FORMULARIO DE FIRMA DE AVISO DE PRIVACIDAD

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Escriba el nombre del representante autorizado (si corresponde):

Firma del paciente o representante autorizado:

Fecha: _____

Comentarios de Endocrinology Clinics of Texas, P. A. con respecto a por qué no se obtuvo un reconocimiento por escrito:

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclincstx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

CO-PAGO Y POLÍTICA DEDUCIBLE

Solicitamos que todas las visitas al consultorio y los servicios se paguen por el tiempo que se proporcionan. Las excepciones a esto son pacientes cubiertos por compañías con las cuales hemos firmado acuerdos de participación. Si su seguro es una HMO, debe obtener una autorización de su proveedor de atención médica de referencia antes de que podamos verlo. Esto nos permitiría verte durante un período de tiempo específico y para un número específico de visitas. Es extremadamente importante que conozcamos esta información antes de su cita. Haremos todo lo posible para ayudarlo con esto. Si no tenemos una autorización en el momento de su visita, se le pedirá que firme una exención; Su cita será reprogramada. Venga preparado para pagar su copago cuando lo vean.

Para los seguros no HMO con los que participamos, venga preparado para pagar su copago y deducibles. Se pueden hacer arreglos cuando los gastos requieren pagos a plazos.

He leído y entiendo esta política y acepto la responsabilidad de sus términos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.
7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

POLÍTICA DE LLEGADA TARDÍA Y NO SHOW

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Nosotros, en Endocrinology Clinics of Texas, PA, nos esforzamos por brindar atención médica de alta calidad a todos nuestros clientes de manera oportuna. El incumplimiento de las citas programadas es costoso no solo para la clínica sino también para usted como paciente. Llegar tarde después de los 15 minutos de su cita esperada puede causar inconvenientes importantes no solo a los proveedores de atención médica, sino también a otros pacientes.

Nuevos pacientes, le recomendamos que planifique llegar al menos 30 minutos antes de su primera visita si no ha tenido la oportunidad de completar la documentación de nuestro sitio web.

Las llegadas tardías definidas como llegadas 15 minutos después de la cita programada deberán reprogramarse. Sin embargo, dependiendo del flujo de trabajo de la clínica, podemos o no poder acomodarlo. Esto solo puede ser determinado por el personal de la clínica después de su llegada.

Los pacientes que no pueden asistir a sus citas deben avisar con 48 horas de anticipación. Somos conscientes de que no siempre es posible proporcionar este aviso y lo consideraremos caso por caso. Proporcionar dicho aviso le permite a la clínica tiempo para ofrecer a otros pacientes la oportunidad de ver a nuestros proveedores, y así usar el tiempo de la clínica de manera más eficiente.

Si un paciente establecido no notifica 48 horas antes de la cita, será necesario cobrar una tarifa de \$ 50.00 que se facturará a su cuenta.

Si un paciente no cumple con 3 citas, se lo considerará despedido de la práctica y le seguirá una carta de despido.

He leído y entiendo esta política y acepto la responsabilidad de sus términos.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.

7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

Reconocimiento de las políticas de Office

Por favor revise e inicial

Registro de divulgación del paciente _____

Formulario de firma de aviso de privacidad _____

Condiciones de tratamiento _____

Política de copago y deducible _____

Los saldos vencidos deberán ser _____

Pagado en su totalidad antes de la próxima visita de seguimiento _____

Notificación de un nuevo seguro / cambio de póliza: (Debemos recibir nueva información 72 horas antes de la visita al consultorio para verificar los beneficios. De lo contrario, el pago de OV / Lab se realizará en el día completo de la visita, se presentará un reclamo y se realizará un reembolso al paciente después)

Política de llegada tardía y no presentación / llamada _____

Datos demográficos actualizados _____

Solicitud de receta / recarga: (Debemos recibir su solicitud 72 horas antes de agotar sus medicamentos) _____

Consultas de declaración de CPL / Quest: (el paciente llamará al seguro y al laboratorio para cualquier aclaración antes de llamar a la oficina para cualquier pregunta)

* NOTA: Esto se mantendrá en su registro para referencia futura *

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com



Endocrinology Clinics of Texas, P.A.
7500 Beechnut Suite 252, Texas 77074

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR REGISTROS MÉDICOS / INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N. ° de Seguro Social: _____ N. ° de teléfono: _____

Autorizo la divulgación de mis registros médicos por la organización o el médico que se enumeran a continuación:

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

Número de teléfono del médico: _____ Número de fax del médico: _____

Motivo de la publicación de registros: _____

Para proporcionar una copia de los registros médicos del paciente mencionado anteriormente durante el período de

Fecha de inicio: _____ a la fecha de finalización: _____

____ Todos los registros disponibles ____ Visitas al consultorio y notas de progreso ____ Admisiones H&P

____ Valores de laboratorio ____ Informes de consulta ____ Resumen de alta

____ Rayos X e informes de escaneo ____ Densidad ósea ____ Patología quirúrgica

____ EKGs ____ Notas operativas / de procedimiento

Otro: _____

Autorizo la divulgación de toda la información, incluida la información sobre pruebas de VIH, abuso de sustancias y trastornos psicológicos que pueden incluirse en el registro médico. Por la presente, libero a su médico y empleados e instalaciones del formulario de responsabilidad después de esta autorización y liberación.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Tel: (281) 779-4243

Fax: (281) 779-4245

www.endoclinctx.com