

FORMULARIO PARA PACIENTE NUEVO

INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (COMPLETO, LEGAL): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos cuatro de SSN #: _____

Médico de Referencia: _____ Médico de Familia: _____

Sexo: Hombre Mujer Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Idioma Preferido: _____ ¿Alguna vez ha sido un paciente en esta práctica antes? Si No

Nacionalidad: (seleccione uno): Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza: Afroamericano Indio Americano Asiático Blanco Hawaiano/Isla del Pacífico

Otro _____

Dirección de Domicilio: _____

Dirección Alternativa (si corresponde): _____

E-Mail: _____ Inicio: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono #: _____

Nombre del Empleador del Paciente: _____ Teléfono #: _____

SE REQUIEREN LAS TARJETAS DE SU SEGURO, FOTO I.D. Y EL CO-PAGO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.

Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

¿Es usted el asegurado de su seguro principal?: Si No – Si no, complete la siguiente información:

Nombre de Asegurado: _____

¿Es usted el asegurado de su seguro secundario?: Si No – Si no, complete la siguiente información:

Nombre de Asegurado: _____

Mi firma abajo reconoce que entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que se me proporcionan, incluyendo el saldo restante después del pago de posibles beneficios del seguro. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios del médico al médico que proporciona los servicios.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

FORMULARIO PARA PACIENTE NUEVO

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

** Proporcione una breve explicación para la visita de hoy: _____

Estado De Fumar: Fumaba Nunca He Fumado Actualmente, paquetes por día _____

Peso _____ Altura _____

Revisión de sistemas: Marque la casilla correspondiente.

	Si	No		Si	No
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón en manos/piernas/pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heces negras o alquitranadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heces con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fácil aparición de moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor/calambres al caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones, Donde _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sientes los pies fríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entumecimiento en manos/piernas/pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida temporal de la visión en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormigueo en manos/piernas/pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones/heridas cutáneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón en manos/piernas/pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heces negras o alquitranadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial Familiar: (Por favor seleccione todas las respuestas válidas)

	Padre	Madre	Hermano	Hermana
Cáncer de Mama				
Cáncer de Ovarios				
Otro Tipo de Cáncer				
Enfermedad del Corazon				
Derrame Cerebral				
Hipertensión				
Diabetes				
Enfermedad Vasculat Aterosclerótica				
Aneurisma				
Otro (Por favor especifique)				

Sólo para la enfermera: BP _____ HR _____ Temp _____ RR _____ Sat _____ Ht _____ Wt _____

FORMULARIO PARA PACIENTE NUEVO

Alergias: Ninguna **Alergia a Latex:** Si No **Fecha De Nacimiento:** _____

Alergia a Medicamentos ↓

Reacción ↓

Alergia a los Alimentos: No Si _____

Alergia al Adhesivo usado en las Curitas: No Si _____

Alergia a Algas o Marisco/Yodo: No Si _____

Medicamentos Actuales: Marque aquí si adjunta una lista de medicamentos

Farmacia Preferida: Nombre _____ Numero de Telefono: _____

¿Es una farmacia de correo? Si No

Medicamento	Dosificación	Veces Por Dia	Medico que Prescribe

FORMULARIO PARA PACIENTE NUEVO

Historia Social: Directivas Avanzadas (Testamento Vital): Si No **Fecha De Nacimiento:** _____

Ocupación: _____ Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Alcohol: No Si Bebidas por dia/semana: _____ Uso de Drogas o Adicción: No Si

Tipo de Droga(s): _____ Uso de Cafeína: No Si Con qué frecuencia? _____

Historial Médico: Sin historia médica Marque todo lo que corresponda

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aneurisma Aortico Abdominal | <input type="checkbox"/> Hernia: _____ | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Estenosis de la Arteria Carótida | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial Periférica | <input type="checkbox"/> Obstrucción Intestinal | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Venas Varicosas | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Claudicación Intermitente | <input type="checkbox"/> Pólipos de Colon | <input type="checkbox"/> Dolor Crónico |
| <input type="checkbox"/> Latido del Corazón Irregular | <input type="checkbox"/> Hematuria | <input type="checkbox"/> Demencia |
| <input type="checkbox"/> Murmullo | <input type="checkbox"/> Cálculos Renales | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Venosa | <input type="checkbox"/> Desorden Bipolar | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño | <input type="checkbox"/> Defectos de Coagulación |
| <input type="checkbox"/> Diverticulosis/Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Thrombosis Venosa Profunda |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Vesícula | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Reflujo Esofágico | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Cancer: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Historial Quirúrgico: No hay historia quirúrgica | Indique las cirugías y la fecha aproximada

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reparación del Aneurisma | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Esplenectomía |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Hemorroidectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Hernia: _____ | <input type="checkbox"/> Amígdalas/Adenoides |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Cadera Total []I []D |
| <input type="checkbox"/> AV Injerto/Fistula | <input type="checkbox"/> Eliminación de Riñón | <input type="checkbox"/> Rodilla Total []I []D |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Cerebral | <input type="checkbox"/> Mastectomía []I []D | <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de Mama | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Cesárea |
| <input type="checkbox"/> Eliminación de la Catarata | <input type="checkbox"/> Desfibrilador Implantado | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bypass Cardiac | <input type="checkbox"/> Cirugía de Próstata | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Eliminación de la Vesícula | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Columna | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Catherization del Corazón | Vertebral (espalda/cuello) | |

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

FORMULARIO PARA PACIENTE NUEVO

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre de Paciente: _____ SSN#: _____

Doy mi permiso a **Surgical Specialists of Southwest Florida, P.A.**, para revelar mi información médica protegida a la siguiente familia o amigos:

Nombre : _____ Relacion : _____

Nombre : _____ Relacion : _____

Nombre : _____ Relacion : _____

Solicito que toda mi información médica protegida sea revelada solo a "Mi" ya nadie más que mis otros proveedores de atención médica.

Podemos dejar un mensaje de voz en su contestador automatico sobre su atención médica? Si No

Al firmar este formulario, está otorgando su consentimiento a Surgical Specialists of Southwest Florida para usar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de pago de tratamiento y operaciones de atención médica. Autorizo la divulgación de mi expediente médico a cualquier médico a quien me envíe. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos de servicios para mí, incluyendo el saldo restante después del pago de posibles beneficios de seguro. Yo asigno los beneficios pagaderos por los servicios de los médicos al médico que proporciona los servicios.

Nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad proporciona información más detallada sobre cómo podemos usar y divulgar esta información de salud protegida. Usted tiene el derecho legal de revisar nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento, y le recomendamos que lo lea en su totalidad. Nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad está sujeta a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso revisado llamando a nuestra oficina al (239) 936-8555. Usted tiene el derecho de solicitarnos que restrinjamos cómo usamos y divulgamos su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago o operaciones de atención médica. No estamos obligados por ley a conceder su solicitud. Sin embargo, si decidimos conceder su solicitud, estamos obligados por nuestro acuerdo. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya hemos utilizado o revelado su información de salud protegida en dependencia de su consentimiento. Una copia de este formulario debe considerarse válida como original.

Utilizamos un sistema automatizado para recordarle su próxima cita. Al firmar esto, también nos da permiso para incluirlo en este sistema de llamadas automatizado. Si no desea que le recuerden las citas futuras, por favor, hágaselo saber a la recepcionista.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

FORMULARIO PARA PACIENTE NUEVO

POLÍTICA FINANCIERA DE SURGICAL SPECIALIDAD OF SW FL

Como oficina de proveedor de la salud nosotros estamos cometidos a proveer el mejor servicio médico posible. Como servicio de salud, estamos cometidos a proveer un proceso financiero que permite a los pacientes entender con claridad su responsabilidad financiera. Nuestro servicio en la oficina está comprometido a ayudar y explicar a nuestros pacientes con sus preguntas acerca de los cargos financieros y también nuestro personal son expertos trabajando con las compañías de seguro médico, Medicare y la Indemnización laboral.

Identificación

- El paciente debe presentar una identificación válida
- El paciente debe presentar un seguro médico válido

Seguro médico

- **Co-pago**
 - Si el seguro médico requiere co-pago se colectará el día de la cita
- **Seguro/ deducible**
 - Seguro nuevo y la cantidad de deducible será facturado después del día de servicio
 - Esta cantidad solamente puede ser calculada después de la cita
- **Seguro médico no contratado**
 - Nuestra oficina no está contratada con todos los seguros médicos
 - Los pacientes serán responsables en preguntar si nuestra oficina está contratada con su seguro médico
 - Nuestra oficina enviará un reclamo a su seguro médico. El balance tendrá que ser pagado por el paciente
- **Seguro secundario -Con mucho gusto facturaremos cualquier seguro secundario**
- **Medicare**
 - SSSWFL someterá reclamaciones a Medicare, es responsabilidad del paciente firmar el formato de ABN por servicio no cubierto por el seguro médico
 - SSSWFL someterá reclamación a Medicare como seguro secundario
- **Indemnización laboral**
 - Los pacientes son responsables de los cargos financieros por el servicio médico relacionado por Indemnización laboral
 - Los pacientes deben presentar la información de la indemnización laboral antes de su cita
- **Seguro de automóvil/ Seguro de responsabilidad civil de terceros**
 - Los pacientes son responsables de los cargos financieros por el servicio médico relacionado con el accidente de automóvil
 - Los pacientes deben presentar el seguro de automóvil, seguro de responsabilidad civil de terceros y/o información del abogado pedido por nosotros SSSWFL.
- **Paciente sin seguro**
 - Aceptamos pacientes sin seguro
 - Se colectará el costo antes de la cita

Estado de cuenta/ pagos

- **Estado de cuenta**
 - El estado de cuenta será enviado al paciente mensualmente y tendrá la información de su saldo
 - Después del seguro médico, el paciente es responsable de pagar su saldo
- **Método de pago**
 - Nosotros aceptamos tarjetas de crédito, cheques, giro postal y efectivo
 - El bajo interés de pago está disponible. El paciente tendrá que hablar con el servicio al cliente para obtener la información y ver cuáles son sus opciones
- **El cheque devuelto por su banco tendrá una cuota de \$35 que tendrá que ser pagada por el paciente.**
- **Se cobrará una tarifa de \$50 por todas las citas perdidas o por no presentarse** Iniciales aqui _____

Yo autorizo, a Surgical Specialists de SWFL, pagos de beneficios de reembolso bajo mi póliza de seguro médico. Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para determinar mis beneficios. Esta autorización tendrá validez hasta que se dé aviso por escrito por mi revocación de autorización. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos que no están cubiertos por mi póliza de seguro médico, así como los co-pagos o co-seguro.

Nombre Impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

FORMULARIO PARA PACIENTE NUEVO

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento : _____

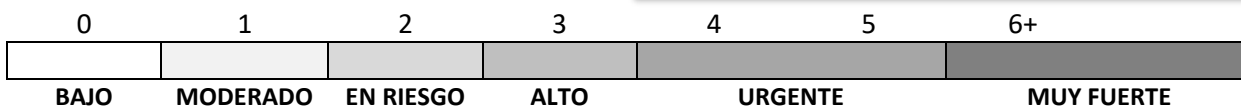
AUTOEVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Este formulario debe completarse una vez al año.
Encierre en un círculo "sí" o "no" para cada declaración.

Me he caído en el último año.	SI (2)	NO
Uso o me han aconsejado usar un bastón o andador.	SI (2)	NO
A veces pierdo el equilibrio al caminar.	SI (1)	NO
Me preocupa caerme.	SI (1)	NO
Uso mis brazos para levantarme de una silla.	SI (1)	NO
A veces tengo problemas para subir a una acera.	SI (1)	NO
Mi cuerpo se balancea cuando está parado.	SI (1)	NO
Doy pasos cortos y estrechos.	SI (1)	NO
Tropiezo a menudo o miro al suelo cuando camino.	SI (1)	NO
Con frecuencia tengo que correr al baño.	SI (1)	NO
He perdido algo de sensibilidad en uno o ambos pies.	SI (1)	NO
Mi medicamento me hace sentir mareado o somnoliento.	SI (1)	NO

SU RIESGO DE CAÍDAS →

¡HABLE CON NOSOTROS Y
COMUNÍQUESE CON SU PCP!



FORMULARIO PARA PACIENTE NUEVO

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Fecha de visita: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningun día	Varios Días	Más más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poco energía	0	1	2	3
5. Se apetito a ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la television	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrarior – muy inqueito(a) o agitado(a) que ha estado moveindose mucho mas de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

SOLAMENTE PARA EMPLEADOS

Totales de columna _____ + _____ + _____ + _____

Suma los totales _____

10. Si marcó cualquier de los problemas, ¿que tanta dificultad le han dad estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil Un poco difícil Muy difícil Extremadamente difícil