

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: _____

Compañía de seguro primario: _____

Nombre y fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Referido por: _____

Nombre de la farmacia: _____ Ubicación: _____

Teléfono de la farmacia: _____

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 | I25.10 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la válvula aórtica | I35.9 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la válvula mitral | I34.09 | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula cardíaca | Z95.2 |
| <input type="checkbox"/> Colesterol o triglicéridos altos | E78.5 | <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 | G47.33 |
| <input type="checkbox"/> Enfisema, EPOC | J44.9 | <input type="checkbox"/> Gota | M10.00 |
| <input type="checkbox"/> Acidez, enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD) | K21.9 | <input type="checkbox"/> Hemorroides | K64.9 |
| <input type="checkbox"/> Hernia hiatal | K44.9 | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | K80.20 |
| <input type="checkbox"/> Infertilidad | N97.9 | <input type="checkbox"/> Lumbalgia | M54.9 |
| <input type="checkbox"/> Artritis o enfermedad articular degenerativa | M15.0 | <input type="checkbox"/> Venas varicosas | I83.90 |
| <input type="checkbox"/> Función tiroidea baja | E03.8 | <input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga crónica | R53.82 |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | M79.7 | <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio | F50.9 |
| <input type="checkbox"/> Depresión | F32.9 | <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | F41.9 |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | F31.9 | <input type="checkbox"/> Antecedentes de cáncer de mama | Z85.3 |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de cáncer de colon | Z85.038 | <input type="checkbox"/> Hepatitis | K75.9 |
| <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | K58.9 | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | N20.2 |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | E66.01 | <input type="checkbox"/> Otra _____ | |

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

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Vacunas:

¿Ha recibido las siguientes vacunas? Incluya la fecha.

Tétano, difteria y tos ferina (Tdap) Sí No _____ Varicela Sí No _____

Refuerzo contra la neumonía (Pneumovax) Sí No _____ Gripe Sí No _____

Neumonía (Pneumovax) Sí No _____ VPH (Gardasil) Sí No _____

Meningitis (Menactra) Sí No _____ Herpes (Zostavax) Sí No _____

Otro: _____

Mujeres:

¿Alguna vez estuvo embarazada? Sí No

¿Cuántos embarazos? _____ ¿Partos? _____ ¿Abortos naturales? _____ ¿Cesáreas? _____

¿Cuándo fue su último/a? Mamografía: _____ PAP/ examen ginecológico: _____

Densitometría ósea: _____ Colonoscopia _____ Edad de la menopausia _____

Última menstruación _____ ¿Alguna vez recibió terapia de reemplazo hormonal? Sí No

Hombres: Si tiene 50 años o más

¿Cuándo fue su último/a? Examen de próstata (rectal) _____ Colonoscopia _____

¿Alguna vez se hizo la prueba del antígeno prostático específico (PSA)? Sí 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 cirugías 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	
Cesárea		Otro:	
Otro:		Otro:	

Hospitalización

Nombre	Motivo	Fecha

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

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	
Enfermedad mental		Cáncer de próstata	
Osteoporosis		Otra	

¿Tiene hermanos? Sí No Si es así, ¿cuántas hermanas? _____ ¿hermanos? _____
 ¿Son saludables? Sí No

Historial social:

¿Cuál es su ocupación? _____ ¿jubilado? _____ ¿estudiante? _____

¿Alguna exposición ocupacional? Sí No

¿Tiene hijos? Sí No Cantidad de hijos _____ hijas _____

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

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo En pareja

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

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

¿Es/fue víctima de abuso doméstico o sexual? Sí No ¿Cuánto tiempo? _____

¿Es sexualmente activo? Sí No

Orientación sexual: Homosexual Heterosexual Otro: _____

Conducta sexual: Monogamia Más de una pareja

¿Usa alguno de los siguientes?

Sustancia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad de años
Alcohol			
Productos de tabaco			
Drogas recreativas/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		

Nombre en 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 (Pneumovax)? Sí No Si, sí, cuando: _____
3. ¿Tiene poco interés o placer en hacer las cosas? Sí No
4. ¿Se siente triste, deprimido o sin esperanza? Sí No

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	More than Half the days 2	Everyday 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?				

PUNTAJE TOTAL _____

1-4 depresión mínima

5-9 La depresión leve

10-14 depresión moderada

15-19 La depresión moderadamente grave

20-27 depresión severa

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 |

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

¿Por qué ha venido aquí hoy? _____

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

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

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: _____
(Nombre en letra de molde)

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

o

Representante del paciente: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

**FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
(FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE HIPAA)**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Divulgación de información

Autorizo la divulgación de información incluyendo diagnóstico, registros, exámenes que se me hayan realizado e información de reclamaciones. Esta información se puede divulgar a:

Cónyuge _____

Hijo(s) _____

Otro _____

La información no se divulgará a nadie.

Esta divulgación de información permanecerá vigente hasta mi cancelación por escrito.

Mensajes

Llamar a mi hogar mi trabajo mi celular número: _____

Si no es posible comunicarse conmigo:

Se puede dejar un mensaje detallado

Se puede dejar un mensaje solicitándome que devuelva la llamada

El mejor momento para contactarme es (día) _____ entre (hora) _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____

FORMULARIO DE DERIVACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

¿Quién lo recomendó a nuestro consultorio? _____

¿Cómo se enteró de nosotros? (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: _____)