



Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

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

Raza: Nativo Americano Asiático Afroamericano Nativo Hawaiano Blanco

Empleador: _____ Posición: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Seguro Primario

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación al Paciente: _____

Compañía de Seguro: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Dirección del Seguro: _____

Teléfono del Seguro: _____

Seguro Secundario

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación al Paciente: _____

Dirección del Asegurado: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Dirección del Seguro: _____

Teléfono del Seguro: _____

Asignación y publicación:

Yo, el abajo firmante, tengo cobertura con _____ y asigno directamente a **Optimum Point of Care**. Todos los beneficios médicos, en su caso, de lo contrario pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Entiendo que mi firma solicita que se efectúe el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro.

Firma de paciente / Persona responsable: _____ **Fecha:** _____

Entiendo y acepto que soy personalmente responsable de todos los cargos incurrido sin dependientemente de mi cobertura de seguro. En el caso de que mi cuenta está referido a un abogado para su cobro, estoy de acuerdo en que, además del saldo adeudado, voy a ser responsable de la recolección y los honorarios del abogado, además del saldo adeudado, el pago por los servicios prestados o a ser prestados en el futuro, es irrevocable e incondicionalmente garantizado por el Garante cuya firma aparezca continuación, junto con los intereses todos los cargos por mora sobre ella, y los honorarios del abogado cuestan y gastos de cobranza incurridos en el cumplimiento de cualquiera de dichos pasivos. Estoy de acuerdo en que toda la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Paciente /Persona Responsable: _____ **Fecha:** _____



Lloyd Leiva, MD
Nilsa Leiva, MD

Board Certified in Internal Medicine

Board Certified in Geriatric Medicine

Política de Crédito y Pago

Nuestro objetivo es brindarle la mejor atención Médica posible. Parte de su atención incluye la facturación de su seguro siempre que hayamos recibido la información correcta y completa de usted. Si no se proporciona información completa en el momento de su visita, usted será Facturado. Lea la siguiente información, ya que responderá a muchas de sus preguntas sobre nuestras políticas de facturación.

Todos los pacientes: Se espera que tengan su tarjeta de seguro actual, identificación con foto válida, copago, co-seguro y cualquier saldo que se deba en el momento del servicio.

Copagos: Los copagos de los seguros primarios y secundarios deben pagarse en el momento del check-in.

Cobranzas: Los pacientes que tienen un saldo no resuelto serán enviados a Cobranzas, los pacientes luego acumularán una tarifa de cobranza adicional del 35%. Se espera que los pacientes resuelvan todos los saldos y / o problemas de cobro antes de programar su próxima cita; El punto óptimo de atención no permite a los pacientes llevar saldos. Si no se abordan los saldos de los pacientes, corren el riesgo de ser dados de alta de **Optimum Point of Care Physicians Group, LLC**.

No se presenta: Si no cancela una cita dentro de las 48 horas anteriores a su cita, se obtendrá una tarifa por no presentación de \$ 25.00. Cualquier estudio de diagnóstico (eco, ultrasonido abdominal, ABI o ultrasonido general) que no se cancele dentro de las 48 horas anteriores a su cita resultará en una tarifa de no presentación de \$ 50.00.

Recuerde que una llamada de confirmación es una cortesía realizada por esta oficina y no una obligación, por lo tanto, no será una razón para renunciar a una tarifa de no presentación.

He leído, entiendo y acepto la Política Financiera anterior. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como los copagos y deducibles aplicables, son mi responsabilidad. Entiendo que es mi responsabilidad ponerme en contacto con mi(s) compañía(s) de seguros si no responden a las solicitudes de pago realizadas en mi nombre.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

3904 Cortez Road West
Bradenton, FL 34210
Tel: (941) 345-1943 Fax: (941) 345-1944
Email: optimumoffice@optimumpoc.com
Website: optimumbradentondoctors.com



Lloyd Leiva, MD
Nilsa Leiva, MD

Board Certified in Internal Medicine

Board Certified in Geriatric Medicine

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Por la presente doy mi consentimiento para mi tratamiento a **Optimum Point of Care Physicians Group, LLC (OPC)**. Entiendo que estoy dando mi consentimiento para realizar un tratamiento de rutina o servicios que se consideran necesarios o convenientes para mí. Entiendo que se me pide participar en mi plan de atención médica, y que tengo el derecho de negarme a que me realicen una intervención, tratamiento, atención, servicio o medicamento según lo permita la ley. Entiendo que la atención que recibiré yo puede incluir pruebas, medicamentos, inyecciones, etc., en función de criterios médicos establecidos, pero no están totalmente libres de riesgos, y que se me informarán dichos riesgos antes de que dé mi consentimiento para que realicen cualquier prueba, administren medicamentos, inyecciones, etc. Finalmente, entiendo que **OPC** a veces cuenta con residentes profesionales de la salud y estudiantes que podrían participar en mi atención o la de mi dependiente. Estos estudiantes/residentes están bajo la supervisión del personal de **OPC**.

