



THOMMAN KURUVILLA, DPM
X. NICK LIU, DO
TIMOTHY J. TRAINOR, MD
MICHAEL A. TRAINOR, DO
RANDALL E. YEE, DO
AI-QUOC HELLER, DPM
GARY MORRIS, MD
ADAM EUDY, DO
PEYMAN DANESH, DPM

Fecha de hoy: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

SSN: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Idioma: _____ Raza: _____ Etnicidad: Hispano / No Hispano

Estatura: _____ Peso: _____ Género: Masculino Femenino

Empleador: _____ Ocupación: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

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

Dirección de la farmacia: _____ Médico de cabecera: _____

¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? _____

PARA PROPÓSITOS DE RAYOS X:

¿ESTÁ EMBARAZADA O EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE LO ESTÉ? SÍ NO

¿PARA QUÉ LO ESTAMOS ATENDIENDO HOY?

POR FAVOR CIRCULE DERECHA O IZQUIERDA PARA CADA PARTE INVOLUCRADA

1.) _____ DERECHA IZQUIERDA

2.) _____ DERECHA IZQUIERDA

¿QUÉ CREE QUE CAUSÓ EL PROBLEMA POR EL QUE LO ESTAMOS ATENDIENDO HOY? _____

¿QUÉ FECHA COMENZÓ EL PROBLEMA? _____

SI ESTO ES UNA LESIÓN, ¿DÓNDE OCURRIÓ? _____

¿TIENE UN ABOGADO PARA ESTA LESIÓN? SÍ NO

Nombre del abogado: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Póliza/ID #: _____

Grupo #: _____

Información del titular de la póliza

Apellido: _____ Inicial: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Póliza/ID #: _____

Grupo #: _____

Información del titular de la póliza

Apellido: _____ Inicial: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Relación con el paciente: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TEL. DE CASA: (____) _____ TEL. DEL TRABAJO: (____) _____ TEL. CELULAR: (____) _____

SSN: _____ GÉNERO: M F FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____**CONTACTO DE EMERGENCIA***NOMBRE DE UN AMIGO O FAMILIAR LOCAL:*

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

TEL. DE CASA: (____) _____ TEL. DEL TRABAJO: (____) _____ TEL. CELULAR: (____) _____

La información proporcionada es verdadera según mi conocimiento. Autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente al médico. Por la presente, asigno los pagos de beneficios de atención médica a los que tengo derecho, a través de mi compañía de seguros, a Advanced Orthopedics and Sports Medicine. Esta asignación se realiza conforme a la Ley de Seguridad de Ingreso para la Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), según se define en 29 CFR 2560-503-1, y las leyes estatales aplicables, y permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro. Autorizo al cesionario mencionado a liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de dichos beneficios.

Advanced Orthopedics and Sports Medicine está autorizada a iniciar en mi nombre cualquier queja relacionada con los pagos de mis beneficios de atención médica o determinaciones adversas de beneficios, según se define en 29 CFR 2560-503-1, ante el Comisionado de Seguros del Estado por una posible violación de las leyes estatales de seguros o ante la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados y el Secretario de Trabajo en lo que respecta a ERISA, específicamente 29 USC 18 §§1003(a) y 1144(a).

Advanced Orthopedics and Sports Medicine tiene permiso para acceder a toda la información, documentación, políticas, procedimientos y recursos utilizados por mi compañía de seguros para realizar una determinación adversa de beneficios, según se define en 29 CFR 2560-503-1 de mis beneficios de salud cubiertos.

Advanced Orthopedics and Sports Medicine está autorizada a representarme en cualquier y todas las demandas federales contra mi compañía de seguros de acuerdo con ERISA. Una copia de este documento es tan válida como el original.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR_____
FECHA (MM/DD/AAAA)

HIPAA

*AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A LOS SIGUIENTES:
MÉDICOS, FAMILIARES, ASEGURADORAS, PROVEEDORES DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO, ETC.*

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE): _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD: _____

En caso de que AOSM necesite proporcionarle los resultados de sus exámenes o información médica, ¿podemos:

- _____ Dejar un mensaje detallado en una contestadora
- _____ Dejar un mensaje con mi cónyuge o un miembro de mi familia
- _____ Llamarle a su teléfono celular; el número es: (____) _____
- _____ Llamarle a su trabajo; el número es: (____) _____

Autorizo a Advanced Orthopedics and Sports Medicine, Dr. Kuruvilla, Dr. Liu, Dr. Danesh, Dr. Heller, Dr. Eudy Dr. T. Trainor, Dr. Morris, Dr. M. Trainor y/o Dr. Yee y su personal, a divulgar mi información de salud protegida a los siguientes familiares, amigos, cuidadores, médicos, aseguradoras y/o proveedores de discapacidad a corto plazo:

- NOMBRE: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____
- NOMBRE: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____
- NOMBRE: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____
- NOMBRE: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos de Advanced Orthopedics and Sports Medicine, Dr. Eudy, Dr. Kuruvilla, Dr. Heller, Dr. Liu, Dr. Morris, Dr. T. Trainor, Dr. M. Trainor y/o Dr. Yee.

Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información compartida durante el proceso de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización y no necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una redistribución no autorizada y que la información podría no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo obtener más información de mi médico o su personal.

A menos que se revoque de otra manera, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: Si no especifico una fecha, esta autorización expirará un (1) año después de la firma de este formulario.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

FECHA (MM/DD/AAAA)

INFORMACIÓN SOBRE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

NUESTRA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

ADVANCED ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE SE COMPROMETE A MANTENER LA SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN PERSONAL QUE USTED NOS PROPORCIONA. NOS TOMAMOS EN SERIO NUESTRA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER SU INFORMACIÓN. NO VENDEMOS NI COMPARTIMOS LA INFORMACIÓN DE NUESTROS PACIENTES CON GRUPOS DE MARKETING FUERA DE ADVANCED ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE Y SUS GRUPOS AFILIADOS.

ESTA POLÍTICA ABARCA LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES, INCLUYENDO INFORMACIÓN PERSONAL FINANCIERA O DE SALUD RELACIONADA CON UN PACIENTE O SU RELACIÓN CON EL PACIENTE. DIVULGAMOS ESTA POLÍTICA SEGÚN LO REQUERIDO POR LAS REGULACIONES FEDERALES Y DEL ESTADO DE NEVADA. SI, DESPUÉS DE LEER ESTE AVISO, TIENE PREGUNTAS O INQUIETUDES, SOLICITE HABLAR CON EL ADMINISTRADOR DE LA PRÁCTICA.

INFORMACIÓN QUE PODEMOS RECOPIRAR

RECOPIAMOS Y UTILIZAMOS VARIOS TIPOS DE INFORMACIÓN PARA PROPORCIONARLE SERVICIOS MÉDICOS Y ATENDERLO MEJOR. LOS TIPOS DE INFORMACIÓN QUE PODEMOS RECOPIRAR SE CATEGORIZAN DE LA SIGUIENTE MANERA:

- INFORMACIÓN QUE RECIBIMOS DE USTED EN FORMULARIOS.
- INFORMACIÓN SOBRE SUS TRANSACCIONES CON NOSOTROS O CON TERCEROS AFILIADOS.
- INFORMACIÓN QUE COMPARTIMOS CON AFILIADOS MÉDICOS.
- INFORMACIÓN QUE COMPARTIMOS CON TERCEROS NO AFILIADOS. LOS TERCEROS NO AFILIADOS SON COMPAÑÍAS QUE NO ESTÁN CONTROLADAS POR ADVANCED ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE. (NO SE COMPARTE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD O FINANCIERA DE LOS PACIENTES O EX PACIENTES CON ESTOS TERCEROS NO AFILIADOS MÁS ALLÁ DE LO NECESARIO PARA PROPORCIONARLE SERVICIOS O SEGÚN LO PERMITIDO POR LA LEY. NO VENDEMOS NINGUNA DE SU INFORMACIÓN A PERSONAS U ORGANIZACIONES FUERA DE ADVANCED ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE).
- OTRAS DIVULGACIONES NECESARIAS DE INFORMACIÓN
TAMBIÉN PODEMOS DIVULGAR CUALQUIER INFORMACIÓN QUE RECOPILEMOS CUANDO LA LEY LO PERMITA O LO REQUIERA. POR EJEMPLO, ESTO PUEDE INCLUIR, ENTRE OTROS, DIVULGACIONES RELACIONADAS CON UNA CITACIÓN JUDICIAL U OTRAS SOLICITUDES LEGALES SIMILARES, INVESTIGACIONES DE FRAUDE, AUDITORÍAS O EXÁMENES DE SEGURIDAD.

PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

TOMAMOS TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA LIMITAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS PACIENTES A AQUELLOS EMPLEADOS DE ADVANCED ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE QUE NECESITEN CONOCERLA PARA PROPORCIONARLE SERVICIOS O RESPONDER A SUS PREGUNTAS. CUMPLIMOS CON LAS REGULACIONES PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN PERSONAL Y CONFIDENCIAL.

NO NECESITA ENVIAR UN FORMULARIO DE "EXCLUSIÓN"

NO ES NECESARIO QUE LOS PACIENTES ENVÍEN A ADVANCED ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE SOLICITUDES ESCRITAS PIDIÉNDONOS QUE NO COMPARTAMOS SU INFORMACIÓN PERSONAL (CONOCIDAS COMO FORMULARIOS DE "EXCLUSIÓN") PORQUE: NO VENDEMOS NI COMPARTIMOS INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES CON FINES DE MARKETING FUERA DE ADVANCED ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE. NO SE COMPARTE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD O FINANCIERA DE LOS PACIENTES O EX PACIENTES CON TERCEROS NO AFILIADOS MÁS ALLÁ DE LO NECESARIO (POR EJEMPLO, PARA PROCESAR RECLAMACIONES) PARA PROPORCIONARLE SERVICIOS MÉDICOS SEGÚN LO PERMITIDO POR LA LEY.

ACUERDO FINANCIERO

Gracias por elegir Advanced Orthopedics para su atención. Nuestros médicos están comprometidos con el éxito de su tratamiento médico y cuidado, y reconocemos que la comunicación es vital para el bienestar del paciente. Una comprensión mutua es parte de nuestra relación, y necesitamos su colaboración y comprensión sobre nuestro acuerdo financiero.

Es importante que usted entienda los términos de su póliza de seguro médico. Su póliza es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Los pacientes son responsables de saber qué proveedor(es) participan con su aseguradora.

Seguros Participantes: Debe proporcionarnos información válida de su seguro médico para garantizar el reembolso adecuado por su atención. Participamos con la mayoría de los principales planes médicos. Puede consultar nuestra lista de aseguradoras participantes en nuestro sitio web: www.aosmlv.com. Si su seguro no paga el 100%, usted será responsable de cualquier deducible, copago, coseguro y servicios no cubiertos.

Seguros No Participantes: Debe proporcionarnos información válida de su seguro médico para verificar si su póliza tiene beneficios "fuera de la red" ("out-of-network"). También será responsable de cualquier saldo que exceda los cargos razonables y habituales determinados arbitrariamente por su aseguradora, además de un deducible o nivel de coseguro más alto.

Seguro Secundario: Como cortesía, facturaremos a su seguro secundario. Debe proporcionar información válida de su seguro médico para garantizar la transferencia y facturación de los saldos una vez que se reciba el reembolso de su aseguradora primaria.

Medicare: Como proveedor participante de Medicare Parte B, solo le facturaremos el deducible de Medicare y el coseguro si no tiene seguro secundario/complementario. NOTA: Se le informará sobre cualquier servicio que no esté cubierto por Medicare antes de que se brinden dichos servicios. Si decide recibir dichos servicios, se requerirá su firma aceptando la responsabilidad financiera por ellos.

Compensación Laboral / Seguro de Auto: Presentaremos reclamaciones a una aseguradora válida. Si tiene seguro médico, se le pedirá que nos proporcione esta información en caso de que sus beneficios de WC/Auto sean denegados o se agoten. Todos los saldos restantes o servicios denegados serán su responsabilidad.

Referencias: Es su responsabilidad traer cualquier referencia requerida para el tratamiento en su visita. Si no tiene la referencia requerida, su cita será reprogramada.

Copagos: Los copagos deben pagarse en el momento del servicio.

Autopago (Self-Pay): Si no tiene seguro, se espera el pago en el momento del servicio por cualquier cargo incurrido. Si se requiere cirugía, esta no será programada hasta que se hayan hecho arreglos financieros con nuestro Coordinador de Facturación/Personal Médico.

Saldo: Todos los saldos del paciente (después de que el seguro haya procesado) se deben en su totalidad después de 30 días, a menos que se hayan establecido arreglos de pago con nuestro coordinador de facturación.

Cobros: Cualquier paciente que haya sido enviado a cobros deberá pagar cualquier saldo pendiente junto con la tarifa de la agencia de cobros antes de que se programe una cita.

Finalización de Formularios: La mayoría de los formularios se completan dentro de 7-10 días hábiles. Se requiere un pago de \$33 por formulario al recogerlos. **Tenga en cuenta que si su proveedor de discapacidad a corto/largo plazo no cubre la reproducción y entrega de registros médicos, el pago será responsabilidad del paciente.** Las copias de cualquier estudio realizado en nuestra oficina costarán \$33. **La primera copia para el paciente será gratuita. Los formularios completados deben recogerse en nuestra oficina, ya que no se pueden enviar por fax.**

Planes de Pago: Nuestra oficina estará encantada de trabajar con usted para pagar cualquier saldo pendiente con nuestra práctica.

Métodos de Pago: Aceptamos efectivo, cheques, American Express, MasterCard, Visa y Discover. También puede pagar su factura en línea en www.aosmlv.com.

Reembolsos: Los reembolsos se emitirán a la parte correspondiente. Los reembolsos para pacientes no se procesarán hasta que todos los cargos activos o vencidos estén pagados en su totalidad.

Al firmar este documento, yo, _____, **he leído y entiendo completamente el acuerdo financiero de Advanced Orthopedics. Por la presente doy mi consentimiento para que Advanced Orthopedics se comuniquen conmigo a través de: (marque todas las opciones que correspondan)**

___Teléfono de casa (___) _____ ___Teléfono celular (___) _____ ___Teléfono del trabajo (___) _____

Cooperaré con el departamento de facturación de Advanced Orthopedics para garantizar el pago de mis servicios. Entiendo que seré responsable de cualquier costo asociado con el cobro de mi cuenta si incumplo este acuerdo. Entiendo que los términos de este acuerdo financiero pueden ser modificados en cualquier momento sin previo aviso. En caso de que el paciente sea menor de edad, soy el padre y/o tutor legal del paciente y acepto que soy responsable de todos los servicios prestados al paciente mencionado.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

FECHA (MM/DD/AAAA)

NOMBRE: _____

TRASTORNOS MÉDICOS: SI USTED HA TENIDO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE, POR FAVOR MARQUE EL CÍRCULO

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> NO HISTORIA MÉDICA | <input type="radio"/> EMBOLIA | <input type="radio"/> APNEA DEL SUEÑO |
| <input type="radio"/> SIDA/VIH | <input type="radio"/> CÁNCER DE MAMA | <input type="radio"/> GOTA |
| <input type="radio"/> ALCOHOLISMO | <input type="radio"/> CÁNCER DE COLON | <input type="radio"/> ATAQUE AL CORAZÓN |
| <input type="radio"/> ALZHEIMER | <input type="radio"/> CÁNCER DE PULMÓN | <input type="radio"/> ALTA PRESIÓN |
| <input type="radio"/> ANEMIA | <input type="radio"/> CANCER DE PROSTATA | <input type="radio"/> HEPATITIS |
| <input type="radio"/> ARTRITIS REUMATOIDE | <input type="radio"/> EPOC | <input type="radio"/> ENFERMEDAD DEL RIÑÓN |
| <input type="radio"/> ASMA | <input type="radio"/> DEPRESIÓN | <input type="radio"/> OSTEOARTRITIS |
| <input type="radio"/> COÁGULO DE SANGRE-PIERNA | <input type="radio"/> DIABETES | <input type="radio"/> GRIETAS |
| <input type="radio"/> COÁGULO DE SANGRE-PULMON | <input type="radio"/> ABUSO DE DROGAS | <input type="radio"/> ULCERAS, SANGRAMIENTO |
| <input type="radio"/> OTRA ENFERMEDAD | <input type="radio"/> DILUYENTE DE LA SANGRE (COUMADIN, PLAVIX, ASPIRINA, ETC) | |

(ESCRIBA A CONTINUACIÓN)

HISTORIA CIRÚRGICA: SI USTED HA TENIDO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE, POR FAVOR MARQUE EL CÍRCULO

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> NO HAY HISTORIA CIRÚRGICA | <input type="radio"/> CARDÍACO (CORAZÓN) |
| <input type="radio"/> TUNEL CARPAL - MUÑECA IZQUIERDA | <input type="radio"/> TUNEL CARPAL - MUÑECA DERECHA |
| <input type="radio"/> ARTROSCOPIA -CODO IZQUIERDO | <input type="radio"/> ARTROSCOPIA - CODO DERECHO |
| <input type="radio"/> ARTROSCOPIA -HOMBRO IZQUIERDO | <input type="radio"/> ARTROSCOPIA - HOMBRO DERECHO |
| <input type="radio"/> ARTROSCOPIA- TOBILLO IZQUIERDO | <input type="radio"/> ARTROSCOPIA - TOBILLO DERECHO |
| <input type="radio"/> ARTROSCOPIA - RODILLA IZQUIERDA | <input type="radio"/> ARTROSCOPIA - RODILLA DERECHA |
| <input type="radio"/> ARTROSCOPIA - CADERA IZQUIERDA | <input type="radio"/> ARTROSCOPIA – CADERA DERECHA |
| <input type="radio"/> REEMPLAZO - CADERA IZQUIERDA | <input type="radio"/> REEMPLAZO – CADERA DERECHA |
| <input type="radio"/> REEMPLAZO - RODILLA IZQUIERDA | <input type="radio"/> REEMPLAZO – RODILLA DERECHA |
| <input type="radio"/> FUSIÓN ESPINAL | <input type="radio"/> LAMINECTOMIA |
| <input type="radio"/> OTRA CIRUGÍA | <input type="radio"/> CIRUGÍA DE FRACTURA |

(ESCRIBA A CONTINUACIÓN)

HISTORIA FAMILIAR (PADRE)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> SIDA | <input type="radio"/> HEMOFILIA |
| <input type="radio"/> ANEMIA | <input type="radio"/> HIPERTENSION |
| <input type="radio"/> COAGULOS DE SANGRE | <input type="radio"/> ENFERMEDAD DEL RIÑON |
| <input type="radio"/> CANCER | <input type="radio"/> ENFERMEDEAD DEL HIGADO |
| <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE LA ARTERIA CORONARIA | <input type="radio"/> ENFERMEDAD MUSCULAR |
| <input type="radio"/> DIABETES | <input type="radio"/> OSTEOPOROSIS |
| <input type="radio"/> GOTA | <input type="radio"/> ARTRITIS REUMATOIDE |
| <input type="radio"/> ATAQUE AL CORAZON | <input type="radio"/> OSTEOARTRITIS |

HISTORIA FAMILIAR (MADRE)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> SIDA | <input type="radio"/> HEMOFILIA |
| <input type="radio"/> ANEMIA | <input type="radio"/> HIPERTENSION |
| <input type="radio"/> COAGULOS DE SANGRE | <input type="radio"/> ENFERMEDAD DEL RIÑON |
| <input type="radio"/> CANCER | <input type="radio"/> ENFERMEDEAD DEL HIGADO |
| <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE LA ARTERIA CORONARIA | <input type="radio"/> ENFERMEDAD MUSCULAR |
| <input type="radio"/> DIABETES | <input type="radio"/> OSTEOPOROSIS |
| <input type="radio"/> GOTA | <input type="radio"/> ARTRITIS REUMATOIDE |
| <input type="radio"/> ATAQUE AL CORAZON | <input type="radio"/> OSTEOARTRITIS |

HISTORIA FAMILIAR (HERMANOS)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> SIDA | <input type="radio"/> HEMOFILIA |
| <input type="radio"/> ANEMIA | <input type="radio"/> HIPERTENSION |
| <input type="radio"/> COAGULOS DE SANGRE | <input type="radio"/> ENFERMEDAD DEL RIÑON |
| <input type="radio"/> CANCER | <input type="radio"/> ENFERMEDEAD DEL HIGADO |
| <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE LA ARTERIA CORONARIA | <input type="radio"/> ENFERMEDAD MUSCULAR |
| <input type="radio"/> DIABETES | <input type="radio"/> OSTEOPOROSIS |
| <input type="radio"/> GOTA | <input type="radio"/> ARTRITIS REUMATOIDE |
| <input type="radio"/> ATAQUE AL CORAZON | <input type="radio"/> OSTEOARTRITIS |

NOMBRE: _____

HISTORIA SOCIAL

USO DE SUSTANCIAS

TU:

USAS TABACO? SI NO

USAS ALCOHOL? SI NO

USAS CAFEINA? SI NO

UTILIZA DROGAS ILICITAS? SI NO

NO USO NINGUNO DE LOS ANTERIORES.

DOMINIO DE LA MANO? DERECHA IZQUIERDA

SOLO MUJERES:

PODRIAS ESTAR EMBARAZADA? SI NO

ALERGIAS: TIENE ALERGIA A ALGUNOS DE LOS MEDICAMENTOS O SUSTANCIAS?

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> SIN ALERGIAS CONOCIDAS | <input type="radio"/> ASPIRINA | <input type="radio"/> TEGRETOL |
| <input type="radio"/> PENICILINA | <input type="radio"/> AMOXILINA | <input type="radio"/> BACTRIM |
| <input type="radio"/> CODEINAS | <input type="radio"/> KEFLEX | <input type="radio"/> PEDIAZOL |
| <input type="radio"/> MEDICAMENTOS DE SULFA | <input type="radio"/> CEFZIL | <input type="radio"/> DELANTIN |
| <input type="radio"/> YODO O MARISCOS | <input type="radio"/> CEFTIN | <input type="radio"/> NOVACAINA |
| <input type="radio"/> AMPICILINA | <input type="radio"/> SUPRAX | <input type="radio"/> INSULINA |
| <input type="radio"/> VANTIN | <input type="radio"/> SEPTRA | <input type="radio"/> LIDOCAINA |
| <input type="radio"/> DEPAKENE | <input type="radio"/> LAMICTAL | |

OTRAS ALERGIAS:

- LATEX IVP O COLORANTE DE RADIOLOGIA METAL HUEVO O AVIAR (PAJARO)

OTRA ALERGIA AQUI:

NOMBRE: _____

SINTOMAS MEDICOS: SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES, MARQUE EL CIRCULO

CONSTITUCIONAL

- AUMENTO DE PESO
- PERDIDA DE PESO
- DEBILIDAD
- FATIGA
- FIEBRE

CARDIOVASCULAR

- ALTA PRESSION
- DOLOR DE PECHO
- FIEBRE REUMATICA
- PALPITACIONES
- TIENE MARCAPASOS

MUSCULOESQUETICO

- DOLOR EN LA ARTICULACION
- ARTRITIS
- DEBILIDAD MUSCULAR
- RIGIDEZ
- DOLOR MUSCULAR

OJOS

- GAFAS O CONTACTOS
- VISION BORROSA
- GLAUCOMA
- CATARATAS
- LAGRIMEO EXESIVO

PIEL

- ERUPCIONES
- LLAGAS
- BULTOS
- SEQUEDAD
- COMEZON

SANGRE O LINFA

- ANEMIA
- MORETONES CON FACILIDAD
- SANGRADO FACIL
- GLANDULAS INFLAMADAS

OIDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA

- PITIDOS EN LOS OIDOS
- DOLOR DE OIDOS
- PROTESIS AUDITIVA
- RESFRIADOS FRECUENTES
- SECRECION NASAL
- FIEBRE DEL HENO
- HEMORRAGIA NASAL
- DENTADURA POSTIZA
- SANGRADO DE LAS ENCIAS
- DOLORES DE GARGANTA FRECUENTES

NEUROLOGICA

- DOLOR DE CABEZA
- MAREO
- CONVULSIONES
- PÉRDIDA DE LA SENSIBILIDAD
- VERTIGO

RESPIRATORIA

- DIFICULTAD PARA RESPIRAR
- TOS
- ASMA
- BRONQUITIS

ENDOCRINA

- PROBLEMAS DE TIROIDES
- SUDORACION EXCESIVA
- SED EXCESIVA

GASTROINTESTINAL

- ACIDEZ
- SANGRADO RECTAL
- DOLOR ABDOMINAL
- DOLOR DE VESICULAR BILIAR
- HEPATITIS

GENITOURINARIA

- SANGRE EN LA URINA
- INFECCION URINARIA
- CALCULOS RENALES
- ARDOR AL ORINAR
- ENFERMEDAD SEXUAL

INMUNOLOGICA

- REACCIONES A LAS DROGAS
- ERUPCIONES EN LA PIEL
- REACCIONES A LA COMIDA

PSICOLOGICO

- NERVIOSISMO
- DEPRESION
- CAMBIOS DE HUMOR

NOMBRE: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES:

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR: _____

MEDICAMENTO: _____ FUERZA: _____ PARA: _____ DOCTOR/A: _____