



## Gastro Salud y Nutrición

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Doy permiso para divulgar la información de la cita a quien responda en mi número de teléfono indicado: Sí  No

Idioma principal: \_\_\_\_\_ ¿Se requieren servicios de interpretación? Sí  No

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN HIPAA

Doy permiso a mi médico para discutir y/o divulgar cualquier información médica relacionada con mi atención médica a los siguientes familiares/amigos. Soy consciente de que puedo revocar o modificar este permiso en cualquier momento por escrito.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Asignación de beneficios; Por la presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, incluidos los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, seguro privado y cualquier otro plan de salud al médico/instalación registrado. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como un original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no el seguro. Por la presente, autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago.

Autorización de tratamiento: Por la presente, autorizo al médico registrado y al(los) asociado(s) a tratar al paciente mencionado anteriormente.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Gastro Salud y Nutrición

## Historial del paciente

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Viudo:

Educación: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Número de embarazos/ Número de hijos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Consumo de tabaco: Si / No   ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ por día ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Fecha de salida:

\_\_\_\_\_

alcohol: Si / No

Cafeina : (Café, té, refrescos de cola) ¿cuánto \_\_\_\_\_ por día?

Describe brevemente su problema de gasto / colon: \_\_\_\_\_

Enfermedad pasada de usted mismo (encierre en un círculo):

Anemia / Hemorragia gastrointestinal

Asma / EPOC

Cáncer / Tumor

Depresión / Enfermedad mental

Diabetes

Epilepsia / Convulsiones

Enfermedad cardíaca

Hepatitis / Ictericia

Presión arterial

alta Colesterol alto

VIH / Diagnóstico inmunológico

Enfermedad renal

Enfermedad hepática Enfermedad

pulmonar

Osteoartritis / Artritis Osteoporosis

Accidente cerebrovascular

Enfermedad de la tiroides

Úlcera en el tracto GI

Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de la última colonoscopia: \_\_\_\_\_ normal / anormal

Fecha de la última EGD: \_\_\_\_\_ normal / anormal

## Antecedentes quirúrgicos pasados

Nombre de la cirugía	Fecha mes año)





## Gastro Salud y Nutrición

ROS: Marque SÍ o NO

CONSTITUCIONAL		SÍ	NO	RESPIRATORIO		SÍ	NO	HEMATOLOGÍA / LINFA		SÍ	NO
Pérdida de peso				Tos				Moretones con facilidad			
Fatiga				tos con sangre				Las encías sangran fácilmente			
Fiebre				sibilancias				glándulas agrandadas			
				Escalofríos							
OJOS		SÍ	NO	GASTRO		SÍ	NO	MSK		SÍ	NO
Anteojos				Acidez estomacal / Reflujo				Dolor/hinchazón articular			
Dolor de ojo				Náuseas vómitos				Rigidez			
Visión doble				BM negro o sangre				Dolor muscular			
cataratas				Constipación				Dolor de espalda			
				Diarrea							
				Ictericia							
				Dolor abdominal							
Otorrinolaringología		SÍ	NO	GU		SÍ	NO	NEURO		SÍ	NO
Dificultad Auditiva				Quema / Frecuencia				Pérdida de fuerza			
zumbido de oídos				Sangre en la orina				Entumecimiento			
Vértigo				Disfunción eréctil				dolores de cabeza			
Problema sinusal				Descarga anormal				Temblores			
Congestión nasal				Fuga de la vejiga				Pérdida de memoria			
Dolor de garganta frecuente											
CARDIO		SÍ	NO	ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO		SÍ	NO	PSIQUIÁTRICO		SÍ	NO
Murmullo				Urticaria / Eczema				Ansiedad			
Dolor en el pecho				Fiebre del heno				Cambios de humor			
palpitaciones								Dificultad para dormir			
Mareo								Depresión			
Desmayos											
Dificultad para respirar											
Hinchazón de tobillos											



## Gastro Salud y Nutrición

### Historia familiar

(Encierre en un círculo todo lo que corresponda)

#### Madre

- Hipertensión
- Hiperlipidemia
- Nefropatía
- Enfermedad pulmonar
- Diabetes
- VIH
- Enfermedad de tiroides
- Ataque
- Cáncer / Tumores
- Asma / EPOC
- Otro: \_\_\_\_\_

#### Padre

- Hipertensión
- Hiperlipidemia
- Nefropatía
- Enfermedad pulmonar
- Diabetes
- VIH
- Enfermedad de tiroides
- Ataque
- Cáncer / Tumores
- Asma / EPOC
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Algún antecedente familiar de cáncer de colon? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Farmacia de pedido por correo: \_\_\_\_\_

Teléfono#: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Proporcione la siguiente información para la continuidad de la atención:

Su proveedor de atención primaria:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Su proveedor de referencia (si no es su PCP):

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono#: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

(Complete las áreas resaltadas solo en esta página)



# Gastro Salud y Nutrición

## FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_

de Seguro Social : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Práctica autorizada para divulgar mi información de salud del siguiente médico/instalación:

Nombre: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Por favor entregue mis registros médicos a:

Nombre: Gastrosalud y nutrición - Dharmendra Verma, MD Richard LaCamera , MD

Dirección: Gastro Salud y Nutrición Teléfono: Fax:

Información de salud que se divulgará:

- Registro completo
- Informe de patología de
- laboratorio
- Formulario de contacto
- Historial y examen físico
- Consulta
- Imágenes/ Rayos X
- Nota del médico
- Otro \_\_\_\_\_

La información de salud que se puede usar/divulgar se limita a las siguientes fechas de tratamiento: \_\_\_\_\_

La información de salud que se divulgará a la agencia/individuo mencionado anteriormente se utilizará/divulgará para los siguientes propósitos:

- Tratamiento/Consulta
- a solicitud del paciente
- Investigación
- Comercialización
- Facturación/Pago de reclamaciones

La "Información de salud" lo identifica a usted (el paciente) por su nombre e incluye otra información demográfica sobre usted. La "información de salud" puede incluir, entre otros : registros médicos, películas de rayos X, diapositivas, trazados, tiras, etc. Por la presente libero a la práctica de divulgación, a sus agentes y empleados de cualquier obligación, responsabilidad, daños y reclamos. que pueda surgir de la divulgación de información autorizada en este documento, que incluya alcohol, abuso de drogas, enfermedades transmisibles, incluido el estado del VIH, y/o diagnósticos psiquiátricos recopilados durante mi visita o encuentro, o hacer copias de los mismos de acuerdo con las políticas de esta práctica.

La información de salud protegida utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por esta regla de privacidad. Si la información de salud relacionada con la investigación se usa o divulga con fines de investigación continua, no se aplica una fecha o evento de vencimiento.

La autorización vencerá automáticamente 60 días después de la fecha de la firma a continuación (excepto como se indica arriba), a menos que se especifique una fecha anterior o al finalizar un evento específico. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, como se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad, excepto cuando la práctica ya haya hecho divulgaciones en base a mi autorización previa.

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la obtención de una autorización si la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico prohíbe tal condicionamiento. Si se permite el condicionamiento, la negativa a firmar la autorización puede resultar en la denegación de la atención o la cobertura.

\*\*\*\*\*

**AVISO A LA AGENCIA O INDIVIDUO RECEPTOR:** Esta información debe tratarse de acuerdo con las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPPA).

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_