Reconozco que he elegido en mi nombre o en representación de mi dependiente recibir servicios médicos que podrían o no estar cubiertos por mi plan de salud por múltiples motivos. Entiendo y reconozco que soy financieramente responsable, y en consecuencia, pagaré todos los servicios que se me presten a mi o mi dependiente que mi plan de salud no pague o que no estén contractualmente regulados por mi seguro, en su totalidad o en parte, por cualquier tipo de motivo.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para procesar mis reclamos de seguro y de toda la información relacionada con mi atención médica. Esta autorización de divulgación permanecerá en vigencia hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de esta autorización de divulgación tendrá la misma validez que el original.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, incluidos beneficios médicos importantes, a los que tengo derecho, incluso Medicare, BCBS, planes de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud y seguro comercial a **Optimum Point of Care Physicians Group, LLC** Esta asignación permanecerá en vigencia hasta que la revoque por escrito. Por el presente, autorizo al consultorio antes mencionado a revelar información para garantizar pagos en mi representación.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos. He leído esta información y la he entendido.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

3904 Cortez Road West
Bradenton, FL 34210
Tel: (941) 345-1943 Fax: (941) 345-1944
Email: optimumoffice@optimumpoc.com
Website: optimumbradentondoctors.com



Lloyd Leiva, MD
Nilsa Leiva, MD

Board Certified in Internal Medicine

Board Certified in Geriatric Medicine

Política de Reabastecimiento de Medicamentos

1. Nuestra practica requiere que cumpla con su cita programada para asegurarse de que reciba reabastecimientos oportunos de su medicamento. Los medicamentos se recetan en su visita y se le recetaran lo suficiente hasta su próxima cita programada.
2. Traiga una lista de los medicamentos actuales a cada cita. Incluya cualquier medicamento que haya sido recetado, discontinuado o cambiado de dosis por otro médico.
3. Si aun necesita una receta después de la cita, siga las instrucciones a continuación:
 - a. Llamar a la farmacia primero para inicial el reabastecimiento.
 - b. Favor esperar 24 a 48 horas para verse reflejado el reabastecimiento del medicamento en la farmacia.
 - c. Si usa una farmacia de pedido por correo, comuníquese con nosotros catorce (14) días antes de que se le acabe el medicamento.
4. **Medicación de Sustancias Controladas:**
 - a. Debe cumplir con la cita programada.
 - b. La medicación controlada no se puede volver a reabastecer sin una cita con el médico.
 - c. Debe firmar y cumplir el acuerdo de Sustancias Controladas.
5. Los pacientes que soliciten nuevas recetas o antibióticos deben ser atendidos para una cita con el médico.
6. No se recetan por teléfono, requiere una visita al consultorio.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

3904 Cortez Road West
Bradenton, FL 34210
Tel: (941) 345-1943 Fax: (941) 345-1944
Email: optimumoffice@optimumpoc.com
Website: optimumbradentondoctors.com



Yo, el abajo firmante, autorizo **Optimum Point of care Physicians Group, LLC**. Para hablar con la persona (s) y / o proveedor (s) se enumeran a continuación con respecto a mi atención médica. Entiendo que con mi firma autorizo la liberación de la comunicación escrita u oral por **Optimum Point of care Physicians Group, LLC**. A la persona (s) enumerada / proveedor (s) y de ese modo liberar **Optimum Point of care Physicians Group, LLC**, y su personal de toda responsabilidad legal que pudiera derivarse del acto autorizado por la presente:

Persona Autorizada

Relación con el Paciente

Número de Teléfono

Persona Autorizada

Relación con el Paciente

Número de Teléfono

Proveedores (Otros Doctores)

Nombre

Número de Teléfono

Nombre

Número de Teléfono

Firma de paciente/Guardián

Fecha

Yo, el abajo firmante, autorizo **Optimum Point of care Physicians Group, LLC** . Para dejar un mensaje de voz al número de teléfono siguiente(s):

Los mensajes pueden a veces incluir alguna información de salud protegida, incluyen do recordatorios de citas, resultados de pruebas y las instrucciones. Entiendo que con mi firma autorizo la liberación de la comunicación oral por **Optimum Point of care Physicians Group, LLC**. A este número(s) de correo de voz y de ese modo liberar **Optimum Point of care Physicians Group, LLC**. Y su personal de toda responsabilidad legal que puede surgir del acto autorizado por la presente.

