

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____ Raza/origen étnico: _____

Estado civil: _____ N.º SS: _____ N.º de Licencia de conducir: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ N.º del trabajo: _____

Nombre del cónyuge: _____ Empleador: _____ Teléfono: _____

Contacto para caso de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre de la compañía de seguro primario: _____

Nombre y fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Nombre del médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Referido por: _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Ubicación: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Garantía de pago:

Entiendo por completo que soy directamente responsable del pago a los médicos de este consultorio por todos los servicios médicos que se me presten. También entiendo que todas las facturas son pagaderas y vencen al momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan realizado otros arreglos. Acepto pagar todos los costos de cobro incluyendo honorarios razonables de abogado y costos en el caso que sea necesario presentar una demanda para efectuar el pago. Autorizo que los pagos se realicen directamente a mi médico.

Autorización para divulgar información:

Por la presente autorizo a los médicos de este consultorio a divulgar cualquier información obtenida durante mis exámenes o tratamiento a mi compañía de seguro con el fin de procesar cualquier reclamación de seguro.

Asignación de beneficios de seguro:

Si este consultorio presenta reclamaciones de seguro en mi nombre, por la presente autorizo el pago directo de los beneficios a los médicos de este consultorio por el tratamiento médico o quirúrgico que haya recibido. En esta circunstancia, entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cargo que no cubra mi seguro. Permito que se use una copia de la autorización en lugar del original.

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Medicamentos Y suplementos Y medicamentos de venta sin receta

Medicamento	Dosis y frecuencia

Historia clínica anterior: ¿Recibe ahora o ha recibido tratamiento para alguno de los siguientes? **Agregue cualquiera que no se indique específicamente.**

<input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias	I25.83	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la válvula aórtica	I06.9
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la válvula mitral	I34.9	<input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula cardíaca	Z95.4
<input type="checkbox"/> Colesterol o triglicéridos altos	E78.0	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	I10
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo II	E11.9	<input type="checkbox"/> Asma	J45.909
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	R06.02	<input type="checkbox"/> Síndrome de apnea del sueño	G47.30
<input type="checkbox"/> Enfisema	J43.9	<input type="checkbox"/> ¿Usa oxígeno en el hogar?	S N
<input type="checkbox"/> EPOC	J44.9	<input type="checkbox"/> ¿Usa CPAP?	S N
<input type="checkbox"/> Acidez	R12	<input type="checkbox"/> Lumbalgia	M54.9
<input type="checkbox"/> Hernia hiatal	K44.9	<input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga crónica	R53.82
<input type="checkbox"/> Pérdida de orina al toser y estornudar	R39.81	<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad	F41.1
<input type="checkbox"/> Función tiroidea baja	E03.9	<input type="checkbox"/> Depresión	F33.9
<input type="checkbox"/> Fibromialgia	M79.7	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	F31.81
<input type="checkbox"/> Antecedentes de cáncer de mama	Z85.3	<input type="checkbox"/> Antecedentes de cáncer de colon	Z85.038
<input type="checkbox"/> Hepatitis C	Z22.52	<input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable	F45.8
<input type="checkbox"/> Gota	M10.00	<input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico	K21.9
<input type="checkbox"/> Osteoartritis	M15.0	<input type="checkbox"/> Cálculos biliares	K80.20
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Alergias: No tengo alergias medicamentosas conocidas Soy alérgico a los siguientes MEDICAMENTOS:

¿Alergias alimentarias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Alergia al látex? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Antecedentes quirúrgicos - Agregue cualquiera que no se indique específicamente.

Indique todas y cada una de las operaciones que haya tenido a lo largo de su vida, **incluyendo las cosméticas o plásticas**

OPERACIÓN	AÑO(S)	OPERACIÓN	AÑO(S)
Amigdalectomía, adenoidectomía		Apendicectomía	
Colecistectomía laparoscópica		Extirpación abierta de la vesícula biliar	
Histerectomía abdominal total		Histerectomía vaginal	
Baipás coronario (CABG)		Endarterectomía carotídea	
Cirugía de colon, intestino grueso		Cirugía de próstata, radiación	
Biopsia de mama <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Ambas		Mastectomía <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Ambas	
Aumento/reducción de mamas		Reducción de mamas	
Liposucción		Reducción de abdomen	
Reparación de hernia		Extirpación del bazo	
Reemplazo de cadera <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Ambas		Reemplazo de rodilla <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Ambas	
Reemplazo de válvula cardíaca		Colocación de stent en arteria coronaria	
Otro:		Otro:	
Otro:		Otro:	

Antecedentes médicos familiares ¿Cuáles de las siguientes enfermedades “**aparecen en su familia**”?

Agregue cualquiera que no figure en la lista.

Enfermedad	Familiar	Enfermedad	Familiar
Cardiopatía		Hipertensión arterial	
Colesterol alto		Obesidad	
Diabetes		Enfermedad pulmonar	
Accidente cerebrovascular		Insuficiencia renal	
Cáncer de mama		Cáncer de colon	
Problemas de hemorragia		Cáncer de próstata	
Otro:		Otra	

Historial social:

¿Tiene hijos? Sí No Si es así, ¿cuántos? _____

¿Usted es discapacitado? Sí No Si es así, ¿por qué? _____

¿Quién vive con usted? Vivo solo Cónyuge Familiar Pareja Compañero de cuarto

¿Tiene mascotas? Sí No Si es así, ¿de qué tipo? _____

¿Hace ejercicio? Sí No Si es así, ¿qué tipo y con qué frecuencia? _____

¿Usa alguno de los siguientes?

