

Datos demográficos del paciente

Woodrome Medical PA

Nombre del paciente		Número de expediente	
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil:	
	☐ M ☐ F	☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a)	
		☐ Divorciado(a)	
Número de Seguro Social		Correo electrónico	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono celular		Otro teléfono
Ocupación	Empleador		Teléfono
CONTACTO DE EMERGENCIA		Teléfono	
Etnicidad		Idioma principal	
☐ Nativo americano/nativo de Alaska		☐ Inglés ☐ Español ☐ Lengua de señas americana (ASL)	
☐ Asiático ☐ Negro/afroamericano		☐ Otro	
☐ Hispano/latino		Si es otro, especifique	
☐ Nativo hawaiano/isleño del Pacífico			
☐ Blanco ☐ Prefiere no responder			
Preferencias de información privada			
¿Ha completado alguna directiva anticipada?		¿Alguien tiene poder notarial médico sobre usted?	
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
¿Podemos enviar correspondencia a la dirección registrada??		¿Podemos llamar al número de teléfono registrado?	
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
¿Podemos dejar un mensaje de voz en la contestadora?			
☐ Sí ☐ No			
¿Con quién podemos dejar mensajes?			
☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre ☐ Hijo(a) ☐ Otro			
Nombre			

Nombre

Nombre

Nombre

¿Cómo se enteró de nuestra oficina?

- ☐ Médico ☐ Sitioweb ☐ Guía telefónica ☐ Familia ☐ Amigo ☐ Otro

Si es otro, especifique

Seguro médico primario

Número de identificación del miembro

Número de grupo

¿Es usted el asegurado?

- ☐ Sí ☐ No

Relación con el asegurado

- ☐ Usted ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)
☐ Otro

Si es otro, especifique

Empleador

Nombre del suscriptor

Fecha de nacimiento

Sexo

- ☐ M ☐ F

Dirección

Ciudad

Estado

Código

Seguro médico secundario

Número de identificación del

Número de grupo

¿Es usted el asegurado?

- ☐ Si ☐ No

Relación con el asegurado

- ☐ Usted ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a)
☐ Otro

Si es otro, especifique

Empleador

Nombre del suscriptor

Fecha de nacimiento

Sexo

- ☐ M ☐ F

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

POR FAVOR LEA Y FIRME

La información en mis formularios de admisión es correcta según mi mejor conocimiento. Entiendo que durante mi tratamiento, soy responsable de notificar al médico/personal de cualquier actualización de la información indicada anteriormente. (Cesión de beneficios): Autorizo el pago de los beneficios médicos a la clínica mencionada anteriormente. (Autorización de divulgación de información): Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo. (Privacidad HIPPA): Reconozco que recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad HIPPA. (Historial de medicamentos): Autorizo al consultorio médico a obtener mi historial de medicamentos.

Patient Signature

Cesión de Beneficios

Woodrome Medical, PA

Cesión de beneficios, consentimiento para tratamiento, laboratorios preventivos y diagnósticos

Cesión de beneficios:

Por la presente cedo todos los beneficios médicos y quirúrgicos, incluyendo los beneficios de medicina mayor, a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) de seguro, incluyendo Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud/médico, que emita el pago directamente a Woodrome Medical, PA por los servicios médicos prestados a mí y/o a mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si los hubiera. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro.

Consentimiento para tratamiento:

Un asistente médico puede proporcionar aquellos servicios médicos que estén dentro de su educación, capacitación y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

- Obtener historiales y realizar exámenes físicos
- Solicitar y/o realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Formular un diagnóstico de trabajo
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento
- Monitorear la efectividad de las intervenciones terapéuticas
- Asistir en cirugías
- Ofrecer asesoría y educación
- Proporcionar medicamentos simples y emitir recetas
- Hacer las referencias médicas apropiadas

He leído lo anterior y por la presente doy mi consentimiento para los servicios de un asistente médico y una enfermera de práctica avanzada para mis necesidades de atención médica.

Escribiente de IA durante los encuentros médicos

Su participación es completamente voluntaria. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comentárnosla.

Laboratorios preventivos y diagnósticos

Un examen de bienestar es una evaluación médica programada de un individuo que se enfoca en el cuidado preventivo. Incluirá una historia específica por edad y género, un examen físico, una revisión de los factores de riesgo y la solicitud de inmunizaciones apropiadas, análisis de laboratorio de detección o procedimientos diagnósticos.