Firma de paciente/Guardián

Fecha

A. Notificante:

B. Nombre del paciente:

C. Número de identificación:

Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga D. _____ a continuación, usted deberá pagar.

Medicare no paga todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados. Prevemos que Medicare no pagará D. _____ a continuación.

D.	E. Razón por la que no está cubierto por Medicare:	F. Costo estimado
Visitas, tratamiento, exámenes diagnósticos, auxilios, o cualquier servicio dado en su visita.		

Lo que usted necesita hacer ahora:

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decisión fundamentada sobre la atención que recibe.
- Háganos toda pregunta que pueda tener después de que termine de leer.
- Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir D. _____ mencionado anteriormente.

Nota: Si escoge la opción 1 ó 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que tal vez tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

G. OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.

OPCIÓN 1. Quiero D. _____ mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a Medicare a fin de que se expida una decisión oficial sobre el pago, la cual se me enviará en el Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a Medicare** según las instrucciones en el MSN. Si Medicare paga, se me reembolsarán los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.

OPCIÓN 2. Quiero D. _____ mencionado anteriormente, pero que no se cobre a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora dado que soy responsable por el pago.

No tengo derecho a apelar si no se le cobra a Medicare.

OPCIÓN 3. No quiero D. _____ mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

H. Información adicional:

En esta notificación se da a conocer nuestra opinión, no la de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre la presente notificación o el cobro a Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Al firmar abajo usted indica que ha recibido y comprende la presente notificación. También se le entrega una copia.

I. Firma:	J. Fecha:
-----------	-----------

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, por favor llame al: 1-800-MEDICARE o escriba al correo electrónico: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder en todo pedido para recabar información a menos que se identifique con un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y llenar y revisar los datos recogidos. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad no es una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros, nuestros socios de negocios y sus subcontratistas, podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de tener acceso y controlar su información médica protegida. "Información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, de condición física o mental de la salud y de atención sanitaria relacionados servicios presentes o futuros.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que se implican en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar servicios de atención médica a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, con el apoyo el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de la salud con un tercero. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido, vendedores de DME , centros de cirugía / hospitales, médicos de referencia , médico de familia , fisioterapeutas , proveedores de salud en el hogar , laboratorios , ajustadores trabajador comp y enfermeras gestoras de casos , etc., para asegurarse de que el proveedor de atención médica tiene la información necesaria para diagnosticar o tratar de usted.

Pago: Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de atención de la salud. Por ejemplo , para obtener la aprobación para una estancia en el hospital , la cirugía , la RM o la otra prueba de diagnóstico , los procedimientos de inyección , inyección de serie , terapia física, etc , pueden requerir que usted está información médica confidencial pertinente sea divulgada a su plan de salud para obtener la aprobación para el procedimiento .

Operaciones de atención médica: Podemos usar o revelar, como sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, la evaluación de la calidad, evaluación de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, las licencias, la recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. (Continúa en la página de atrás...)

Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de inscripción en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico.

Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, ponerse en contacto con usted para recordarle de su cita, y le informará sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés. Si nosotros usamos o revelamos su información protegida de salud para actividades de recaudación de fondos, le daremos la opción de optar por estas actividades. También puede optar interactivo Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como lo requiere la ley, las cuestiones de salud pública que exige la ley, las enfermedades transmisibles, la vigilancia de la salud, abuso o negligencia, los alimentos y los requisitos de administración de medicamentos, los procedimientos judiciales, la policía, médicos forenses, directores de funerarias, donación de órganos, la investigación criminal la actividad, la actividad militar y la seguridad nacional, la indemnización de los trabajadores, los presos y otros usos y divulgaciones requeridas. Según la ley, debemos hacer divulgaciones a usted por su requerimiento. Según la ley, también hay que divulgar su información protegida de salud cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500

USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Otro permitidos y Usos y Divulgación requerida se harán solamente con su consentimiento, autorización o una oportunidad para objetar menos que sea requerido por la ley. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de marketing.

