



¡Hola y bienvenidos al Frederick Health Medical Group!

Apreciamos el valor de su tiempo. He aquí algunos puntos para ayudarnos a proveerles un cuidado comprensivo y en forma eficiente:

- Favor traer con usted su tarjeta de seguro e identificación con foto.
- El pago se espera a la hora del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y todas las tarjetas de crédito.
- Para pacientes visitando a uno de nuestros especialistas: si es miembro de un HMO, favor comunicarse con su doctor primario para obtener una referencia. La mayoría de las oficinas requieren 48 horas de preaviso para otorgar una referencia.
- Para todo paciente Nuevo visitando nuestro consultorio, favor enviarnos los expedientes apropiados antes de llegar a su primera cita. Su doctor nos lo puede enviar por correo o por fax, pero usted tiene que solicitarlos. Estos incluyen notas recientes, resultados de laboratorio, o radiografías.
- **Favor complete los documentos adjuntos** y tenerlos listos cuando llegue a su cita.
- **Pueda ser que tenga que reprogramar su cita si llega después de la hora de su cita.**

Estamos haciendo todo lo posible por que el tiempo que esté con nosotros sea lo más placentero posible. Nos comprometemos a cuidarlo y valoramos cualquier comentario que tenga que darnos. Gracias y nos complacemos de verlo pronto.

Respetuosamente,

Sus proveedores médicos y personal del
Frederick Health Medical Group

Contactos

Audiología

301-695-EARS (3277)

Cirugía

240-575-2526

Cirugía de los Senos

301-418-6611

Cirugía Torácica

301-694-5861

Centro de Cuidados Comprensivos

301-360-2574

Cuidado Primario

240-215-6310

Endocrinología & Tiroides

240-215-1454

Gastroenterología

240-566-4820

Enfermedades Infecciosas

240-566-3270

Lesiones y Medicina Hiperbárica

240-566-3840

Neumología

240-566-3201

Neurocirugía

301-846-0100

Oído, Nariz & Garganta

301-695-3100

Oncología & Hematología

301-662-8477

Ortopedia & Deportes

301-663-9573

Medicina de Precisión y Genética

301-663-9985

Reducción de peso

240-215-1474

Trastornos del Sueño

240-566-REST (7378)

Urología

301-663-4774

Acuerdo entre Paciente y Médico

PRINCIPIOS DE ASOCIACIÓN

Como su proveedor de cuidados de salud, nos comprometemos a:

- Respetarlo como el líder del equipo.
- Permitir que usted elija su médico y equipo de cuidados de salud que llegará a conocerlo.
- Tratarlo con respeto, honestidad y compasión.
- Incluir a su familia, otros compañeros o alguien que abogue por su salud cuando lo solicite.
- Mantenerlo al estándar de calidad y seguridad del más alto nivel.
- Ser receptivo y oportuno con nuestra atención e información para usted.
- Escucharle y responder a sus preguntas.
- Brindarle información en forma que usted pueda entender.
- Ayudarlo a establecer metas para su atención médica y planes de tratamiento.
- Brindarle información para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre sus opciones de atención y tratamiento.
- Comunicar abiertamente los beneficios y riesgos asociados con cualquier tratamiento.
- Respetar su derecho a su propia información médica.
- Respetar su privacidad y la privacidad de su información médica.
- Trabajar con usted y otros socios que lo tratan en la coordinación de su atención.
- Proporcionar recursos educativos, información sobre clases, grupos de apoyo u otros servicios que puedan ayudarlo a aprender más sobre su condición.

Como paciente, me comprometo a:

- Ser un miembro responsable y activo de mi equipo de atención médica y participar en las decisiones sobre mi atención.
- Tratar a todo el equipo con respeto, consideración y decir siempre la verdad.
- Darle la información que necesita para tratarme.
- Informarle qué medicamentos o suplementos estoy tomando.
- Informarle de todas las visitas a otros proveedores, pruebas ordenadas y medicamentos recetados por ellos, y pedirles que les envíen informes de mi visita.
- Decirle si algo sobre mi salud cambia, y cualquier cambio en mi historia familiar, médica y social.
- Aprender sobre mi estado de salud y hacerle saber si hay algo que no entiendo.
- Comprender mi plan de atención lo mejor que pueda y seguir el plan de atención que he acordado o informarle si hay problemas para que se pueda cambiar el plan.
- Tomar todos los medicamentos según lo recetado y comunicar a mi equipo si hay problemas como el costo o los efectos secundarios.
- Comunicar cualquier duda a través del portal del paciente o por teléfono.
- Informarle si tengo problemas para leer o escuchar.
- Informarles si tengo familiares, amigos o un defensor que me ayude con mi atención médica.
- Trabajar con Frederick Health Medical Group y mi compañía de seguros para comprender qué cubre mi plan de seguro. Pagaré mi parte de cualquier tarifa.
- Llegaré a todas las citas programadas a tiempo. Daré un aviso de al menos 24 horas si debo cancelar una cita, a menos que haya una emergencia que me impida dar aviso.



Frederick Health
Medical Group

Eligiendo el Nivel Apropiado de Cuidado

EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA



Todo el mundo sabe que un médico de atención primaria es el mejor lugar para ir cuando está enfermo o tiene dolor. Al ver a su médico de atención primaria con regularidad, tendrán su historial de salud completo y una comprensión de cualquier condición subyacente que pueda tener.

A veces, se enferma o se lesiona cuando el consultorio del médico está cerrado y, a veces, necesita atención médica más urgente de la que su médico puede brindarle. **Este folleto ayuda a explicar dónde buscar la mejor atención en su momento de necesidad.**

**Si cree que su vida
peligra, ¡siempre
llame al 911!**

Cuidado Primario

Llámenos para hacer una cita con su doctor primario si tiene síntomas de alguna enfermedad regular o necesita un chequeo completo.

- Tratamiento de enfermedades como:
 - Resfriados y dolor de garganta*
 - Síntomas de gripe y otros parecidos*
 - Infecciones de oído*
 - Infecciones de las vías urinarias*
 - Dolores y molestias leves*
 - Alergias*
- Control de condiciones crónicas como:
 - Diabetes*
 - Enfermedad cardíaca*
 - EPOC*
- Asesoramiento médico general
- Chequeos anuales
- Vacunas
- Problemas respiratorios

La clínica de Urgent Care

es una opción si tiene una enfermedad o lesión leve, su doctor primario no está disponible o su problema no puede esperar.

- Tratamiento de enfermedades, incluyendo:
 - Resfriados, tos e infecciones de las vías respiratorias superiores;*
 - Dolor de garganta;*
 - Síntomas de gripe y similares a los de la gripe;*
 - Infecciones del oído/dolor de oído;*
 - Sospecha de infección del tracto urinario;*
 - Enfermedad de transmisión sexual;*
 - Fiebre—**Si tiene convulsiones, vaya al Departamento de Emergencia***
- Malestar estomacal
- Náuseas o vómitos
- Hidratación intravenosa para adultos
- Erupciones cutáneas e infecciones
- Abscesos
- Esguinces o sospecha de huesos rotos menores
- Lesiones musculoesqueléticas
- Dolor de espalda o dolor en las articulaciones
- Dolor de muelas (si el dentista no está disponible)
- Alergias
- Picadura de animal o insecto
- Irritación y enrojecimiento de los ojos
- Corte/abrasión menor y suturas/costuras
- Quemadura menor
- Micción frecuente, con sangre o dolorosa
- Exámenes de colisión de vehículos motorizados
- Exámenes de compensación laboral
- Exámenes físicos deportivos/DOT
- Vacunas para viajes
- Laboratorio y análisis de sangre
- Rayos X

Eligiendo el Nivel Apropiado de Cuidado

EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

La Sala de Emergencias (ED)

está abierta las 24 horas del día, 7 días a la semana. En algún caso de emergencia o tiene una enfermedad de vida o muerte o una lesión grave deberá acudir a la Sala de Emergencias de inmediato.