Un examen preventivo es un examen periódico que cubre todos los aspectos de prevención y mantenimiento de la salud relacionados con la edad, el sexo y los antecedentes familiares; también se conoce como Examen de Bienestar. Un examen preventivo NO es una visita de seguimiento ni una visita basada en un problema específico. Un examen preventivo no se espera que aborde todos los problemas que le han estado molestando desde su último examen médico. Dependiendo del criterio del proveedor, los problemas nuevos o el seguimiento de enfermedades crónicas pueden tratarse como un SEGUNDO servicio durante la visita, o el proveedor puede pedirle que programe otra cita.

Nota

Si durante su visita preventiva se realiza una visita de seguimiento, se discute alguna enfermedad crónica o un problema nuevo, la visita de seguimiento también se cobrará junto con su visita de bienestar, y se le pedirá que pague su copago o contribuya a su deducible si así lo indica su póliza de seguro. Por favor, consulte con su aseguradora o con el departamento de recursos humanos para entender los beneficios y requisitos de cobertura de su seguro.

Asimismo, entiendo que los honorarios se deben y son pagaderos en la fecha en que se presten los servicios, y acepto pagar de inmediato todos los cargos incurridos al presentar la factura correspondiente. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el original. Esta orden permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Todos los servicios profesionales prestados se cobran al paciente y deben pagarse en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos con nuestra oficina administrativa con anticipación. Los formularios necesarios deberán completarse para poder presentar reclamaciones a la aseguradora.

Firma del paciente/tutor

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Relación con el paciente

Formulario de evaluación de salud

Woodrome Medical, PA

Formulario de evaluación de salud

Por favor, complete según su mejor capacidad.

¿Es alérgico(a) a algún medicamento?

☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, describa a continuación:

Nombre del medicamento	Describe la reacción (por ejemplo: urticaria, sarpullido, etc.)
------------------------	---

Por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente (incluya medicamentos de venta libre, suplementos y anticonceptivos):

Nombre del medicamento	Concentración/Dosis	Frecuencia	Motivo
------------------------	---------------------	------------	--------

HISTORIAL MÉDICO PREVIO:

Por favor, indique si ha sido diagnosticado(a) con alguna de las enfermedades que se enumeran a continuación marcando la casilla.

Enfermedad

Paquete de registro para nuevo paciente

☐ **SIDA o VIH**
Fecha de diagnóstico

☐ **Anemia**
Fecha de diagnóstico

☐ **Alcoholismo**
Fecha de diagnóstico

☐ **Alergias (no medicamentos)**
Fecha de diagnóstico

☐ **Anorexia / Bulimia**
Fecha de diagnóstico

☐ **Apendicitis**
Fecha de diagnóstico

☐ **Artritis**
Fecha de diagnóstico

☐ **Asma**
Fecha de diagnóstico

☐ **Cáncer Tipo:**
Fecha de diagnóstico

☐ **Dependencia química**
Fecha de diagnóstico

☐ **Varicela**
Fecha de diagnóstico:

☐ **Cataratas**
Fecha de diagnóstico

☐ **Depresión**
Fecha de diagnóstico

☐ **Diabetes**
Fecha de diagnóstico

☐ **Reflujo esofágico**
Fecha de diagnóstico

☐ **Enfisema / EPOC**
Fecha de diagnóstico

☐ **Epilepsia / Convulsiones**
Fecha de diagnóstico

☐ **Infecciones frecuentes de
pulmón/vejiga**
Fecha de diagnóstico

☐ **Enfermedad de la vesícula /
Cálculos biliares**
Fecha de diagnóstico

☐ **Glaucoma / Enfermedad ocular**
Fecha de diagnóstico

☐ **Gota**
Fecha de diagnóstico

☐ **Enfermedad cardíaca**
Fecha de diagnóstico

☐ **Hepatitis
Tipo:**
Fecha de diagnóstico

☐ **Presión arterial alta**
Fecha de diagnóstico

☐ **Colesterol alto**
Fecha de diagnóstico

☐ **Hernia**
Fecha de diagnóstico

☐ **Enfermedad /
insuficiencia renal**
Fecha de diagnóstico

☐ **Enfermedad del hígado**
Fecha de diagnóstico

☐ **Enfermedad pulmonar**
Fecha de diagnóstico

☐ **Sarampión**
Fecha de diagnóstico

☐ **Migrañas**
Fecha de diagnóstico

☐ **Mononucleosis**
Fecha de diagnóstico:

☐ **Paperas**
Fecha de diagnóstico

☐ **Neumonía**
Fecha de diagnóstico

☐ **Atención psiquiátrica**
Fecha de diagnóstico

☐ **Fiebre reumática**

☐ **Rubéola**

☐ **Quistes ováricos**

Fecha de diagnóstico:

☐

Úlcera estomacal

Fecha de diagnóstico:

☐ Problemas de tiroides

Tipo:

Fecha de diagnóstico:

☐ Tos ferina

Fecha de diagnóstico:

HISTORIAL QUIRÚRGICO:

Por favor, enumere cualquier otra operación, hospitalización o procedimiento que haya tenido, indicando la fecha (MM/AA)

Cirugía/Hospitalización	Fecha	Descripción
-------------------------	-------	-------------

HISTORIAL FAMILIAR:

Por favor, indique si alguno de sus familiares consanguíneos ha tenido alguna de las siguientes enfermedades:

Enfermedad

Fecha de diagnóstico:

☐ Enfermedad de transmisión sexual

Fecha de diagnóstico:

☐ Amigdalitis

Fecha de diagnóstico:S

Fecha de diagnóstico:

☐ Derrame cerebral / mini derrame

Fecha de diagnóstico:

☐ Tuberculosis

Fecha de diagnóstico:

☐ SIDA o VIH

Relación:

☐ Artritis

Relación:

☐ Asma

Relación:

☐ Trastorno de sangrado

Relación:

☐ Enfermedad intestinal

Relación:

☐ Epilepsia / Convulsiones /

Relación:

☐ Dependencia química

Relación:

☐ Depresión

Relación

☐ Diabetes

Relación:

☐ Cáncer

Relación:

☐ Glaucoma / Enfermedad ocular

Relación:

☐ Enfermedad cardíaca

Relación:

Tipo:

☐ Presión arterial alta

Relación:

☐ Enfermedad renal

Relación:

☐ Enfermedad pulmonar

Relación:

☐ Atención psiquiátrica

Relación:

☐ Derrame cerebral

Relación:

☐ Problemas de tiroides

Relación:

☐ Tuberculosis

Relación:

☐ Otro

Relación:

HÁBITOS SOCIALES:

¿Ha usado alguno de los siguientes?

Alcohol

☐ Sí ☐ No

Cantidad por día?

Por cuánto tiempo

Cuándo dejó

Cafeína

☐ Sí ☐ No

Cantidad por día

Por cuánto tiempo

Cuándo dejó

Productos de tabaco

☐ Sí ☐ No

Cantidad por día

Por cuánto tiempo

Cuándo dejó

Drogas ilegales

☐ Sí ☐ No

Tipo

Cantidad por día

Por cuánto tiempo

Cuándo dejó

¿Es sexualmente activo(a)?

☐ Sí ☐ No

¿Practica sexo seguro?

☐ Sí ☐ No

¿Cuántas parejas ha tenido en el último año?

¿Desea información sobre prácticas de sexo seguro?

☐ Sí ☐ No

PREVENTIVO:

¿Se ha realizado las siguientes pruebas/vacunas? Si es así, indique la última vez que se las realizó (MM/AA).
Tenga en cuenta que algunas dependen de la edad.

Examen

Paquete de registro para nuevo paciente

☐ Prueba de colesterol	☐ Examen de la vista con dilatación	☐ Colonoscopia
Fecha	Fecha	Fecha
Resultado	Resultado	Resultado
☐ Prueba de tuberculosis	☐ Prueba de sangre oculta en heces	☐ Solo hombres: examen de próstata
Fecha	Fecha	Fecha
Resultado	Resultado	Resultado
☐ Solo hombres: nivel de PSA		
Fecha		
Resultado		
Vacunas		
☐ Tétanos/difteria/tos ferina (refuerzo)	☐ Vacuna contra la gripe	☐ Vacuna contra la hepatitis B
Fecha	Fecha	Fecha
☐ Vacuna contra la neumonía	☐ Vacuna contra la culebrilla	☐ Vacuna contra el VPH
Fecha	Fecha	Fecha

PACIENTES FEMENINAS ÚNICAMENTE – HISTORIAL

GINECOLÓGICO:

Por favor responda las siguientes preguntas si le aplican:

Prueba / examen

☐ Papanicolaou (Pap Smear)

Fecha

Resultados

Realizado por

☐ Densitometría ósea (DEXA) para osteoporosis

Fecha

Resultados

Realizado por

Edad de inicio del ciclo menstrual

¿Histerectomía?

☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido alguna vez un DIU?

☐ Sí ☐ No

Número de embarazos

☐ Examen clínico de mamas

Fecha

Resultados

Realizado por

☐ Pruebas de ETS y VPH

Fecha

Resultados

Realizado por

¿Son regulares cada mes?

☐ Sí ☐ No

¿Ha tomado terapia de estrógenos?

☐ Sí ☐ No

¿Ligadura de trompas?