Es posible que no venda su información médica protegida sin su autorización. No podemos usar o divulgar notas de psicoterapia más contenidos en su información de salud protegida. No vamos a utilizar o divulgar su información de salud protegida que contiene la información genética que se utilizará para fines de suscripción. Usted puede revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

SUS DERECHOS

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida (de pago) - Conforme a su solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida ya sea en formato electrónico o en papel. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación razonable de, o utilizada en una acción civil, criminal, o administrativo, la información de salud protegida restringido por la ley, la información que se relaciona con la investigación médica en las que haya accedido a participar, la información cuya divulgación puede resultar en daños o lesiones a usted o a otra persona, o información que fue obtenida bajo una promesa de confidencialidad.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida - Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información médica protegida para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no será revelada a sus familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción aplique.

(Continúa en la página de atrás...)

Su médico no está obligado a aceptar su solicitud de restricción, salvo si solicita que el médico no divulga información de salud protegida a su plan de salud con respecto a la atención médica para la cual usted ha pagado por completo de su bolsillo.

Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales - Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, previa solicitud, incluso si estuvo de acuerdo en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de salud protegida - Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones - Usted tiene el derecho de recibir un informe de divulgaciones, en papel o electrónico, excepto las divulgaciones: en virtud de una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; exige la ley, que ocurrieron antes del 14 de abril de 2003, o seis años anteriores a la fecha de la solicitud.

Usted tiene el derecho a recibir una notificación de incumplimiento - Le notificaremos si su información de salud protegida sin garantía ha sido violada.

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación por medios electrónicos. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos de dichos cambios en la siguiente cita. También vamos a hacer copias de nuestro nuevo aviso si desea obtener uno.

QUEJAS

Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

HIPAA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO: Maritza Rodriguez, PM

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente vigente. Si usted tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número de teléfono principal.

Aviso y reconocimiento

Reconozco que se me ha informado que el Aviso de prácticas de privacidad de Optimum Point of Care está disponible para que lo revise en el sitio web de la compañía www.Optimumbradentondocors.com, o en la sala de espera del paciente. Además, una copia está disponible para mí si la solicita en la oficina.

Paciente o representante personal: _____ Fecha: _____
Relación del Paciente: _____

Si la firma del representante personal aparece arriba, describa la relación del representante personal con el paciente.



Lloyd Leiva, MD
Nilsa Leiva, MD

Board Certified in Internal Medicine

Board Certified in Geriatric Medicine

Nombre del Paciente _____
Fecha de su Cita: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Cuestionario Historial De Salud Para Pacientes Nuevos

Motivo de la visita de hoy: Establecer atención médica Otras preocupaciones:

Utilice una marca de verificación (✓) para indicar lo que se aplica a usted.

Historial Del Paciente

¿Qué condiciones médicas tiene ahora o ha tenido en el pasado?

Historial Cardiaco

- Ataque al corazón, año: _____
- Insuficiencia Cardíaca
- Alta presión sanguínea
- Problema de la válvula cardíaca
- Angina de pecho
- Colesterol Alto
- Fibrilación auricular
- Latidos cardíacos irregulares (arritmias)
- Otra (especificar): _____

Tracto Gastrointestinal

- Acidez Estomacal/Reflujo/ERGE
- Úlceras
- Intestino Irritable
- Enfermedad hepática/Cirrosis
- Hepatitis
- Enfermedad de la Vesícula
- Pólipos de Colon
- Diverticulosis
- Problemas de Sangrado
- Hemorroides
- Otra (especificar):: _____

Historial Pulmonal

- Asma
- COPD /enfisema
- Bronquitis / Neumonía
- Otra (especificar): _____

Riñón y Tracto Urinario

- Enfermedad Renal Crónica
- Cálculos Renales
- Incontinencia Urinaria
- Agrandamiento de la Próstata
- Otra (especificar): _____

Huesos

- Gota
- Dolor de espalda, parte baja
- Artrosis Degenerativa
- Artritis Reumatoide
- Otra (especificar): _____

Ojos Y Orejas

- Degeneración Macular
- Cataratas
- Glaucoma
- Pérdida Auditiva
- Otra (especificar): _____

Glándulas

- Tiroides:** Poco activo/bajo
- Diabetes:** Tipo II (adulta)
- Requiriendo insulina

- Hiperactiva / Alta
- Tipo I (inicio infantil)

Complicaciones de la diabetes:

- Ojos Neuropatía Riñón
- Otras complicaciones: _____

Otra (especificar): _____

Sistema Nervioso

- Demencia o enfermedad Alzheimers Enfermedad de Parkinson Infarto
- Epilepsia o convulsiones Neuropatía/daño de nervios
- Depression Ansiedad
- Otra (especificar): _____

Otros Problemas De Salud

- Trombosis/coágulos de sangre: En la pierna En el pulmon Otro: _____
- Síncope (pérdida de la conciencia) Hernia Anemia Fibromialgia
- Problemas de la función sexual (especificar): _____
- Otra (especificar): _____

Ha tenido Cancer de alguno de los siguientes? Marque con una (X)

- | | | | |
|--|--------------|----------------|-----------------|
| <input type="radio"/> Seno: | Fecha: _____ | Cirugía: _____ | Otros tx: _____ |
| <input type="radio"/> Próstata | Fecha: _____ | Cirugía: _____ | Otros tx: _____ |
| <input type="radio"/> Colon/Recto | Fecha: _____ | Cirugía: _____ | Otros tx: _____ |
| <input type="radio"/> Pulmón | Fecha: _____ | Cirugía: _____ | Otros tx: _____ |
| <input type="radio"/> Piel | Fecha: _____ | Cirugía: _____ | Otros tx: _____ |
| <input type="radio"/> Linfática | Fecha: _____ | Cirugía: _____ | Otros tx: _____ |
| <input type="radio"/> Otro cáncer (especificar): _____ | | | |

Historial Quirúrgico (Operaciones o Procedimientos)

- | | |
|--|--------------|
| <input type="radio"/> Stent del corazón | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Reemplazo de la válvula cardíaca:() Aórtica () Mitral () otra | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Colocación de desfibrilador/ICD | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Amígdalas removidas | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Apéndice Removida | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Eliminación de la vesícula biliar | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Histerectomía | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Reparación de cadera por fractura de cadera | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Catarata | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Cirugía Estética / Plástica | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> Otras Cirugías | Fecha: _____ |
| <input type="radio"/> _____ | Fecha: _____ |

Medidas de Salud Preventiva

	Fecha		Date
Examen Físico Anual	_____	Examen de la vista	_____
Mamografía	_____	Sangre oculta fecal	_____
Prueba de Papanicolaou	_____	Prueba de próstata (PSA)	_____
Densidad de Hueso	_____	Cualquier otro que pueda aplicarse:	_____
Colonoscopia	_____	Nombre del Gastroenterólogo:	_____

No estoy de acuerdo con esta medida específica.

No estoy de acuerdo con ninguna medida

Historial de Vacunas

Fechas de sus últimas vacunas:

Influenza	Año: _____	Pneumonia	Año: _____
Refuerzo contra el tétanos	Año: _____	Hepatitis B	Año: _____
Vacuna de Shingrix / (2 dosis):	1ra Dosis Año: _____	2da Dosis Año: _____	

Covid: Moderna Pfizer Johnson & Johnson
1ra Dosis: _____ 2da Dosis: _____ 3ra Dosis: _____

Marque aquí si no está de acuerdo con las inmunizaciones / vacunas.

Hospitalizaciones

Razón de Hospitalización	Year
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia familiar

Madre: Viva Fallecida **Edad (actualmente o al fallecer):** _____
Padre: Vivo Fallecido **Edad (actualmente o al fallecer):** _____

Madre:	<input type="radio"/> Alta presión sanguínea	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Cancer	<input type="radio"/> Corazón	<input type="radio"/> Desconocido
Padre:	<input type="radio"/> Alta presión sanguínea	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Cancer	<input type="radio"/> Corazón	<input type="radio"/> Desconocido
Hna: (s)	<input type="radio"/> Alta presión sanguínea	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Cancer	<input type="radio"/> Corazón	<input type="radio"/> Desconocido
Hno (s)	<input type="radio"/> Alta presión sanguínea	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Cancer	<input type="radio"/> Corazón	<input type="radio"/> Desconocido

Otra enfermedad que se extiende en su familia. (Especificar) _____

Formularios Médicos

Consulte cualquiera de los siguientes formularios que haya completado: traiga una copia a nuestra oficina de Estos formularios para mantener en sus registros:

- Directiva anticipada para la atención médica (ADHC)
- Poder notarial duradero (DPA) para decisiones de atención médica
- Testamento vital

Historia Social

Estado Civil

- Soltero (a)
 Asociación Doméstica
 Casado (a)
 Apartada
 Divorciado (a)
 Viudo (a)

Religión (opcional)

Estado de Empleo

- Actualmente en Discapacidad
 Desempleado (a)
 Tiempo Parcial
 Tiempo Completo
 Jubilado (a)
 Trabajo voluntario

Alcohol:

- Sí, _____ bebidas al día
¿Cree que debería reducir su consumo de alcohol?
¿La gente le molesta o critica su forma de beber?
¿Alguna vez te has sentido culpable por beber?
¿Usas alcohol para ponerte en marcha por la mañana?

