



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? Si ___ 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 Cafeína : (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 :** _____