

Registro de Paciente Nuevo

CONTINUACION DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS			
Por favor mencione sus medicamentos prescritos y los medicamentos de venta libre como vitaminas e inhaladores *Anote el nombre y teléfono de su farmacia preferida:			
HISTORIA SOCIAL			
Lugar de Nacimiento:			
Ocupación:			
¿Ha viajado fuera de EE. UU?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Pareja no matrimonial <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
Alcohol	¿Usted bebe alcohol?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si contesto sí, ¿de qué tipo?		
	¿Cuántas bebidas alcohólicas toma por semana?		
	¿Le preocupa la cantidad de alcohol que bebe?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tabaco	¿Usa o alguna vez ha usado tabaco?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos – N.º de paquetes por día	<input type="checkbox"/> Tabaco Mascado - N.º por día	<input type="checkbox"/> Pipa - N.º por día <input type="checkbox"/> Puros- N.º por día
	<input type="checkbox"/> N.º de años	<input type="checkbox"/> O el año en que dejó de fumar	
Cigarrillos Electrónicos	¿Usa o alguna vez has usado cigarrillos electrónicos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> N.º de años	<input type="checkbox"/> O el año en que dejo de fumar	
Sexo	¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos 6 meses?		
	Las enfermedades relacionadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), como el SIDA, se han convertido en un gran problema importante de la salud pública. Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen el consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección. ¿Le gustaría hablar con su médico sobre su riesgo de esta enfermedad u otras enfermedades de transmisión sexual?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seguridad Personal	¿Usted vive solo(a)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Usted tiene caídas frecuentes?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Usted tiene pérdida de visión o audición?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Usted tiene una directiva anticipada o un testamento de vida?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Te gustaría información sobre la preparación de estos documentos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión	¿Durante las últimas dos semanas te has sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Durante las últimas dos semanas has sentido poco interés o placer en hacer cosas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sedentario(a) (No ejercicio)		
	<input type="checkbox"/> Ejercicio Leve (subir las escaleras, caminar 3 cuerdas, golf)		
	<input type="checkbox"/> Ejercicio Regular Vigoroso (trabajo o recreación 4 veces por semana por 30 minutos)		

Registro de Paciente Nuevo

<input type="checkbox"/> Ejercicio Regular Vigoroso (trabajo o recreación 4 veces por semana por 30 minutos)			
Violencia Doméstica	¿Durante los últimos 12 meses alguien cercano te ha lastimado, golpeado o amenazado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Drogas	¿Usas drogas recreativas o ilícitas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez te has puesto drogas callejeras con una aguja?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

HISTORIAL FAMILIAR				
PARIENTES	EDAD (ACTUAL O EN LA FECHA DE MUERTE)	INFARTO O DERRAME CEREBRAL	CÁNCER	OTROS PROBLEMAS MÉDICOS
Madre	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Padre	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Hermano(s) <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Hermano(s) <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Hermano(s) <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Hermano(s) <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Hermano(s) <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Abuela <i>Maternal</i>	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	

Registro de Paciente Nuevo

Abuelo <i>Maternal</i>	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Abuela <i>Paternal</i>	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	
Abuelo <i>Paternal</i>	<input type="checkbox"/> Fallecido	Infarto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Edad: _____ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (tipo) _____	

Registro de Paciente Nuevo

RECORDATORIOS DE CITAS Y LA PÓLIZA DE CANCELACIÓN

Los Médicos Especialistas de Woodlands utilizan varios tipos de comunicación electrónica para recordarle a los pacientes de sus citas. Si no desea recibir estos recordatorios, tiene la opción de rechazar este servicio. Por favor tenga en cuenta que, si no puede asistir a su cita médica, requerimos un aviso de 24 horas. En caso de que no se reciba la notificación 24 horas antes de la cita, se cobrará al paciente una cantidad de \$25. Este cobro también se aplica a una cita que no pudo asistir o fué cancelada.

Iniciales Del Paciente _____

PÓLIZA SOBRE LOS REABASTECIMIENTOS DE RECETAS

Yo entiendo la póliza de reabastecimientos de mis doctores:

1. Los reabastecimientos de receta DEBEN solicitarse a través de su farmacia.
2. Los reabastecimientos NO se dan por la noche ni los fines de semana.
3. Los reabastecimientos son dados por mi medico solamente y no por otros doctores.
4. NO SE DAN reabastecimientos por los medicamentos perdidos, robados, derramados, extraviados o "usados temprano". NO HAY REABASTECIMIENTOS DE EMERGENCIA.
5. Algunos seguros pueden tomar 7 a 10 días en completar la autorización previa

Iniciales Del Paciente _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE (EL CONSENTIMIENTO DE HIPPA)

Autorizo a Los Médicos Especialistas de Woodlands a divulgar mi información de atención médica, facturación y medicamentos/prescripciones a aquellos que yo designe. También doy autorización para que estas personas recojan mis prescripciones/medicinas en mi nombre.

Iniciales Del Paciente _____

Nombre _____ Relación _____ Número de Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Número de Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Número de Teléfono _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Tengo el derecho de revisar el "Aviso de Prácticas", antes de firmar este consentimiento y de estar de acuerdo con estas pólizas de privacidad.

Iniciales Del Paciente _____

PÓLIZA FINANCIERA

Yo autorizo a Los Médicos Especialistas de Woodlands a divulgar cualquier información médica necesaria durante el curso de mi examinación y tratamiento a mi compañía de seguro, y permito el pago a Los Médicos Especialistas de Woodlands de mi seguro por cualquier beneficio que se deba por sus servicios prestados. Reconozco y acepto la responsabilidad por los servicios prestados independientemente de la cobertura del seguro. Esto incluye, pero no se limita a los servicios de coaseguro, copago, deducibles y servicios que no están cubiertos. Entiendo que soy responsable de todos los cambios que se hayan producido, independientemente del estado de seguro. Acepto pagar los servicios incurridos después de que se le haya cobrado al paciente la visita al consultorio, como laboratorios, radiografía, suministros médicos, etc. Acepto pagar mi cuenta por los servicios prestados por Los Médicos Especialistas de Woodlands.

Iniciales Del Paciente _____

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____

Fecha: _____

Registro de Paciente Nuevo

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE LOS REGISTROS MÉDICOS

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Yo autorizo _____ (lista de los servicios de salud/medico) para revelar la información específica solicitada de mi historial de salud a:

Los Médicos Especialistas de Woodlands
4724 N Davis Hwy
Pensacola, Florida 32503
Numero: (850) 696-4000 Fax: (850) 434-2647

Poliza ROI

Consentimiento de HIPAA:

Los Médicos Especialistas de Woodlands

Autorización para la divulgación de información de salud del paciente (El Consentimiento de HIPAA)

- Autorizo a Los Médicos Especialistas de Woodlands a revelar mi atención médica e información de facturación a los que designe.
- Yo le doy autorización para solicitar cualquier registro que el médico considere necesario para una atención adecuada y completa incluyendo pruebas de laboratorio específica de infección por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el agente causante del SIDA) o el diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o de las condiciones relacionadas con el SIDA, todos los registros médicos u otra información sobre mi tratamiento, hospitalización, incluyendo trastornos psicológicos o psiquiátricos, abuso de drogas y/o alcoholismo o anemia de células falciformes.

Designo los individuos enumerados para la divulgación de información de salud del paciente como se describió anteriormente para mi atención médica, facturación y medicamentos/recetas.

.....

Acepto
 Me Niego

Atención Médica Continuada _____ Reclamación del Seguro _____ Por Razones Legales _____

Uso Personal _____ Otro Uso _____

Entiendo que, si no autorizo la publicación de todo mi historial de salud, solo se proporciona una historial de salud limitada por solicitud al paciente.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado alguna forma de acción; los formularios están disponibles. Los Médicos Especialistas de Woodlands están liberados de toda responsabilidad jurídica o responsabilidad por la divulgación de la información mencionada en la medida indicada y autorizada.

Entiendo que puede tardar hasta 30 días en procesar esta solicitud. Entiendo que tengo el derecho a una copia de la autorización.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma de Representante: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____