El Consumo de Tabaco

- Nunca Anterior, Actual, Renunciado: _____
¿Cuánto? _____ paquetes/día iniciado: _____

¿Uso de otros productos de tabaco?

- Sí, Tipo: _____ No
 Cigarrillo electrónico

Uso de drogas recreativas:

- Nunca Actual
 Fumaba, Dejo de fumar _____
Tipo: _____

Ocupación (actual/anterior)

Educación Superior / Grado

Ejercicio

- Ejercicios regularmente
 Hacer ejercicio de vez en cuando
 No hago ejercicio
 No

- Sí No
 Sí No
 Sí No
 Sí No

Revisión de Sistemas

General:

- Cambio de peso
 Escalofríos
 Fiebre/Sudores Nocturnos
 Fatiga

Ojos/Oídos/Nariz/Garganta

- Dolor de cabeza
 Dolor Facial
 Problemas de ojos o la visión
 Dolor de oído
 Pérdida de la audición
 Hemorragias nasales
 Problemas de cuello

Neurológico

- Mareo
 Desmayo
 Motricidad del movimiento
 Alteración del sueño
 Otros síntomas): _____

Cardiovascular

- Dolor o malestia del pecho
 Palpitaciones

Respiratorio

- Dificultad para respirar
 Tos
 Zumbido del pecho

Gastrointestinal

- Pérdida de apetito
 Acidez
 Náuseas o vómitos
 Dolor abdominal
 Heces oscuras o sangrientas

Historial Ginecológico

- Dolor/secreción mamaria
 Problemas menstruales
 Último periodo: _____

Systema Muscular

- Dolor/rigidez en las articulaciones
 Dolor Muscular

Sistema Urinario

- Dificultad para orinar
 Sangre en la orina

Dermatología

- Salpullido
 Lesion de piel

Sistema Endocrinológico

- Sediento en exceso
 Problemas de azúcar en la sangre

Other

- Ansiedad
 Depresión
 Problemas de sangrado
 Other: _____

Por favor, conteste a las siguientes preguntas

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer las cosas.
2. Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza
3. Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado.
4. Sentirse cansada o tener poca energía
5. Falta de apetito o comer en exceso
6. Sentirse mal consigo mismo o que es un fracaso o te has defraudado a ti o a tu familia
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer o viendo la televisión o el periódico
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo han notado o estar tan inquieto que tiene que estar moviendo mucho más de lo normal
9. Pensamientos de que estarías mejor muerto o de hacérce daño

De nada (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)

Si marcó alguno de los problemas anteriores, ¿cuán difícil le han resultado estos problemas para trabajar, cuidar las cosas en casa o llevarse bien con los demás?

- Algo difícil
 Muy difícil
 Extremadamente difícil

Para adultos mayores de 65 años, responda las siguientes preguntas

Actividades de Rutinas / Función Diarias

- ¿Necesita ayuda para vestirse, bañarse o alimentarse?
- ¿Necesita ayuda con las compras, la preparación de alimentos, la limpieza o el transporte?
- ¿Necesita ayuda para manejar su propio dinero o finanzas?
- ¿Necesita ayuda para administrar sus medicamentos?
- ¿Tiene dificultad con la movilidad?

- Yes No
 Yes No
 Yes No
 Yes No
 Yes No

Equilibrio

- ¿Se siente mareada o aturdida al ponerse de pie?
- ¿Se ha caído 2 o más veces en el último año?

- Yes No
 Yes No

Auditivo

- ¿Tiene dificultad para entender el habla o las conversaciones?
- ¿Tienes que escuchar la televisión o la radio a un volumen alto para escuchar?

- Yes No
 Yes No

Cognitivo

- ¿Tiene dificultad para recordar eventos recientes?
- ¿Tiene dificultad para encontrar las palabras correctas o usa las palabras incorrectas con frecuencia?

- Yes No
 Yes No

Firma del paciente: _____ Fecha: _____