☐ Sí ☐ No

Número de pos vivos

☐ Mamografía

Fecha

Resultados

Realizado por

Edad de inicio de la menopausia

Método anticonceptivo preferido

Cesárea

☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido algún aborto espontáneo o complicaciones con embarazos o partos?

☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, por favor explique:

Firma del paciente o tutor

Audit C

Woodrome Medical, PA
AUDIT C

Fecha de la visita a la oficina

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol en el último año?

- ☐ Sí ☐ No

Si respondió “Sí”: ¿Con qué frecuencia consumió una bebida que contenga alcohol en el último año?

- ☐ Nunca (0 puntos) ☐ Mensualmente o menos (1 punto) ☐ De dos a cuatro veces al mes (2 puntos)
☐ De dos a tres veces por semana (3 puntos) ☐ Cuatro o más veces por semana (4 puntos)

Si respondió “Sí”: ¿Cuántas bebidas tomó en un día típico cuando bebía en el último año?

- ☐ 1 o 2 (0 puntos) ☐ 3 o 4 (1 punto) ☐ 5 o 6 (2 puntos) ☐ 7 a 9 (3 puntos) ☐ 10 o más (4 puntos)

Si respondió “Sí”: ¿Con qué frecuencia tomó seis o más bebidas en una sola ocasión en el último año?

- ☐ Nunca (0 puntos) ☐ Menos de una vez al mes (1 punto) ☐ Mensualmente (2 punto) ☐ Semanalmente (3 puntos)
☐ A diario o casi a diario (4 puntos)

PHQ-9

WOODROME MEDICAL, PA

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

Nombre del paciente

Fecha

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

1. Poco interés o placer en hacer cosas

☐ 0 - En absoluto ☐ 1 - Varios días ☐ 2 - Más de la mitad de los días ☐ 3 - Casi todos los días

2. Sentirse decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza

☐ 0 - En absoluto ☐ 1 - Varios días ☐ 2 - Más de la mitad de los días ☐ 3 - Casi todos los días

3. Problemas para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado

☐ 0 - En absoluto ☐ 1 - Varios días ☐ 2 - Más de la mitad de los días ☐ 3 - Casi todos los días

4. Sentirse cansado(a) o con poca energía

☐ 0 - En absoluto ☐ 1 - Varios días ☐ 2 - Más de la mitad de los días ☐ 3 - Casi todos los días

5. Poco apetito o comer en exceso

☐ 0 - En absoluto ☐ 1 - Varios días ☐ 2 - Más de la mitad de los días ☐ 3 - Casi todos los días

6. Sentirse mal consigo mismo(a) – o que es un fracaso o que ha defraudado a usted mismo(a) o a su familia

☐ 0 - En absoluto ☐ 1 - Varios días ☐ 2 - Más de la mitad de los días ☐ 3 - Casi todos los días

7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver televisión

☐ 0 - En absoluto ☐ 1 - Varios días ☐ 2 - Más de la mitad de los días ☐ 3 - Casi todos los días

8. Moverse o hablar tan lento que otras personas podrían haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto(a) o agitado(a) que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual

☐ 0 - En absoluto ☐ 1 - Varios días ☐ 2 - Más de la mitad de los días ☐ 3 - Casi todos los días

9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera

☐ 0 - En absoluto ☐ 1 - Varios días ☐ 2 - Más de la mitad de los días ☐ 3 - Casi todos los días

PUNTUACIÓN TOTAL

10. Si marcó alguno de los problemas anteriores, ¿qué tan difícil le ha resultado para hacer su trabajo, atender sus responsabilidades en casa o llevarse bien con otras personas?

☐ Nada difícil ☐ Algo difícil ☐ Muy difícil ☐ Extremadamente difícil

Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. No permission required to reproduce, translate, display or distribute.

Acuse de recibo

WOODROME MEDICAL, PA
ACUSE DE RECIBO Y RESTRICCIONES SOLICITADAS

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Woodrome Medical PA o cualquier servicio que le haya sido proporcionado por la clínica, y da su consentimiento para el uso y divulgación de su información médica según lo aquí establecido.

Por la presente solicito las siguientes restricciones sobre el uso y/o divulgación (especificar según corresponda) de mi información:

NOMBRE Y NÚMEROS DE TELÉFONO de las personas a quienes se puede divulgar información confidencial:

Nombre	Número de teléfono
--------	--------------------

Firma

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Seleccione una opción:

☐ Paciente

☐ Representante legal

Nombre

Si es representante legal, relación con el paciente

Carga de fotos

Información del seguro

¿Tiene seguro?

