Stratford Hospital District (DBA)
Stratford Family Medical Clinic
PO BOX 1189
1220 Purnell
Stratford TX, 79084
Phone: (806) 396-5583 Fax: (806) 366-2715

PATIENT DEMOGRAPHIC INFORMATION FORM

Today's Date_____

PATIENT INFORMATION:

Patient's Name _____

Mailing &Physical Address _____

City_____ State_____ Zip_____

Home Phone#_____ Mobile/Cell#_____ Work#_____

Please indicate preferable phone to use

Age_____ Date of Birth _____ Social Sec. # _____

Married _____ Single _____ Divorced_____ Other _____

Patient Occupation _____

Address _____

City _____State _____ Zip_____

Spouse's Name: _____

Pharmacy Name/City: _____Phone#_____

REFERRAL INFORMATION:

Referred By _____Phone # _____

PRIMARY CARE PHYSICIAN AND OTHER PHYSICIANS:

Family Physician_____Phone#_____

OB/GYN_____ Phone#_____

Cardiologist_____Phone#_____

Neurologist_____Phone#_____

Rheumatologist_____Phone#_____

Liver Doctor_____Phone#_____

Kidney Doctor_____Phone#_____

Other Specialist _____Phone#_____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION:

Name_____Relationship_____

Address_____

Cellular Phone# _____Home Phone#_____Work Phone# _____

Who is responsible for payment, if other than self? Name_____Relationship_____

Address_____

Phone_____

Please provide a copy of Insurance Card & Drivers License to the receptionist

STRATFORD HOSPITAL DISTRICT (DBA)

STRATFORD FAMILY MEDICAL CLINC

Chart Wellness

Patient Name: _____

ALLERGIES:

Please list any medication or foods you cannot take and give us brief description of what happened:

_____

_____

_____

CURRENT MEDICATIONS:

We need you to bring actual Medication in original bottles on your first appointment and after if there are any changes to your medication. Please list any medication you are on & dosages if you updating or established patient.

_____

_____

_____

YOUR MEDICAL PROBLEMS: please check any of the following you have or have had in the past:

Cardiovascular

- o **High blood Pressure**
- o **Heart Murmur**
- o **Mitral Valve Prolapse**
- o **Rheumatic fever**
- o **Other Heart Problem**

_____

_____

Hematologic

- o **Blood Transfusion**
- o **Anemia**
- o **HIV/AIDS**
- o **Hemophilia**
- o **Leukemia**
- o **Sickle Cell Anemia**
- o **Other Blood Disorder**

_____

_____

Psychiatric/Neurologic

- o **Vision Problems**
- o **Hearing Loss**
- o **Epilepsy/Seizures**
- o **Severe Headaches**
- o **Fainting**
- o **Cerebral Palsy**
- o **Autism**
- o **ASD**
- o **ADD/ADHD**

Pulmonary

- o **Asthma**
- o **Seasonal Allergies**
- o **Tuberculosis**

Other Conditions

- o **Frequent Sore throat**
- o **Tobacco Use**
- o **Cleft lip/ Palate**
- o **Radiation Therapy**
- o **Chemotherapy**
- o **Condition/ Problems not listed**

_____

_____

Genitourinary

- ○ **Kidney Transplant**
- ○ **Urinate Frequently**
- ○ **Other Kidney/Bladder Problems**

_____

_____

Gastrointestinal

- ○ **Hepatitis**
- ○ **Liver Disease**

Endocrine

- ○ **Diabetes**
- ○ **Thyroid Disease**
- ○ **Taking Steroids or Cortisone**

Dermal/Musculoskeletal

- ○ **Latex Allergy**
- ○ **Skin Rash**
- ○ **Rheumatoid Arthritis**

Have you had cancer? ___ YES ___NO: If yes please give details:

_____

_____

Past Surgeries: Check any you have had:

___Appendix ___Open Heart ___Heart Stents ___Cataracts ___Gall bladder ___Hernia

___Tonsils ___Hysterectomy ___Tubal ligation___Vasectomy ___Joint surgery

___Fracture repair ___Splenectomy ___Back surgery ___Neck surgery

Give date & details of surgeries and or any other problems:

_____

_____

List last Colonoscopy & Mammogram:

_____

PERSONAL HABITS & INFORMATION:

Where do you work?

_____

Check one please:

- ○ Single
- ○ Married
- ○ Divorced
- ○ Widowed
- ○ Living with significant other

Do you have children? List names & ages:

_____

_____

What do you do for fun & relaxation?

_____

_____

Do you use tobacco?__ Yes __ No : What & how much? _____

Do you drink alcohol? __Yes __ No: What & how much? _____

Do you use illegal drugs? __Yes __No: What & how much? _____

Do you exercise? __Yes __No: What do you do & how often? _____

FAMILY INFORMATION: If the following illness run in your families please state relationship to the person who is affected (eg: mother, father, grandparents, uncles, etc)

Migraine headaches __Yes __No (who) _____

Dementia or Alzheimer's __Yes __No (who) _____

Depression or Suicide __Yes __No (who) _____

Stroke __Yes __No (who) _____

Eye disease: Macular Degeneration __Yes __No (who) _____

Glaucoma __Yes __No (who) _____

Cataracts __Yes __No (who) _____

Asthma __Yes __No (who) _____

Lung cancer __Yes __No (who) _____

Tuberculosis __Yes __No (who) _____

Heart disease/Heart Attack __Yes __No (who/what) _____

High cholesterol __Yes __No (who) _____

High Blood pressure __Yes __No (who) _____

Blood Clots __Yes __No (who) _____

Breast Cancer __Yes __No (who) _____

Gall Stones __Yes __No (who) _____

Colon cancer __Yes __No (who) _____

Colon Polyps __Yes __No (who) _____

Diabetes __Yes __No (who) _____

Thyroid __Yes __No (who) _____

Arthritis (rheumatoid or gout) __Yes __No (who) _____

Osteoporosis __Yes __No (who) _____

Dear: Stratford Family Medical Patients,

Due to the excessive no call no shows on appointments & an increased number of new patients. Stratford Family Medical Clinic will start to Charge a **$65.00** Office visit if you make an appointment & fail to keep it & don't call to cancel!! This charge will have to be paid before being seen at a new appointment. If you are on Medicaid & have excessive No-Show we reserve the right to discharge you from our Clinic

Thank you

Stratford Staff Sign_____

Estimados Pacientes:

Debido a la excesivo numero de pacientes que no se presenta a la citas o no llaman para cancelar. Y tambien el incremento de pacientes nuevos. Stratford Family Medical comenzará a Cobra una tarifa de **$65.00**. Si usted hace una cita & no presenta & no llama para cancelar!! Este cargo debe ser pagado antes de ser visto en una nueva cita. Si usted esta en Medicaid y no se presenta a su citas excesivamente tenemos el derecho de negarle los servicios de nuestra clinica

Gracias

Stratford Family Medical Clinic Firm_____

Stratford Family Medical Clinic

AUTHORZATION AND CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT, PAYMENT GUARANTEE, AND ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

GENERAL CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT: As a patient of Stratford Medical Clinic, I understand that the clinic has an obligation to provide screening and emergency medical treatment when appropriate and to provide appropriate care and treatment of all patients. I hereby authorize the clinic, and its affiliated physicians and other licensed providers to order and/or provide direct and indirect services in efforts to diagnose and treat diseases, disorders, injuries or other conditions. I understand that the providers will act in good faith to provide quality care and treatment. However, a specific cure or resolution cannot be promised. My patient rights include my participation in my care plans and treatment options. I may revoke this consent for general treatment. Additional informed consent shall be given for medical procedures or treatments for which I need to specifically consent.

ASSIGNMENT OF BENEFITS AND PAYMENT GUARANTEE: I authorize SFMC to bill my insurance company or other designated third-party payer for the services provided as related to my care. I acknowledge that the clinic will file claims on my behalf as a courtesy and that I, as guarantor of the account, remain responsible for payment of services. I acknowledge that I am also responsible for deductibles, co-insurance amounts, co-payment amounts, and non-covered services. I/we agree to pay the established rates of the clinic for all services rendered for the patient named below. I also acknowledge that I am aware that the clinic may have policies for financial counseling and assistance.

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION FOR TPO AND EMERGENCY CARE: I do hereby authorize SFMC to release medical or other information to any insurance company or third-party for which reassignment of my benefits has been made for a medical service. I understand that my information may be released by law for any business activity related to the treatment, payment and operation (TPO) related to my care. I also authorize the healthcare providers of the clinic to release medical and other information to other healthcare providers or facilities as needed for emergency treatment or continuity of care. Unless otherwise restricted by the me, as patient or guardian, health information may also be released to immediate family members who are actively engaged in the management of my care. In all other cases, I understand that I will be required to authorize the release of protected health information (PHI). **Information may be release to**:

Name & relationship: _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT: By signing this form, you acknowledge receipt of the notice of privacy practices of SFMC. Our notice of privacy provides information about how we may use and disclose your protected health information. We are required by federal law to obtain your acknowledgement that you have received this Notice. If you have any questions about our notice of privacy practices, please contact us at the above telephone number.

THE UNDERSIGNED CERTIFIES HE/SHE HAS READ AND UNDERSTANDS THE ABOVE INFORMATION AND AUTHORZATION. IT ALSO CERTIFIES YOU HAVE RECEIVED OUR NOTICE OF PRIVACY PRACTICES AND PATIENT RIGHTS. THIS AUTHORIZATION/ACKNOWLEDGEMENT REMAINS IN FORCE UNTIL SUCH DATE THAT IT IS REVOKED OR REPLACED.

Patient Name: _____ DOB: _____

Patient Signature or Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Stratford Hospital District (DBA)
Stratford Family Medical Clinic
PO BOX 1189
1220 Purnell
Stratford TX, 79084
Phone: (806) 396-5583 Fax: (806) 366-2715/ (806) 366-2713

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre del paciente_____

Dirección fiscal y de Correo_____

Ciudad _____ Estado _____ Código pastal_____

Teléfono de Casa#_____ Móvil #_____# de trabajo _____

****por favor indicar teléfono preferible de uso ****

Edad _____Fecha de nacimiento _____ # De Seguro. Social_____

Casado/a_____ Soltero/a _____Divorciado/a_____ otros _____

Móvil #_____# de trabajo _____

Ocupación del paciente _____ Dirección_____

Ciudad _____ Estado _____ Código pastal _____

Nombre de cónyuge _____

Farmacia ciudad/nombre/_____Teléfono #_____

PERSONA DE CUIDADO PRIMARIO Y OTROS MÉDICOS

Médico de Familia_____ Teléfono #_____

Ginecólogo _____ Teléfono #_____

Cardiologo_____ Teléfono _____

Neurólogo _____ Teléfono _____

Reumatólogo _____ Teléfono _____

Doctor de Hígado _____ Teléfono _____

Doctor de Riñones _____ Teléfono _____

otros Especialista _____ Teléfono _____

Contacto En Casos De Emergencia

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Teléfono # _____ móvil #_____# de trabajo _____

Quién es responsable del pago, Si no es uno mismo paciente? Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Teléfono _____

***** Por favor proporcione una copia de la licencia de conducir y tarjeta de seguro a la recepcionista *****

- € Doy mi consentimiento a procedimientos diagnósticos rutinarios, exámenes y tratamiento por el equipo médico.
- € Entiendo que serán tratado por una enfermera que sea supervisada por un médico, pero que no es un médico. Entiendo que el médico no está practicando en estas premisas, pero está físicamente presente regularmente para supervisar la atención dispensada por la enfermera. La enfermera y el médico pueden colaborar sobre mi cuidado.
- € Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos por mí o por mis dependientes.
- € Por la presente asignar, transferir y establecer sobre a clínica médica de la familia de Stratford todos los derechos, título e interés a mis beneficios de reembolso médico bajo mi póliza de seguro, y solicito Stratford clínica médica de familia para presentar mi reclamo de seguro para mí.
- € Entiendo que estoy lanzando Stratford clínica médica de familia para compartir mi información de salud con mi compañía de seguros de salud.

Clínica médica de la familia de Stratford tiene mi permiso para preguntar acerca de mis medicamentos en las farmacias que utilizo.

Firma: _____ Fecha:_____

Nombre: _____

Alergias: por favor indique cualquier medicamento que usted no puede tomar y a contar brevemente lo que sucedió:

_____

_____

_____

_____

MEDICAMENTOS Actuales: Necesitamos que traiga el medicamento y las botellas originales en su primera cita y después si hay cualquier cambio en su medicación. Anote cualquier medicamento que usted está tomando & la dosis si está actualizando o establecido:

_____

_____

_____

SU problema médico: por favor marque cualquiera de los siguientes tiene o ha tenido en el pasado:

Circulación/Corazón: SI o No

☐ Irregulares latidos cardíacos ☐ obstrucciones en las arterias ☐ insuficiencia cardiac ☐ infarto ☐ presión arterial alta ☐ colesterol alto

Pulmonar/Respiratorio: Si o No

☐ Asma ☐ EPOC ☐ apnea del sueño

Estómago/Hígado: Si o No

☐ Enfermedad de la vesícula biliar ☐ úlceras ☐ GERD ☐ colitis ulcerosa ☐ pólipos en el colon ☐ hepatitis

Rinoes/Vias Orinarias: Si o No

☐ Piedras en Riñones ☐ Orinacion frecuente ☐ Prostata

Huesos/Cojuenturas: Si o No

☐ Arthritis ☐ Dolor de esplada/cuello ☐ Lupos ☐ Dolor cronico ☐ Gota ☐ ostioporois

Hormonas/Glandulas: Si o No

☐ Diabetis ☐ Thyroides ☐ Menopausa

Nenorologicos/Nerviosos: Si o No

☐ Dermases ☐ Atacques de epilepsia ☐ Deprecion ☐ Migrana ☐ Dolores de Cabesa causados por Tencion

☐ Biopolar

Has tenido cancer? Si o No Detalles si tu respuesta es Si_____

Cirugía: Si o No Detalles /Fecha _____

Exam Del Colon: Si o No Fecha _____

Informacion Personal Y Habitués

¿Tienes hijos? Nombres y edades: _____

_____

En que trabaja? _____

Que hace para relajares y diversión: _____

Usas tabaco? Si o No Qué/Cuánto?_____

Bebes alcohol? Si o No Qué/Cuánto?_____

Usas drogas ilegales? Si o No Qué/Cuánto?_____

Hacer ejercicio? Si o No Qué/Cuánto?_____

Informacion De historia familiar: Si se encontrar la siguientes enfermedades en su familia por favor, diga relación con la persona. Por ejemplo (Mama, Papa, Hermanos, Tios)

