

Datos de Paciente

Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Edad	Genero
Dirección		Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Número de Celular	Número de Casa	Número de Trabajo			
Correo Electronico					
Estado Civil: Soltero/ Casado/ Divorciado/ Vive en Union Libre			Años Juntos		
Nombre de su Esposo/a : Apellido, Primer Nombre			Número de Hijos		

Persona responsable: Llene esta parte solo si usted no es la persona responsable

Apellido	Primer Nombre	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Edad	Genero
Dirección		Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Número de Celular	Número de Casa	Número de Trabajo			

Contacto de Emergencia: A quien podemos contactar en caso de una emergencia

Nombre	Relación	Número de Telefono Primario	Número de Telefono Secundario
Acepta usted que nos pongamos en contacto con esta persona en caso de no emergencia? (Si/No)			

Información de Seguro

Seguro Primario	Número de Identificación de Seguro Primario	Co-Pago
Seguro Secundario	Número de Identificación de Seguro Secundario	Co-Pago

Escriba informacion medica adicional

Certificación del paciente

Yo certifico que la informacion proporcionada es correcta.

Yo autorizo la liberacion de informacion medica nesasaria para procesar reclamaciones de seguros a las companias de seguros o sus agencias (incluyendo Medicare), a los efectos de la presentacion y el pago de las reclamaciones de salud mental.

Soy conciente que se me aplicaran cargos por citas que no sean canceladas con anticipacion de 24 horas. Yo soy el responsable de pagar la cantidad.

Firma de Paciente o Tutor Legal	Nombre en letra de molde	Fecha
---------------------------------	--------------------------	-------



Tony A. Pham, M.D., P.A.

Psychopharmacology & Psychotherapy

1315 St. Joseph Parkway, Suite 1010

Houston, TX 77002

Ph (713) 376-3459, Fax (832) 369-7665

www.tonyphammd.com

Year 2015 Deductible

Most insurance policies have deductible amounts that must be paid first before the insurance policy would start to pay. We have no way of knowing whether your deductible amounts have been met for this year.

As a courtesy, we will only charge you your regular copay, but ask that you give us your credit card information. We will bill any applicable amounts not covered by insurance to your credit card when we receive your insurance explanation of benefits.

Patient name _____

Card type (Visa, mastercard, etc) _____

Card # _____

Expiration date: _____

I agree to pay any applicable amounts.

_____ (signature)

Date: _____

Tony A. Pham, M.D., P.A.

Psychopharmacology & Psychotherapy
1315 St. Joseph Parkway, Suite 1010
Houston, TX 77002
Ph (713) 376-3459, Fax (832) 369-7665
phamtony98@yahoo.com



Consent for Release of Protected Health Information
(Entire Medical Records)

I request my records from (below) be released to Dr. Pham

_____, _____
(Physician, Hospital or Institution) (Address/Phone)

Names of people Dr.Pham/office can disclose information to:

_____, _____
(Individuals or Institutions) (Address/Phone)

I, _____, DOB _____
consent to release of the protected health information that is required to carry out
treatment, payment and healthcare operation on my behalf.

I have read the Notice of Privacy Practices (on office wall, or request copy from front
desk) and am aware of the following:

- I have the right to place restrictions on the way my protected health information is used or disclosed.
- I understand that Dr. Pham is not required to agree with my requested restrictions. I also understand that once Dr. Pham agrees to my restrictions, I must comply with those.
- I have the right to revoke my consent for the use and disclosure of my protected health information at anytime. I understand that, if I choose to revoke my consent, I must submit a written statement that is signed by me.
- I understand that Dr. Pham must immediately comply with my request to revoke consent, except to the extent that some action has already been taken that was based on my original consent.
- Dr. Pham has reserved the right to change our privacy practices at anytime without notification.

Note: Only the patient or parent/guardian may request a release of medical information. Picture ID may be required.

Print Patient's Name

Date of Birth

Signature of Patient/Guardian

Date

Cuestionario de salud mental

Nombre: _____

Fecha: _____

1. ¿Ha padecido los siguientes síntomas durante este último mes? (Circule su respuesta)

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Poco interés o placer en realizar cosas.	0	1	2	3
b. Triste, deprimido o sin esperanza.	0	1	2	3
c. Dificultad para dormir o quedarse dormido o dormir mucho.	0	1	2	3
d. Cansado y/o con poca energía.	0	1	2	3
e. Poco apetito o comer en exceso.	0	1	2	3
f. Sentirse mal de sobre sí mismo o que es un fracaso o se ha defraudado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
g. Dificultad para concentrarse en actividades, ya sea leyendo el periodico o viendo la televisión etc.	0	1	2	3
10. Moverse o hablar tan despacio que la demás gente lo puede notar, o lo contrario, estar tan nervioso o inquieto que se ha estado moviendo más de lo normal.	0	1	2	3
11. Pensar que sería mejor estar muerto o de hacerse daño a sí mismo.	0	1	2	3
Suma de columnas		___ +	___ +	___
Total				

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Ansioso/Ansiosa				
b. Irritabilidad y/o enojo				
c. Oye voces o tiene alucinaciones				
d. Poca concentración				
e. Olvidadizo/Olvidadiza				

- ¿Ha tomado alcohol durante el último mes? Si la respuesta es sí, ¿qué tanto y qué tan frecuente lo ha hecho?
- ¿Ha consumido alguna droga ilegal durante el último mes? Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de droga y cuánta consume?
- ¿Fuma? Si la respuesta es sí, ¿cuánto fuma al día-semana?

2. ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias durante el último mes? (Circule su respuesta)

Alcohol:	<i>Rara vez</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Diariamente</i>
Marihuana:	<i>Rara vez</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Diariamente</i>
Alguna otra droga:				

3. ¿Ha tenido dificultad en el trabajo o en la casa como resultado de la condición de su salud mental? Si es así, por favor explíquelo.

4. ¿Ha sido diagnosticado con alguna de las enfermedades mentales siguientes? (Circule su si la enfermedad que ha padecido)

- Depresión mayor
- Trastorno bipolar
- Trastorno de déficit de atención o Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Esquizofrenia
- Trastorno de pánico
- Abuso de alcohol
- Abuso de drogas

Nombre: _____

Cuestionario de paciente

1. ¿Describa entre 1-5 oraciones porque ha sido referido a nuestra oficina?

2. ¿Ha sido hospitalizado anteriormente por problemas de salud mental? Si/ No (circule uno)
Si es así, cuando fue la hospitalización mas reciente?

3. ¿Ha usado las siguientes sustancias, ahora o en el pasado?
Alcohol Si/ No
Cocaina Si/ No
Marihuana Si/ No
Heroína Si/ No
Estimulantes Si/ No
Cigarros Si/ No

4. ¿Cual es su lugar de nacimiento?

5. ¿Cual es/ fue su ocupación de trabajo?

6. ¿Cuál es su religión (si alguna)?

7. ¿Cuál es su situación de vivienda? Casa de cuidado/ con parientes/ casa o apartamento/
asilo para personas de tercera edad/ no tiene residencia estable

8. Tiene hijos? Si/ No. Si es asi, cuantos?
Cuál es su nivel de educación? Alguna preparatoria/ graduado de preparatoria/ algo de colegio
graduado de colegio/ graduado avanzado

9. ¿Ha tenido problemas legales o arrestos? Si/ No

10. ¿Tiene problemas médicos? Diabetes/ Presión Alta/ Problemas del Corazon/ Hepatitis/
Problemas de Riñón/ Colesterol Alto
¿Esta embarazada? Si/ No
Escriba cualquier otro problema médico:

11. ¿Es alérgico a algunos medicamentos? Si es asi, cuales.

12. Escriba las medicinas que está tomando actualmente.

Nombre: _____

Cuestionario de Salud Mental

1. ¿Ha sufrido de algunos de los siguientes síntomas en el último mes?

Triste/ ánimo deprimido:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
Insomnio:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
Sensación de cansancio:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
Poco apetito:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
Culpabilidad frecuente:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
Falta de concentración:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
Falta de memoria:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
Ansiedad:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
Irritabilidad/ enojo:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
No puede quedarse quieto:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
Escuchar voces:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
Pensamientos sospechosos:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>

2. ¿Ha usado algunas de las siguientes sustancias en el último mes?

Alcohol:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
Marihuana:	<i>raramente</i>	<i>algunas veces</i>	<i>frecuentemente</i>	<i>diariamente</i>
Otras drogas (escribalas)				

3. ¿Ha tenido problemas en el trabajo o en el hogar como resultado de su condición de salud mental?
Si es así, explique.

4. ¿Ha sido diagnosticado con cualquiera de los siguientes trastornos de salud mental?

- Depresión Mayor
- Desorden Bipolar o trastorno maniaco depresivo
- ADD o ADHD
- Desorden obsesivo compulsivo
- Esquizofrenia
- Trastorno de pánico
- Abuso de alcohol
- Abuso de drogas

Patient Name: _____

DOB: _____

General Health Questionnaire

Have you suffered from any of the following within the past month? (Please circle all that apply):

Constitutional: fever / night sweats / weight gain / weight loss

Head: blurred vision / fainting / head trauma / headache / seizures

Eyes: diminished vision in (both eyes / right eye / left eye) / double vision / eye pain / infection / itching / visual blurring

Ears/Nose/Throat: dizziness / dryness of mouth / frequent sore throats / hearing difficulties / hearing loss / hoarseness / infected gums / runny nose / loss of smell / nasal obstruction / ringing in the ears / sinus infection / sore throat

Respiratory: chills / cough / difficulty breathing / exertional dyspnea / fever / hemoptysis / non-exertional dyspnea / pleuritic pain / rib pain / shortness of breath

Cardiovascular: chest pain / dizziness / lightheadedness / palpitations / tachycardia

Gastrointestinal: abdominal pain / bloating / constipation / diarrhea / dyspepsia / fatty food intolerance / heartburn / nausea / vomiting

Genitourinary: abnormal menses / blood in urine / cysts / difficulty voiding / dysuria / foamy urine / frequency / hematuria / hesitancy / incontinence / painful urination / urinary tract infection

Musculoskeletal: arthritis / back pain / decreased range of motion / joint pain / joint swelling

Skin: dry skin / hair loss / jaundice / rashes / discoloration

Neurological: dizziness / headaches / loss of consciousness / memory loss / migraines / motor disorder / neuropathy / numbness / recent seizure / stroke / weakness

Endocrine: changes in hair texture / cold sensation / excessive sweat / excessive thirst / goiter

Hematologic: anemia / bleeding disorder / bruising / leukemia / night sweats

Allergy and Immunology: hives / seasonal allergies

Patient/Guardian Signature: _____

Date: _____

Pharmacy Form

Your Information

Last Name

First Name

Pharmacy Information

Phone

FAX

Street Address

City/State/Zip

Drug Insurance Information

Name of Ins. Co.

Phone Number

Is Pre-Auth Necessary (Yes/No)

Common Drugs

- Clonazepam
- Lorazepam
- Seroquel
- Effexor
- Haloperidol
- Zolpidem
- Trazodone
- Bupropion
- Zyprexa
- Xanax

Additional Medications

Primary Dr. Info

Name:

Phone

Are you allergic to any medications? If so, which ones.

Mail Completed Form To:

Tony A. Pham MD, PA
1315 St. Jo. Pkwy, Ste. #1010
Houston, TX 77002-8235