Sustancia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad de años
Alcohol			
Productos de tabaco			
Drogas recreacionales, tipo			
Cafeína			

Médicos personales: Si desea que le comuniquemos su progreso a otros médicos, **proporcione sus nombres.**

Especialidad	Nombre del médico	Teléfono y fax
Cardiología		
Neumología		
Salud mental		
Otra		

Revisión de síntomas: Marque todos los síntomas que siente frecuentemente

1. Generales: Alteración del apetito Escalofríos Fatiga Fiebre Aumento de peso
 Pérdida de peso
2. Ojos: Disminución de la agudeza visual Sequedad ocular Dolor ocular
 Picazón y enrojecimiento
3. Oídos, nariz, garganta: Dolor de oído Carraspera Zumbido en los oídos Sinusitis
 Dolor de garganta
4. Sistema endocrino: Sed excesiva Intolerancia al calor Micciones frecuentes
 Problemas de tiroides
5. Respiratorios: Hemoptisis Tos Dificultad para respirar Otro: _____
6. Mamas: Bulto en la mama Dolor de mama Hinchazón de mama
7. Cardiovascular: Dolor en el pecho Palpitaciones Otro: _____
8. Gastrointestinal: Hinchazón Cirrosis Problemas de vesícula biliar Dolor abdominal
 Cambios en el intestino Estreñimiento Diarrea Náuseas
 Sangrado rectal Vómitos
9. Hematología, sistema linfático: Anemia Problemas de hemorragia Masa en la ingle
 Aparecen moretones con facilidad Inflamación de las glándulas
10. Genitourinario: Sangre en la orina Micciones frecuentes Micción dolorosa
 Problemas genitales
11. Músculos, huesos: Artritis Problemas de espalda Dolor muscular Dolor en las articulaciones
12. Piel: Quiste Sequedad Comezón Protuberancias Erupción Cáncer de piel
 Supuración
13. Neurológicos: Confusión Mareos Dolor de cabeza Pérdida de memoria
 Cosquilleo, entumecimiento
14. Psiquiátricos: Ansiedad Depresión Trastorno alimenticio Pensamientos suicidas

Nombre del Paciente (letra de molde): _____ **Fecha:** _____

Firma del Doctor: _____ **Fecha:** _____

CUESTIONARIO ANUAL

Nombre: _____ Fecha: _____

1. ¿Ha recibido la vacuna de neumonía (Pneumovax)? Sí No Si, sí, cuando: _____
2. ¿Refuerzo contra la vacuna de neumonía (Prevnar)? Sí No Si, sí, cuando: _____
3. ¿Tiene poco interés o placer en hacer las cosas? Sí No
Si, sí, marque uno: Varios Días Más de la mitad de los días Todos los días
4. ¿Se siente triste, deprimido o sin esperanza? Sí No
Si, sí, marque uno: Varios Días Más de la mitad de los días Todos los días

Si “NO” a las preguntas 3 y 4, por favor siga a la pregunta 5

En las últimas 2 semanas, ¿cuántas veces ha experimentado cualquiera de los siguientes problemas?

	Nunca 0	Varios Días 1	Más de la mitad de los días 2	Todos los días 3
¿Problemas para conciliar o mantener el sueño o dormir demasiado?				
¿Sensación de cansancio o tener poca energía?				
¿Falta de apetito o comer en exceso?				
¿Se siente mal consigo mismo, o que es un fracasado, o defraudado o que ha defraudado a su familia?				
Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver la televisión.				
¿Se mueve o habla tan lentamente que otras personas pueden darse cuenta? O lo contrario, ¿esta tan inquieto o intranquilo que necesita moverse más de lo habitual?				
¿Tiene pensamientos de que usted estaría mejor muerto, de hacerse daño de alguna manera?				

5. ¿Se ha caído en el último año (Si 65 años o más por favor respuesta)? Sí No

Si es así, por favor escriba:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 caída con lesión en el último año | <input type="checkbox"/> 2 o más caídas con lesiones en el último año |
| <input type="checkbox"/> 1 caída sin lesiones en el último año | <input type="checkbox"/> 2 o más caídas sin lesiones en el último año |

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

Al firmar abajo, acepto que he revisado el Aviso de prácticas de privacidad de la compañía y sus subsidiarias y afiliados. Entiendo que hay copias del Aviso de prácticas de privacidad disponibles en el sitio web de la compañía y copias impresas disponibles en la oficina y que puedo llevarme una de ellas. Es obligatorio que me proporcionen el Aviso de prácticas de privacidad conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996, con sus eventuales modificaciones, y su enmienda por la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (la “Ley HITECH”), Título XIII de la División A y Título IV de la División B de la Ley de Recuperación y Reinversión Americana de 2009 y cualquier reglamento de aplicación.

Fecha de vigencia del aviso: 23 de septiembre de 2013

Paciente: _____

Fecha: _____

(en letra de molde)

Firma del paciente: _____

o

Representante del paciente: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

FORMULARIO DE DERIVACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

¿A qué médico consultará? _____

¿Quién lo derivó a nuestro consultorio? _____

¿Cómo se enteró de nosotros si no fue en el consultorio de otro médico? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Referencias de un familiar/amigo (Nombre: _____)
- Plan de seguro, lista del directorio de un plan y/o sitio web de un plan _____
- Publicidad en un periódico (¿cuál?) _____
- Páginas amarillas _____
- En línea _____
- Seminario o conferencia _____
- Otro (explique: _____)