Migraña: Si o No Quién?_____

Demencia o Alzheimers: Si o No Quién?_____

Depresión o Suicidio: Si o No Quién?_____

Derrame cerebral: Si o No Quién?_____

Enfermedad de los Ojos: Si o No Quién?_____

Glaucoma: Si o No Quién?_____

Cataratas: Si o No Quién?_____

Asma: Si o No Quién?_____

Cancer de pulmón: Si o No Quién?_____

Tuberculosis: Si o No Quién?_____

Enfermedad del Corazon/ Ataque del Corazon: Si o No Quién?_____

Alto cholesterol: Si o No Quién?_____

Alta presión: Si o No Quién?_____

Coágulo de Sangre: Si o No Quién?_____

Cancer de pecho: Si o No Quién?_____

Piedras del riñón: Si o No Quién?_____

Cancer del colon: Si o No Quién?_____

Diabetes: Si o No Quién?_____

Thiroides: Si o No Quién?_____

Arthritis: Si o No Quién?_____

Osteoporosis: Si o No Quién?_____

Stratford Family Medical Clinic

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO, GARANTÍA DE PAGO Y ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AUTHORZATION

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO MÉDICO: Como paciente de Stratford Family Medical Clinic, entiendo que la clínica tiene la obligación de proporcionar tratamiento médico de investigación y de emergencia cuando sea apropiado y para proporcionar cuidado apropiado y tratamiento de todo paciente. Autorizo a la clínica y sus médicos y otros proveedores con licencia para ordenar o prestación de servicios directos e indirectos en los esfuerzos para diagnosticar y tratar enfermedades, trastornos, lesiones u otras condiciones. Entiendo que los proveedores actúen de buena fe para proporcionar tratamiento y atención de calidad. Sin embargo, no prometió una cura específica o resolución. Mis derechos pacientes incluyen mi participación en los planes de atención y las opciones de tratamiento. Puedo revocar este consentimiento para el tratamiento general. Para procedimientos médicos o tratamientos para los cuales necesito específicamente el consentimiento se dará consentimiento adicional.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE PAGO: Autorizo SFMC para cobrarle a mi compañía de seguros u otro señalado tercero pagador por los servicios prestados con respecto a mi cuidado. Reconozco que la clínica presentar reclamaciones en el mío como una cortesía y que I, como garante de la cuenta, siendo responsables del pago de servicios. Reconozco que también soy responsable de deducibles, coaseguro cantidades, montos de copago y servicios no cubiertos. I / estamos de acuerdo en pagar las tarifas establecidas de la clínica todos los servicios prestados al paciente nombrado abajo. También reconozco que soy consciente de que la clínica tenga políticas de asistencia y asesoramiento financiero.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE TPO Y EMERGENCIA ATENCIÓN MÉDICA: por la presente autorizo SFMC liberar médica u otra información a cualquier compañía de seguros o de terceros que se ha hecho reasignación de mis beneficios para un servicio médico. Entiendo que mi información puede ser divulgada por ley para cualquier actividad relacionada con el tratamiento, pago y operación (TPO) relacionados con mi cuidado. También autorizo a los proveedores de atención médica de la clínica a médicos y otra información a otros proveedores de atención médica o servicios según sea necesario para el tratamiento de urgencia o continuidad de la atención. A menos que lo contrario restringido por mí, como paciente o tutor, información de salud puede ser divulgada a familiares inmediatos que participan activamente en la gestión de mi cuidado. En los demás casos, entiendo que estaré obligado a autorizar la liberación de información de salud protegida (PHI).

Permiso para dar Información a:

Nombré Y Relación: _____

AVISO DE PRIVACIDAD PRÁCTICAS ACUSE DE RECIBO: al firmar este formulario, usted reconoce el recibo de la notificación de prácticas de privacidad de SFMC. Nuestro aviso de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos usar y divulgar su información protegida de salud. Se nos requiere por ley federal a obtener el reconocimiento que ha recibido este aviso. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestro aviso de prácticas de privacidad, por favor contáctenos al número telefónico anterior.

EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y AUTHORZATION. TAMBIÉN CERTIFICA QUE HA RECIBIDO NUESTRA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHOS DEL PACIENTE. ESTA AUTORIZACIÓN/RECONOCIMIENTO SIGUE EN VIGOR HASTA DICHA FECHA QUE ES REVOCADO O SUSTITUIDO.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente/Padre o Tutor: _____ Fecha: _____