☐ Yes ☐ No

Cargar seguro

¿Tiene seguro secundario?

☐ Yes ☐ No

Cargar seguro secundario

Identificación con foto

Cargar identificación con foto

Acuerdo

Woodrome Medical, PA

Acuerdo de Sustancias Controladas por el Paciente

El propósito de este acuerdo es establecer las reglas que esta oficina sigue para recetar medicamentos que están controlados por la Agencia de Control de Drogas (DEA). Nuestro compromiso es asegurarnos de atender sus necesidades mientras le ofrecemos alternativas diseñadas para minimizar el potencial adictivo de los tratamientos con sustancias controladas que utilizamos. En este sentido, podemos remitirlo(a) a un programa de manejo del dolor para garantizar que tenga acceso a los tratamientos más seguros y eficaces disponibles. Si su medicación de sustancia controlada (analgésico, estimulante, sedante) requiere recetas continuas que tengan un potencial significativo de adicción, le solicitaremos que consulte a un especialista, según corresponda. Para aclarar nuestras expectativas al recetarle este medicamento y enfatizar el riesgo de tomar estas sustancias, le pedimos que lea y firme este acuerdo. Yo entiendo que se me está recetando una sustancia controlada; por lo tanto, debo cumplir con las siguientes restricciones. El incumplimiento de cualquiera de las restricciones indicadas a continuación puede resultar en la finalización de mi atención como paciente y en ser reportado(a) a la policía.

1. No consumiré alcohol ni drogas ilegales mientras se me receten medicamentos.
2. No tomaré ningún otro medicamento recetado sin antes notificar a mi médico.
3. Notificaré de inmediato a mi médico sobre cualquier otro médico que me esté recetando actualmente una sustancia controlada o que me haya recetado en los últimos treinta días (incluyendo salas de emergencia y centros de atención inmediata). Legalmente, no hacerlo es un delito (obtener o intentar obtener drogas mediante fraude y/o engaño) y puede ser reportado a la policía.
4. Me someteré a pruebas aleatorias de orina y/o suero según lo ordenado.
5. Solo surtiré recetas para sustancias controladas en la farmacia que se indica a continuación. Informaré a mi médico de cualquier plan para cambiar de farmacia. No obtendré sustancias controladas de más de una farmacia a la vez. La única excepción será por necesidad aguda fuera del área local. Autorizaré a mi médico a comunicarse con mi farmacéutico.
6. Autorizo a mi médico a comunicarse con todos los médicos que me han atendido.
7. Entiendo que es ilegal compartir este medicamento.
8. Me comprometo a mantener mi medicación segura para prevenir pérdida o robo.
9. Entiendo que se me suspenderá este medicamento si existe evidencia de adicción y/o abuso.
10. Entiendo que algunos de estos medicamentos pueden causar somnolencia y reflejos más lentos, lo que interfiere con la capacidad de conducir y operar maquinaria, así como deterioro de la memoria a corto plazo. Entiendo que una sobredosis de este medicamento puede causar la muerte.
11. Me comprometo a asistir a todas las citas programadas con mi médico/terapeuta. Mi medicación puede ser reducida o suspendida si no asisto a mis citas programadas.
12. También entiendo que parte de mi tratamiento puede implicar la reducción y suspensión de cualquier medicamento adictivo. Entiendo y acepto el riesgo de adicción que puede ocurrir con este medicamento.
13. Autorizo a esta oficina a entregar una copia (o el original) de este acuerdo de sustancia controlada a la policía si violo cualquiera de los términos indicados o a solicitud de ellos.
14. **¿Ha recibido algún medicamento recetado de otro médico en los últimos treinta días?**

☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, por favor indique a continuación el nombre del médico y el medicamento.

Nombre del médico

Número de teléfono

Acuerdo de Sustancias Controladas por el Paciente

Medicamento(s):

15. Entiendo que puedo ser llamado(a) en cualquier momento a la oficina para un conteo de todos mis medicamentos restantes. Acepto presentarme el día que se me notifique y seré responsable de cualquier costo que esto pueda generar.
16. Renuncio a mi derecho de privacidad y autorizo a mi médico a comunicarse con cualquier proveedor de atención médica, autoridad legal, amigo y/o familiar con el fin de obtener o proporcionar información sobre mi atención (incluyendo abuso de sustancias controladas).
17. No se autorizarán resurtidos los fines de semana, días festivos o fuera del horario laboral. Se podrá hacer una excepción a discreción del médico si usted es atendido en una cita con copia de un informe policial completo.
18. Solo la persona para quien está escrita la receta (anteriormente conocida como receta en triplicado) podrá recogerla.

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento