



Pedro M. Arguello, M.D.P.A. Gastroenterology  
9190 Katy Fwy Suite 102  
Houston, TX 77055  
Ph. 713-647-9300 Fax: 713-647-5582

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**¿RAZÓN DE SU VISITA HOY?:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA PASADA:** (Por favor, lea atentamente y complete todas las preguntas.)

¿Diabetes? ..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Enfermedad del corazón? ..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Alta presión sanguínea? ..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa? ..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Enfermedad pulmonar? ..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Nefropatía? ..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Cáncer? ..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_ Si es así, ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
¿Te has hecho la prueba del SIDA/HIV?..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_ Positivo \_\_\_ Negativo \_\_\_  
¿Examen de hepatitis?..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_ Positivo \_\_\_ Negativo \_\_\_  
.....Si es positivo, ¿de qué tipo? Tipo A \_\_\_ Tipo B \_\_\_ Tipo C \_\_\_  
¿Salud mental? (ej.: Ansiedad, Depresión, Bipolaridad, etc.): \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE VACUNAS**

¿Esta vacunado contra la hepatitis A y B? ..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Esta vacunado contra la Neumonía? ..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Esta vacunado contra la Influenza? ..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Ha tenido la vacuna COVID-19? ..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_

**PACIENTES MUJERES:**

¿Te has hecho una mamografía?..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Resultados? \_\_\_\_\_  
¿Fecha del último ciclo menstrual? \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

¿Qué tipo de dieta sigues? \_\_\_\_\_  
¿Haces ejercicio?..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_ Si es así, ¿cuánto?: \_\_\_\_\_  
¿Eres fumador de tabaco?.....Sí \_\_\_ NO \_\_\_ NUNCA FUMADOR \_\_\_  
Si es así, ¿cuánto?: \_\_\_\_\_ Si no, ¿eres un exfumador? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es tu preferencia sexual?..... ¿Homosexual? \_\_\_\_\_ ¿Heterosexual? \_\_\_\_\_  
¿Bebes alcohol?..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuánto durante la semana? \_\_\_\_\_  
¿Duermes bien por la noche? \_\_\_\_\_ ¿Roncas por la noche? \_\_\_\_\_

**LISTA DE MEDICAMENTOS**

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

¿Está tomando **anticoagulantes**?..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_

Si es así, ¿cuáles?: \_\_\_\_\_

¿TIENE ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTOS?..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_

Si es así, ¿cuáles y cuál es la reacción? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SURGICAL HISTORY:**

¿Ha tenido alguna **COLONOSCOPIA** en el pasado?..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_

Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ Hallazgos?: \_\_\_\_\_

¿Se ha realizado alguna **CIRUGÍA** en el pasado? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ NO \_\_\_

**Encierre en un círculo y escriba la fecha si ha tenido alguna de estas cirugías:**

Colecistectomía \_\_\_\_\_ Apendicectomía \_\_\_\_\_ Histerectomía \_\_\_\_\_

Colectomía \_\_\_\_\_ Colectomía Parcial \_\_\_\_\_ Extirpación de ovarios \_\_\_\_\_

Bypass gástrico \_\_\_\_\_ Manga gástrico \_\_\_\_\_ Banda gástrica \_\_\_\_\_

Cirugía de corazón \_\_\_\_\_ Otras cirugías: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido **ALGÚN PROBLEMA DE ANESTESIA** en el pasado?..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_

Si es así, ¿qué? : \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

Diabetes mellitus..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_ Enfermedades del corazón.....Sí \_\_\_ NO \_\_\_

Hipertensión..... Sí \_\_\_ NO \_\_\_

**¿Usted o alguno de los miembros de su familia ha tenido alguno de los siguientes tipos de cáncer?**

Colon/Recto: \_\_\_\_\_ Miembro de la familia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Uterina Endometrial: \_\_\_\_\_ Miembro de la familia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ovarios: \_\_\_\_\_ Miembro de la familia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estómago/Intestino Delgado: \_\_\_\_\_ Miembro de la familia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Conducto biliar, hígado, páncreas: \_\_\_\_\_ Miembro de la familia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Otro cáncer: \_\_\_\_\_ Miembro de la familia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**PEDRO M. ARGUELLO, M.D PA**

**RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DEL PACIENTE**

Hemos desarrollado políticas financieras para promover la confianza y el entendimiento entre nuestros pacientes y nuestra práctica. Además de brindar atención médica de calidad, estamos comprometidos a brindar el mejor servicio posible, que incluye, entre otros, una comprensión completa de sus responsabilidades financieras.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

- **Entiendo que soy financieramente responsable por el deducible, coaseguro o servicio no cubierto de mi seguro médico. Los copagos/deducibles se deben pagar en el momento del servicio.** En el caso de que mi plan de salud determine que un servicio "**no se paga**", seré responsable del cargo completo y acepto pagar los costos de todos los servicios prestados.
- **Pacientes HMO/Manage Care:** Es responsabilidad del paciente asegurarse de haber obtenido una referencia para todas las citas con esta oficina, si es necesario. El paciente es responsable de todos y cada uno de los servicios prestados que no forman parte de la referencia. Si no obtuvo una referencia para nuestros servicios, deberá que pague el monto total de todos los servicios.
- Comprenda que su cobertura de seguro médico depende totalmente de su plan de seguro del que usted es miembro. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su cobertura, llame a su respectiva compañía de seguro de salud.
- Es responsabilidad del paciente tener la información de su seguro médico en el momento de la visita y notificar a la oficina medica de los cambios en la cobertura del seguro.
- Si su seguro no puede ser verificado en el momento de la visita, la práctica se verá en la necesidad de cobrar el pago completo de la visita.
- **AUTORIZACIÓN DE SEGURO PARA LA CESIÓN DE BENEFICIOS** Por la presente autorizo y dirijo el pago de mis beneficios médicos a Pedro M. Argüello, M.D. PA en mi nombre por cualquier servicio que me brinde el proveedor.
- **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS** Por la presente autorizo a Pedro M. Argüello, M.D.PA. a compartir a mi aseguradora, agencias gubernamentales o cualquier otra entidad financieramente responsable de mi atención médica, toda la información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen realizado a yo necesario para justificar el pago de dichos servicios médicos, así como la información requerida para la precertificación, autorización o derivación a otro proveedor médico.
- **Si tiene una cita médica y no se presenta a la misma, citas sin notificación tendrán un cargo de \$50.00.**
- **Citas perdidas para procedimientos (Colonoscopias y Endoscopias) tendrá un cargo de \$ 100.00. El pago de los procedimientos (si aplica) debe hacerse dentro de las 72 horas posteriores a la cita. Si no se presenta a los procedimientos, para ser reprogramados, se requerirá un pago anticipado.**
- **He leído y entiendo toda la información anterior y las responsabilidades financieras:**

\_\_\_\_\_  
Patient Signature (Responsible party)

\_\_\_\_\_  
TODAYS Date

Pedro M. Arguello, M.D.P.A. Gastroenterology  
9190 Katy Fwy Suite 102  
Houston, TX 77055  
Ph. 713-647-9300 Fax: 713-647-5582

**PEDRO M. ARGUELLO, M.D. PA**

**AUTORIZACIONES**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA**

Autorizo la divulgación de cualquier información, incluyendo diagnósticos y los registros de cualquier tratamiento o examen realizado a mí o a mis dependientes, a terceros pagadores y/u otros profesionales involucrados en mi atención.

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

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

Doy permiso a los siguientes familiares para que tengan acceso a mi información médica protegida y me reservo el derecho de revocar esto en cualquier momento notificando a la oficina por escrito:

1. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**Exención de privacidad por correo electrónico o fax:**

Entiendo que mis registros médicos pueden ser transmitidos electrónicamente por correo electrónico o fax y pueden ser recibidos por error por parte de terceros. En el caso de que esto ocurra, absuelvo al Dr. Pedro M. Argüello y a su personal. Me reservo el derecho de revocar en cualquier momento notificándolo por escrito.

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

Doy autorización para llamarme y dejarme información detallada sobre futuras citas a:

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

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

Nota: Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por el paciente o representante legal

Pedro M. Arguello, M.D.P.A. Gastroenterology  
9190 Katy Fwy Suite 102  
Houston, TX 77055  
Ph. 713-647-9300 Fax: 713-647-5582

## **RECTAL EXAM CONSENT**

### **(Consentimiento de examen colorrectal)**

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
(Nombre de el Paciente) (Fecha)

#### **English**

Written consent of the patient or the patient's legal representative or guardian is required prior to a medical examination. Part of your evaluation may include but not limited to a colorectal exam.

The rectal exam includes examination which may include provider's gloved hand or instrumentation (Scope or Colonoscope).

#### **The rectal exam performed by the Physician may include:**

- A visual inspection,
- Digital rectal examination (gloved hand) and/ or use of diagnostic instruments such as anoscope, proctoscope or sigmoidoscope
- If needed stool or tissue sample may be collected

I understand and consent to a Medically indicated rectal exam. This will be performed by the physician.

#### **Spanish**

Se requiere el consentimiento por escrito del paciente o representante legal antes de un examen médico. Parte de su evaluación puede incluir, entre otros, un examen rectal.

#### **El examen rectal realizado por el médico puede incluir:**

- Una inspección visual
- Tacto Rectal y/o uso de instrumentos diagnósticos como anoscopio, proctoscopio o sigmoidoscopio.
- Si fuera necesario una muestra de heces o tejido, podría obtenerse durante el examen.

Entiendo y doy mi consentimiento para un examen rectal si es médicamente indicado. Esto será realizado por el médico.

Patient Signature (Firma del Paciente): \_\_\_\_\_

Signature of Legal Representative (Firma de representate legal: \_\_\_\_\_

Witness Signature (Testigo): \_\_\_\_\_

Pedro M. Arguello, M.D.P.A. Gastroenterology  
9190 Katy Fwy Suite 102  
Houston, TX 77055  
Ph. 713-647-9300 Fax: 713-647-5582

**CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION**

I hereby authorize \_\_\_\_\_ to  
release the following information from the health record(s) of:

Patient Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Covering the periods of care from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Information to be released:

\_\_\_\_\_ Copy of complete health record(s)

\_\_\_\_\_ History & Physical.

\_\_\_\_\_ Excluding information related to HIV testing and/or results.

\_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Information to be released to:

**PEDRO M. ARGUELLO, M.D.**  
**9190 KATY FREEWAY, SUITE #102**  
**HOUSTON, TEXAS 77055**  
**P: 713-647-9300**  
**F: 713-647-5582**

I understand this consent can be REVOKED at any time except to the extent that disclosure made in good faith has already occurred in reliance on this consent.

Specification of the date, event or condition upon which this consent expires:

\_\_\_\_\_

The facility, its employees and officers and attending physician are released from legal responsibility or liability for the release of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Signed: \_\_\_\_\_  
Patient or Representative

\_\_\_\_\_  
Relationship to patient

Witness: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Es política de la práctica de Pedro M. Arguello, M.D. PA, seguir procedimientos específicos para garantizar los derechos de los pacientes. Hemos establecido los Derechos y responsabilidades del paciente con la expectativa de que el cumplimiento de estos derechos contribuya a una atención más eficaz del paciente y una mayor satisfacción para el paciente, la familia, los médicos y el consultorio. Los derechos y responsabilidades de cada paciente se describen en una declaración titulada Derechos y responsabilidades paciente, que se publica en el vestíbulo/área de espera.

- 1). Nosotros [respetamos/o cumplimos] las directivas anticipadas, según las leyes estatales y locales. Esta información se transmite al paciente en el consentimiento informado.
  
- 2). Brindamos ciertos servicios de traducción para aquellos pacientes que tienen un dominio limitado del inglés.
  - La necesidad de servicios de traducción se determina antes del procedimiento.
  - De acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles, la práctica proporcionará un traductor para los pacientes que no hablen inglés. Los servicios de traducción se proporcionan al paciente de forma gratuita.
  - De acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la práctica proporciona ayudas y servicios auxiliares apropiados cuando sea necesario para garantizar una comunicación efectiva con las personas con discapacidades. La práctica no proporciona un intérprete calificado para cada paciente sordo, ya que la necesidad de un intérprete depende de la complejidad del asunto médico.
  - Si es necesario, se proporcionará un intérprete suficientemente calificado, capaz de interpretar "efectivamente, con precisión e imparcialidad, tanto de manera receptiva como expresiva, utilizando cualquier vocabulario especializado necesario".
  - El consultorio se reserva el derecho de elegir qué opción de asistencia de lenguaje oral es la más adecuada para satisfacer las necesidades de los pacientes con dominio limitado del inglés, como la contratación de un personal bilingüe o intérpretes del personal, el uso de intérpretes contratados o voluntarios de la comunidad para brindar servicios de interpretación, y una línea telefónica de servicios de interpretación.
  - Siempre que se utilicen los servicios de un intérprete, la práctica garantiza que el intérprete esté capacitado y sea competente y que se proteja el derecho del paciente a la privacidad
  - El nombre del traductor se registra en el historial médico.
  
- 3). Alentamos a los pacientes y/o visitantes a que expresen sus inquietudes o quejas y a que cuenten con un procedimiento para abordarlas.
  - Si un paciente o visitante expresa una queja o inquietud, se informará a [inserte el cargo del personal, por ejemplo, administrador de la práctica, representante del paciente, oficial de privacidad].
  - Cuando se reciba una queja, se documentará mediante un Formulario de informe de incidentes.
  - Expresar una queja o agravio no tiene ni tendrá ningún efecto adverso en la atención brindada al paciente, a menos que la naturaleza de la queja haga que la relación médico-paciente en curso sea insostenible. En esta situación, el paciente será referido a otro proveedor igualmente calificado.
  - La presentación de una queja no compromete en sí misma el acceso futuro de un paciente a la atención.
  
- 4). Informamos a los pacientes sobre el tratamiento, los servicios y los resultados, incluidos los resultados imprevistos. El médico tratante será responsable de informar al paciente y, en su caso, a los familiares de los desenlaces no previstos.



**This notice describes the privacy practices of PEDRO M. ARGUELLO, M.D. PA and the employers who assist in providing services to patients at this facility.**

#### **Patient Health information**

Under federal law, your patient health information is protected and confidential. Patient health information includes information about your symptoms, test results, diagnosis, treatment, and related medical information. Your health information also includes payment, billing, and insurance information.

#### **How We Use Your Patient Health Information**

We use health information about you for treatment, to obtain payment, and for health care operations, including administrative purposes and evaluation of the quality of care that you receive. Under some circumstances, we may be required to use or disclose the information even without your permission.

#### **Examples of Treatment, Payment, and Health Care Operations**

- **Treatment:** we will use and disclose your health information to provide you with medical treatment or services. For example, physicians, nurses, and other members of your treatment team will record information in your record and use it to determine the most appropriate course of care. We may also disclose the information to other health care providers who are participating in your treatment, to pharmacists who are filling your prescriptions, and to family members who are helping with your care.
- **Payment:** We will use and disclose your health information for payment purposes. For example, we may need to obtain authorization from your insurance company before providing certain types of treatment. We will submit bills and maintain records of payments from your health plan.
- **Health Care Operations:** We will use and disclose your health information to conduct our standard internal

#### **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

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.** operations, including proper administration of records, evaluation of the quality of treatment, and to assess the care and outcomes of your case and others like it.

#### **HIPPA FORM Pedro M. Arguello, M.D. PA**

We may use your information to contact you with appointment reminders. We may also contact you to provide information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

**Disclosures That Can Be Made Without Your Authorization,** there are situations in which we are permitted to disclose or use your medical information without your written authorization or an opportunity to object. In other situations, we will ask for your written authorization before using or disclosing any identifiable health information about you. If you choose to sign an authorization to disclose information, you can later revoke that authorization, in writing, to stop future uses and disclosures. However, any revocation will not apply to disclosures or uses already made or that rely on that authorization.

- **Required by Law:** we may be required by law to report gunshot wounds, suspected abuse or neglect, or similar injuries and events.
- **Public Health Activities:** As required by law, we may disclose vital statistics, diseases, information related to recalls of dangerous products, and similar information to public health authorities
- **Health oversight:** we may be required to disclose information to assist in investigations and audits, eligibility for government programs, and similar activities.
- **Judicial and administrative proceedings:** we may disclose information in response to an appropriate subpoena or court order.
- **Law enforcement purposes:** Subject to certain restrictions, we may disclose information required by law enforcement officials.

Pedro M. Arguello, M.D.P.A. Gastroenterology  
9190 Katy Fwy Suite 102  
Houston, TX 77055  
Ph. 713-647-9300 Fax: 713-647-5582

- **Deaths:** We may report information regarding deaths to coroners, medical examiners, funeral directors, and organ donation agencies.
- **Serious threat to health or safety:** We may use and disclose information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person.
- **Military and Special Government Functions:** If you are a member of the armed forces, we may release information as required by military command authorities. We may also disclose information to correctional institutions or for national security purposes.
- **Research:** We may use or disclose information for approved medical research.
- **Workers Compensation:** We may release information about you for workers compensation or similar programs providing benefits for work-related injuries or illness.

**Special Uses**, in any other situation, we will ask for your written authorization before using or disclosing any identifiable health information about you. If you choose to sign an authorization to disclose information, you can later revoke that authorization to stop any future uses and disclosures.

**Individual Rights:**

You have the following rights with regard to your health information. Please contact the person listed below to obtain the appropriate form for exercising these rights.

- **Request Restrictions:** You may request restrictions on certain uses and disclosures of your health information. We are not required to agree to such restrictions, but if we do agree, we must abide by those restrictions.
- **Confidential Communications:** you may ask us to communicate with you confidentially by, for example, sending notices to a special address or not using postcards to remind you of appointments.
- **Inspect and obtain copies:** In most cases, you have the right to look at or get a copy of your health information; HIPAA permits us to charge a reasonable cost-based fee.
- **Amend Information:** If you believe that information in your record is incorrect, or if important information is missing, you have the right to request that we correct the existing information or add the missing information.
- **Accounting or Disclosures:** You may request a list of instances where we have disclosed health information about you for reasons other than treatment, payment, or health care operations.

**Our Legal Duty**, we are required by law to protect and maintain the privacy of your health information, to provide this notice about our legal duties and privacy practices regarding protected health information, and to abide by the terms of the notice currently in effect.

**Change in Privacy Practices**, we may change our policies at any time. Before we make a significant change in our policies, we will change our notice and post the new notice in the waiting area. You can also request a copy of our notice at any time. For more information about our privacy practices, use the contact information below.

**Complaints**, if you are concerned that we have violated your privacy rights, or if you disagree with a decision we made about your records, you may contact the person listed below. You also may send a written complain to the U.S. Department of Health and Human Services. The office listed below will provide you with the appropriate address upon request. You will not be penalized in any way for filing a complaint.

**Contact Office**, if you have any questions, requests, or complaints please contact:

**Pedro M. Arguello or office staff**

**9190 Old Katy Rd, Suite 102**

**Houston, TX 77055**

**713-647-9300**