- Dolor de pecho u otros síntomas de ataque cardíaco, como:

Presión, sensación de llenura, apretazón/ dolor en el centro del pecho

Opresión/ardor/malestar debajo del esternón

Dolor de pecho con sensación de desvanecimiento

- Señales de un derrame, como:

Debilidad repentina o entumecimiento de la cara, brazo, pierna en un solo lado del cuerpo

Pérdida repentina de la visión u oscuridad

Pérdida del habla o dificultad para hablar

Dolor de cabeza severo sin causa

- Lesión de la cabeza o del ojo
- Dolor de cabeza repentina y severa o pérdida de visión
- Sangrado severo que no se detiene

- Articulación dislocada
- Dolor abdominal severo
- Cortadas profundas o quemaduras severas
- Fiebre muy alta
- Ataque de asma severo
- Pérdida de conocimiento
- Reacción severa o empeoramiento después de un piquete de insecto, avispa o algún medicamento
- Vómito severo en forma persistente y constante
- Escupiendo o vomitando sangre
- Envenenamiento—**Llamar a la línea de Control de Envenenamiento al 1-800-222-1222 y solicitar asesoría para el tratamiento en el hogar**
- Violencia doméstica o violación
- Pensamiento de suicidio

Si cree que su vida peligra,
¡siempre llame al 911!



Un mejor enfoque al cuidado de su salud

HOGAR MÉDICO CENTRADO EN EL PACIENTE (PCMH)

Independientemente de sus necesidades de salud, su proveedor de atención primaria está aquí para ayudarlo a mantener un estilo de vida saludable. La evidencia muestra que el acceso a la atención primaria ayuda a las personas a vivir vidas más largas y saludables¹, y a los pacientes con acceso a proveedores regulares de atención primaria tienen menores costos generales de atención médica.²



Accesible

Tiempos de espera más cortos, atención "fuera del horario de atención", acceso a telesalud las 24 horas, los 7 días de la semana y comunicación más fuerte



Compromiso a la calidad y seguridad

Medicina basada en la evidencia y apoyo clínico



Comprensivo

Un equipo de proveedores de atención, desde médicos hasta enfermeras a nutricionistas a trabajadores sociales—para prevención, bienestar, atención aguda y atención crónica



Coordinado

Comunicación amplia y abierta en todas las partes del sistema de salud, especialmente durante las transiciones entre los sitios de atención



Enfocado en el paciente

Brinda la educación y los recursos que necesita para tomar decisiones inteligentes y convertirse en un participante activo en su cuidado propio



Personalizado

Aborda sus preocupaciones personales de salud y necesidades que tenga



Apoyando y animando

Asesoramiento por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto, etc. de su equipo de salud para ayudarlo a alcanzar sus objetivos y apoyarlo con problemas e inquietudes de salud



Eficiente

Le ahorra tiempo

¿Qué es un hogar médico centrado en el paciente (PCMH)?

Es un enfoque innovador para la atención primaria que se encuentra con los pacientes donde están: en el lugar correcto, en el momento correcto y con la atención adecuada.

No es un lugar—es una asociación con su médico primario.

¹ Source: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/#b62>

² Source: <https://www.hrsa.gov/advisorycommittees/bhpradvisory/cogme/Reports/twentiethreport.pdf>

Cuando piense en PCMH, ¡piense en el Frederick Health Medical Group!



¿Por qué elegir al Frederick Health Medical Group?

Frederick Health Medical Group es reconocido por el Comité Nacional de Garantía de Calidad como PCMH. Nos asociamos con usted y su equipo de atención médica para brindar el más alto nivel de atención primaria posible.

Con Frederick Health Primary Care, su equipo médico...

- Está a una llamada o mensaje por el portal de distancia
- Es su acceso al Frederick Health y a su red de servicios y especialistas
- Colabora con especialistas para abordar todo aspecto de su cuidado médico
- Pueda que incluyan muchos especialistas, como coordinadores de cuidados en las oficinas, navegadores de salud, asistentes de laboratorio, trabajadores sociales titulados, y más
- Ofrece telehealth, incluso mensajes por correo electrónico y enfermeros por línea telefónica
- Ofrece el mismo nivel de cuidado y servicio, sin importar su seguro médico o pagador

9 ubicaciones en el Condado de Frederick

Menos tasas de readmisiones hospitalarios después de un evento médico

Certificado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad

Abierto 7 días por semana

Citas para el propio día y consultas sin citas

Favor llamar al 240-215-6310 para encontrar un médico primario, o visite frederickhealth.org/PrimaryCare

 **Frederick Health**
Medical Group

Inscripción para el Paciente

Información del Paciente

(Primer nombre y apellidos) Fecha de nacimiento Médico Primario

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico (Requerido para usar el Portal)

Tel. CASA Tel. CELULAR Tel. TRABAJO

Forma de contacto preferido (Marque los que apliquen): ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Carta ☐ Portal

EMPLEADOR: ESTATUS DE EMPLEO ☐ Completo ☐ Parcial ☐ Dueño de empresa ☐ Desempleado

TEL. EMPLEADOR: ☐ Retirado ☐ Ama de casa ☐ Militar Activo ☐ Desconocido

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR:

CONTACTO DE EMERGENCI RELACIÓN CON EL PACIENTE TELÉFONO: DIURNO NOCTURNO

PRONOMBRE

- ☐ Elijo no divulgar
☐ Él
☐ Ella
☐ Ellos
☐ Ze, Hir

GÉNERO AL NACER

- ☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Indiferenciado

GÉNERO LEGAL

- ☐ Femenino
☐ Masculino
☐ No-Binario
☐ Otro
☐ Desconocido/Indiferenciado

IDENTIDAD DE GÉNERO

- ☐ Elijo no divulgar
☐ Femenino
☐ Mujer-a-Hombre (FTM)/Transgénero Hombre/Trans Hombre
☐ Masculino
☐ Hombre-a-Mujer (MTF)/Transgénero Mujer/Trans Mujer
☐ Genderqueer, ni exclusivamente hombre o mujer
☐ Especifique alguna otra categoría adicional:

ORIENTACION SEXUAL

- ☐ Elijo no divulgar
☐ Heterosexual
☐ Bisexual
☐ Lesbiana, gay, u homosexual
☐ Otra cosa (favor especificar):

IDIOMA PRIMARIO: ¿NECESITA INTÉRPRETE? ☐ Sí ☐ No

ESTADO CIVIL

- ☐ Anulado ☐ Casado(a)
☐ Elijo no divulgar ☐ Casado(a), Unión de Hecho
☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a)
☐ Separación Legal ☐ Desconocido
☐ Pareja ☐ Viudo(a)

RAZA

- ☐ Indio Norteamericano ☐ Asiático ☐ Blanco/Caucásico
☐ Elijo no divulgar ☐ Hawaiano/ Isla ☐ Negro/Afroamericano
☐ Desconocido ☐ del Pacífico ☐ Otro :

ETNICIDAD

- ☐ Cubano ☐ Elijo no contestar
☐ Hispano o Latino ☐ Mexicano o Chicano
☐ Ni hispano o latino ☐ Hispano de otro origen
☐ Puertorriqueño ☐ Desconocido

DONADOR DE ÓRGANO ☐ Sí ☐ No

ESTATUS COMO VETERANO:

CONTINÚE AL REVERSO

REV. 11/2023

Información de su Seguro Médico

Seguro Médico Primario

Seguro ID#GRUPO#

Nombre del Inscrito (Portador del Seguro)Fecha de Nacimiento

DirecciónTeléfono

Relación con el Paciente:

☐ Mismo paciente

☐ Padre/Madre

☐ Cónyuge

☐ Otro

Seguro Médico Secundario

Seguro ID#GRUPO#

Nombre del Inscrito (Portador del Seguro)Fecha de Nacimiento

DirecciónTeléfono

Relación con el Paciente:

☐ Mismo paciente

☐ Padre/Madre

☐ Cónyuge

☐ Otro

Si está aquí por lesión laboral, es: ☐ Relacionado al trabajo ☐ Relacionado al automóvil ☐ Ninguno

Fecha de lesión

Partido Responsable/Garante

Nombre completo de persona responsableFecha de NacimientoEmpleador

DirecciónTel. CASA

Tel. TRABAJO

RELACIÓN: ☐Padre ☐Tutor ☐Mismo

☐Cónyuge ☐Otro:

Género: ☐Femenino ☐Masculino ☐Indiferenciado

Todo pago se debe al momento de recibir el servicio

Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Frederick Health Medical Group. El pago se debe al recibir el servicio. Seré responsable de los honorarios y cargos según Frederick Health Medical Group y mi plan de salud. Si no proporciono una tarjeta de seguro válida en cada visita, seré responsable de los servicios. Entiendo que Frederick Health Medical Group y/o sus afiliados pueden comunicarse conmigo a mi teléfono celular o residencial, lo que puede incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o un dispositivo de marcación automática ("marcador automático"), por mensaje de texto o correo electrónico en relación con cualquier comunicación que se me haya hecho o relacionada con mis cuentas, incluso si se me cobra la llamada según mi plan telefónico.

FIRMA DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE

FECHA

RELACIÓN O PARENTESCO CON EL PACIENTE

REV. 11/2023

Confirmación de haber recibido el Aviso de Privacidad

A mí, paciente o representante del paciente de Frederick Health Medical Group, se me ha ofrecido una copia del Aviso de las Normas de Privacidad, que describe mis derechos de privacidad de acuerdo con los requisitos federales y estatales.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

Consentimiento de comunicación

Entiendo que Frederick Health/Frederick Health Medical Group y sus afiliados pueden comunicarse conmigo a mi teléfono celular o residencial, lo que puede incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o un dispositivo de marcación automática (marcador automático) o por mensaje de texto o correo electrónico en relación con cualquier comunicación que se me haya hecho o relacionada con mis cuentas, incluso si se me cobra la llamada según mi plan telefónico. Entiendo que no es necesario proporcionar mi número de teléfono para obtener servicios. También puede ponerse en contacto conmigo por correo electrónico utilizando cualquier dirección de correo electrónico que le haya proporcionado.

☐ Sí, puede llamar o enviar un mensaje de texto a mi teléfono celular a: _____

Esta comunicación es para confirmar citas en el consultorio o dejar un mensaje sobre mi atención.

☐ No, **por favor no** se comunique conmigo por los siguientes medios: _____

Autorizo a mi proveedor y al personal apropiado a compartir información clínica/médica/de facturación sobre mi atención/cuenta con las siguientes personas, como se indica a continuación, como mi familiar más cercano y persona a notificar.

Nombre del **pariente más cercano**

Relación

Teléfono

Idioma

Nombre de la **persona a notificar**

Relación

Teléfono

Idioma

☐ Igual que el pariente más cercano

Es responsabilidad del paciente notificar a Frederick Health Medical Group sobre cualquier cambio en este formulario.

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Número del Teléfono Celular

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha

Testigo

Fecha

Nombre completo del Paciente

Fecha de Nacimiento

Profesión

Nombre del Médico Primario

Farmacia preferida y su ubicación

Razón por su visita

Fecha que comenzó la enfermedad / lesión

¿Alguna caída en este año? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas veces? _____

¿Se lastimó? ☐ Sí ☐ No

¿Usa un dispositivo para ayudarlo a caminar o se le ha recomendado uno? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Detalles: _____

Antecedentes Pasados Marque todas las condiciones que haya tenido en el PASADO.

CÁNCER
☐ TIPO: _____ AÑO: _____
CÁNCER
☐ TIPO: _____ AÑO: _____
CÁNCER
☐ TIPO: _____ AÑO: _____

CARDIOVASCULAR (Corazón y vasos sanguíneos)
☐ Angina (dolor de pecho)
☐ Arritmia/ latidos irregulares
☐ Coágulo de sangre/TVP (Trombosis venosa profunda)
FECHA: _____
☐ Ataque Cardíaco/IM Fecha: _____
☐ Enfermedad Cardíaca/Enfermedad Coronaria Arterial
☐ Alto Colesterol/Hiperlipidemia
☐ MVP (prolapso de la válvula mitral)
☐ Venas Varicosas/Enfermedad vascular periféricas
☐ Hipertensión/Presión alta
☐ Marcapasos / Año: _____
☐ Stent / Fecha: _____
☐ Desfibrilador cardioversor automático Implantable)

HUESOS, ARTICULACIONES Y MÚSCULOS
☐ Artritis
☐ Fibromialgia
☐ Gota
☐ Osteoporosis

SALUD MENTAL
☐ Ansiedad / Fecha: _____
☐ Trastorno Bipolar/ Fecha: _____
☐ Depresión / Fecha: _____
☐ Abuso de drogas / Fecha: _____
☐ OTRO: _____ Fecha: _____

Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta
☐ Ciego / Fecha: _____
☐ Sordo / Fecha: _____
☐ Pérdida de audición / Fecha: _____
☐ Glaucoma / Fecha: _____

PULMONAR / RESPIRATORIO
☐ Asma
☐ Enfisema
☐ EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
☐ EP (Embolia Pulmonar/Coágulo en el pulmón)
Fecha: _____
☐ Neumonía
☐ Apnea del Sueño
☐ Actualmente usando el dispositivo C-PAP
☐ TB (tuberculosis) / Fecha: _____

Génitourinario (Riñones y vías urinarias)
☐ Falla renal
☐ Insuficiencia renal
☐ Infección de las vías urinarias (Mal de orín)

TRASTORNO NEUROLÓGICO (Cerebro y Sistema nervioso)
☐ Enfermedad de Alzheimer's
☐ Demencia
☐ Esclerosis Múltiple
☐ Enfermedad de Parkinson
☐ Trastorno convulsivo
☐ Derrame / Fecha: _____
☐ Miastenia gravis
☐ Distrofia Muscular
☐ Migrañas
☐ Scoliosis
☐ Artritis Reumatoide

HEMATOLÓGICO (Sangre y nódulos linfáticos)
☐ Anemia
☐ Hemofilia
☐ Drepanocito o Anemia Falciforme
☐ Trastornos de coagulación
☐ Lupus

GASTROINTESTINAL (Sistema digestivo)
☐ Pólipos en el intestino grueso (Colon)
☐ Hepatitis A
☐ Hepatitis B
☐ Hepatitis C
☐ Hepatitis – Tipo desconocido
☐ Hernia
☐ Intestinos irritables
☐ Úlcera estomacal
☐ Enfermedad del hígado/Cirrosis
☐ Reflujo Ácido
☐ Enfermedad de Crohn
☐ Colitis Ulcerativa

ENDOCRINO (Hormonas y Metabolismo)
☐ Diabetes – Tipo I
☐ Diabetes – Tipo II
☐ Diabetes – Tipo desconocido
☐ Disfunción de la Tiroides
☐ Hipotiroidismo (baja)
☐ Hipertiroidismo (alta)
☐ Hemoglobina A1C
☐ Cáncer de la Tiroides

TRASTORNOS AUTOINMUNITARIOS E INFECCIOSOS
☐ SIDA / Fecha: _____
☐ VIH Positivo / Fecha: _____
☐ MRSA (SARM-Estafilococo Resistente a la Meticilina)
☐ Enfermedad de Lyme / Fecha: _____

Otras condiciones no mencionadas arriba: _____

Antecedentes Quirúrgicos del Pasado. Marque todos los aplicables e indique derecho o izquierdo (D/I) cuando apropiado.

☐ Articulación / Año: _____ D/I

☐ Aneurismo / Año: _____

☐ Angioplastia / Año: _____

☐ Angio con stent / Año: _____

☐ Apendectomía / Año: _____

☐ Artroscopia / Año: _____
Dónde: _____ D/I

☐ Espalda / Año: _____

☐ Cardíaco/Corazón / Año: _____

☐ Cataratas / Año: _____ D/I

☐ Colectomía / Año: _____

☐ Colonoscopia / Año: _____

☐ Cesárea / Año: _____

☐ Tubos en oído / Año: _____

☐ Vesícula / Año: _____

☐ Bypass gástrico / Año: _____

☐ Hernia / Año: _____

☐ Reemplazo de Cadera / Año: _____ D/I

☐ Histerectomía / Año: _____ Ovarios: D/I

☐ Reemplazo de Rodilla / Año: _____ D/I

☐ Senos / Mamas / Año: _____ D/I

☐ Próstata / Año: _____

☐ Tiroidectomía / Año: _____

☐ Amigdalectomía / Año: _____

☐ Ligadura de trompas / Año: _____

☐ Vasectomía / Año: _____

OTRAS CIRUGÍAS NO ENUMERADAS:

☐ OTRO _____ AÑO: _____

☐ OTRO _____ AÑO: _____

☐ OTRO _____ AÑO: _____

☐ OTRO _____ AÑO: _____

☐ OTRO _____ AÑO: _____

☐ Problemas pasados con la anestesia (Si indicó sí, explique): _____

BAJO TRATAMIENTO EN LA ACTUALIDAD:

☐ Dialisis

☐ Quimioterapia

☐ Radiación

☐ Oxígeno (Día/Noche) _____ litros

Antecedentes en su familia ¿Algún miembro de su familia (de sangre) ha padecido de uno o más de los siguientes trastornos o enfermedades? Si indicó que sí, favor marque las casillas apropiadas y especifique cuál familiar junto a la enfermedad.

☐ Cáncer/Tipo _____

☐ Presión alta _____

☐ Demencia _____

☐ Cáncer/Tipo _____

☐ Depresión _____

☐ Gota _____

☐ Cáncer/Tipo _____

☐ Anemia Falciforme _____

☐ Suicidio _____

☐ Cáncer/Tipo _____

☐ Tuberculosis _____

☐ Epilepsia _____

☐ Corazón _____

☐ Glaucoma _____

☐ Tiroides _____

☐ Derrame _____

☐ Asma _____

☐ Sanguíneo _____

☐ Diabetes _____

☐ Colesterol alto _____

☐ Alcohólico _____

☐ Riñones _____

Historia Social

USO DE ALCOHOL

¿Consume alcohol?

☐ Del todo ☐ Raramente (social) ☐ A menudo # de bebidas por semana: _____ ☐ Lo dejó ¿Cuándo? _____

¿Tipo de alcohol que consume?

☐ Cerveza ☐ Vino ☐ Licor

CONSUMO DE CAFÉINA

☐ Diario Cantidad y tipo _____ ☐ A veces Cantidad y tipo _____ ☐ Nunca

CONSUMO DE TABACO: ACTUALMENTE

¿Fuma cigarrillos regularmente en la actualidad (al menos una vez al día)?

☐ No ☐ Sí

Como promedio, ¿cuántos cigarrillos fuma por día? (1 paquete = 20)

DE CIGARRILLOS: _____

CONSUMO DE TABACO: EN EL PASADO

En el pasado, ¿fumó cigarrillos de forma regular (por lo menos 100 cigarrillos)?

☐ No ☐ Sí

¿Por cuántos años ha fumado cigarrillos regularmente (por lo menos una vez al día)?

_____ Años

En el pasado y como promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó por día? (1 paquete = 20)

de cigarrillos: _____

¿Si ha dejado de fumar, ¿en qué año dejó de fumar?

¿Actualmente fuma cigarros, pipa, o usa tabaco de mascar?

☐ No ☐ Sí

VAPEANDO

¿Usted vapea?

☐ Actualmente, no ☐ Actualmente, sí Si está vapeando, por cuánto tiempo ha vapeado? _____ ¿Qué tipo de dispositivo(s) utiliza? _____

Potencia actual: _____ Potencia previa: _____ ¿Cuántas veces por día vapea? _____

¿Vapea por razones sociales o porque está tratando de dejar de fumar? _____

Historia Social, continuación

USO DE DROGAS

Actualmente ☐ No ☐ Sí Si contesto “Sí,” ¿qué clase(s)? _____

En el pasado ☐ No ☐ Sí Si contestó “Sí,” ¿qué clase(s)? _____

Edad en que dejó las drogas: _____ Fecha en que dejó las drogas: _____

Medicamentos Favor enumerar a continuación los medicamentos que toma en la actualidad, incluso medicinas recetadas, vitaminas, suplementos y medicamentos de venta libre.

MEDICAMENTO	DOSIS / INSTRUCCIONES	ENFERMEDAD TRATANDO	MÉDICO QUE LO RECETÓ

☐ **Lista de medicamentos separada**—ver lista adjunta a este documento

¿Está bajo tratamiento para el manejo del dolor? ☐ Sí ☐ No ¿Dónde? _____

Alergias Favor indique todas las alergias que tenga a los medicamentos listados a continuación:

☐ Aspirina

☐ Betadina

☐ Dermatitis de contacto

☐ Penicilina

☐ Cinta adhesiva

☐ Otro: _____

☐ Codeína

☐ Contraste intravenoso

☐ **Al saber, no soy alérgico(a) a nada**

☐ Sulfa

☐ Yodo/mariscos

☐ Latex

☐ Huevo, pájaros/plumas

Favor describa la reacción a los alérgenos, si tiene alguno: _____

Nombre del médico tratante en la actualidad

CARDÍÓLOGO	PULMONÓLOGO	NEURÓLOGO
ENDOCRINÓLOGO	HEMATÓLOGO/ ONCÓLOGO	OTRO

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA
----------------------------------	---------------------	-------