



Harford Gastroenterology Associates

Oluwasayo Adeyemo, MD, MPH
Weitong Mu, MD, PhD
Eiad Nasser, MD
Peter D. Park, MD
Asheesh Sood, MD

Kathleen Bocskor, FNP
Amy Johnson, AGNP
Alicia Panko, CRNP

Thomas A. Huebner, MD
Pathologist

Estimado nuevo paciente,

¡Bienvenido a nuestra práctica! Estamos aquí para ayudarte. Por favor, no dude en llamarnos. Nos esforzamos por brindarle el más alto nivel de atención médica y un excelente servicio. Queremos que se sienta cómodo y satisfecho con la atención que le brindamos.

Está programado para ver _____ on (fecha) _____ at (hora) _____.

Se adjuntan a esta carta los siguientes formularios. Por favor complete estos formularios y tráigalos con usted a su cita.

- Formulario demográfico del paciente
- Acuerdo financiero del paciente
- Aviso de responsabilidad financiera del paciente para procedimientos programados
- Aviso de Prácticas de Privacidad
- Autorización para el uso y divulgación de información
- Autorización que cumple con HIPAA para divulgar registros médicos
- Completar el formulario de historial del paciente

Utilizamos la información que nos proporciona para asegurarnos de que registramos un historial médico completo y completo y un examen médico completo. La información que proporcionas es muy importante. Por favor, asegúrese de proporcionarnos información completa.

Hay algunos artículos adicionales que deberá llevar a cada una de sus citas. Por favor, asegúrese de traer:

- Identificación legal con foto, como un pasaporte o una licencia de conducir estatal
- Tarjetas de seguro
- Derivación de su médico de atención primaria o compañía de seguros
- Copago

Si se está registrando por correo, envíe fotocopias claras de su identificación con foto y ambos lados de todas las tarjetas de seguro a la dirección que se indica a continuación. Escaneamos esa información a su registro médico. Lo usaremos para verificar su cobertura de seguro para procedimientos y visitas al consultorio. Verificaremos su identificación con foto y actualizaremos la información del seguro en cada visita.

Todos los pacientes nuevos deberán traer una referencia para ver a su nuevo especialista GI. Con su permiso, le ayudaremos a adquirir su referencia. Una vez que recibamos la referencia, confirmaremos la fecha y hora de su primera cita. Algunos productos de seguros no requieren referencias. Podremos tomar esa determinación una vez que tengamos una copia de su tarjeta de seguro.

El monto de su copago para ver a un especialista se indica en el frente de muchas tarjetas de seguro. Si no está seguro acerca de su copago, puede llamar a su compañía de seguros para preguntar por detalles. Estamos disponibles para ayudarle con esta información también.

Nuestro personal clínico usará sus frascos de medicamentos para realizar una revisión exhaustiva de sus medicamentos en todas y cada una de las visitas al consultorio. Asegúrese de compartir información completa con nosotros sobre todos sus medicamentos.

Esperamos conocerlo en persona y aprender cómo podemos ayudarlo. Gracias por elegir Harford Gastroenterology Associates para su atención especializada gi.

Sinceramente

Asociados y personal de Harford Gastroenterology

100 Walter Ward Boulevard, Suite 100
Abingdon, Maryland 21009
Ph: 443.347.4700
or 443.643.4700
Fax: 443.643.4707

www.harfordgi.com

251 Lewis Lane, Suite 105
Havre de Grace, Maryland 21078
Ph: 410.939.5082
Fax: 410.939.6291



**Harford
Gastroenterology
Associates**

Oluwasayo Adeyemo, MD, MPH
Weitong Mu, MD, PhD
Eiad Nasser, MD
Peter D. Park, MD
Asheesh Sood, MD

Kathleen Bocskor, FNP
Amy Johnson, AGNP
Alicia Panko, CRNP

Thomas A. Huebner, MD
Pathologist

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Género: M/F
Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Dirección: _____ N.º de apartamento: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
N.º de teléfono de casa: _____ N.º de teléfono de trabajo: _____
N.º de teléfono celular: _____
Dirección de correo electrónico: _____ Empleador: _____
Médico de referencia: _____
Nombre, teléfono y dirección de la farmacia: _____
Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
Relación: _____

SEGURO PRIMARIO

Transportista: _____ Póliza #: _____
Teléfono: _____ Grupo #: _____
Dirección: _____ Fecha de vigencia: _____
Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Empleador del Suscriptor: _____

SEGURO SECUNDARIO

Transportista: _____ Póliza #: _____
Teléfono: _____ Grupo #: _____
Dirección: _____ Fecha de vigencia: _____
Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Empleador del Suscriptor: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Version 10/10/2022



Consentimiento para tratar, divulgación y asignación de beneficios

Entiendo que, como parte de mi atención médica, esta práctica crea y mantiene un registro de salud que describe mi historial de salud. Entiendo que esta práctica puede usar esta información como:

1. Una base para planificar mi atención y tratamiento.
2. Un medio de comunicación entre muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi atención.
3. Un medio por el cual los pagadores de terceros pueden verificar que los servicios facturados realmente se prestaron.
4. Una herramienta para enrutar operaciones de atención médica, como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.
5. Un medio por el cual las agencias de licenciamiento, acreditación y reguladoras pueden verificar que se brindaron servicios de calidad apropiados.

Doy mi consentimiento para el tratamiento en esta práctica bajo el cuidado del personal médico, sus asociados, socios o designados. Doy mi consentimiento para cualquier o toda la atención ambulatoria, que abarca lo siguiente según lo ordenado por mi médico: entrevista, examen físico, examen de rayos X o fluoroscopia, procedimientos de laboratorio, procedimientos de diagnóstico, sedación consciente, anestesia general y/o local y enfermería o tratamiento médico que mi médico considere necesario o aconsejable.

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica personal para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Autorizo a esta práctica para solicitar beneficios en mi nombre para mis servicios cubiertos. Solicito que el pago de la compañía de seguros se realice directamente a Harford Gastroenterology Associates, P.A.

Entiendo que soy responsable de los deducibles, coseguros, copagos u otros montos no cubiertos por mi compañía de seguros. Si se requiere una remisión y no se presenta en el momento del servicio, se negará el servicio hasta que se obtenga la remisión.

Firma: _____ Fecha: _____

Version 10/10/2022



ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Comprender nuestras políticas financieras es una parte importante de su experiencia general con nuestra oficina y nuestro personal. No dude en hacer cualquier pregunta que pueda tener sobre este acuerdo financiero. Lea atentamente estas políticas y firme a continuación, lo que indica que ha leído y comprende las políticas que se detallan en ellas. Si tiene preguntas, no dude en consultar a nuestro Gerente de facturación 443-643-4700 ex 140 u opción 4.

PARTICIPACIÓN DEL SEGURO

Somos proveedores participantes de varias compañías de seguros y aceptamos todos los pagos de cobertura de seguros. Nuestra oficina hará todo lo posible para verificar sus beneficios relacionados con sus servicios con nuestra oficina, nuestra verificación es solo un costo preliminar hasta que su compañía de seguros procese los servicios.

NUESTRA RESPONSABILIDAD HACIA USTED :

1. Mantener registros actualizados de su cobertura de seguro.
2. Presentar reclamos médicos a su compañía de seguros en su nombre y presentar las apelaciones correspondientes cuando su compañía de seguros niega inicialmente los reclamos.
3. Para ayudarlo a comprender los detalles específicos de su cobertura de seguro para los servicios prestados por nuestros proveedores.
4. Informarle sobre cualquier derivación o autorización previa que pueda necesitar para sus servicios con HGA.
5. Su plan de seguro puede requerir una autorización previa, nuestro personal especializado interno le comunicará sus obligaciones financieras por correo o por teléfono.

SU RESPONSABILIDAD HACIA NUESTRA OFICINA:

1. Proporcione información demográfica y de seguros precisa y actualizada a nuestra oficina. Si no nos proporciona esta información, es posible que se rechacen las reclamaciones y que usted sea personalmente responsable de los cargos incurridos.
2. Es posible que se requieran referencias para un especialista: HGA debe tener una referencia antes de su cita;
 - a. Si su PCP (médico de atención primaria) no recibe una derivación, es posible que deba reprogramarla.
3. Responsable de cualquier gasto de bolsillo que se adeude según lo dictado por su cobertura de seguro.
 - a. **Los copagos, coseguros y deducibles vencen en el momento del servicio**
 - b. **Los saldos vencidos vencen el día de la cita con el registro o antes de la fecha de su cita**

SALDOS DE CRÉDITO o SOBREPAGOS

1. Nuestro Departamento de Facturación concilia todas las actividades de la cuenta por fecha de servicio y aplicará los créditos actuales a su saldo adeudado, abrirá citas programadas o preparará su cuenta para un reembolso mediante cheque.
 - a. Las cuentas inactivas con saldos acreedores se reembolsarán mediante cheque, a menos que se especifique lo contrario.
 - b. Cheques de reembolso no reclamados – después de 3 años
 - i. Comuníquese con el Contralor de Maryland: propiedad no reclamada

CUENTA POR COBRAR

1. Falta de pago recibida por saldos de cuentas abiertas después de 120 días
 - a. Será enviado a nuestra Agencia de Cobranza RMP
 - b. Cuentas en cobranzas o estado de cobranza: deben pagarse antes de recibir una cita
2. Cheques devueltos por pagos – debido a fondos insuficientes o cuentas bancarias cerradas
 - a. Incurrirá en una tarifa de \$ 35.00
3. Cita perdida sin llamar dentro de las 24 horas – Cargo por no presentarse \$50.00

He leído y acepto las políticas de Harford Gastroenterology Associates, PA mencionadas anteriormente, y su firma reconoce que HGA ha compartido nuestros procesos de trabajo estándar internos con la esperanza de brindarle una mejor comprensión de las políticas financieras.

Firma

Fecha

Nombre impreso

Fecha de nacimiento del paciente

La información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre usted se mantiene como un registro escrito y/o electrónico de sus visitas y/o contactos para servicios de atención médica con nuestra práctica. Específicamente, la PHI es información sobre usted, incluida la información demográfica que puede identificarlo y se relaciona con su condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados, incluida la información de pago, facturación y seguro.

Lo que sigue es una declaración de sus derechos bajo la regla de privacidad con respecto a su PHI. Por favor, siéntase libre de discutir cualquier pregunta relacionada con esto con el personal de nuestra oficina.

Nuestro Deber Jurídico. Harford Gastroenterology Associates está obligado por ley a proteger y mantener la privacidad de su PHI, proporcionar este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI, y cumplir con los términos del Aviso actualmente en vigor.

Tiene derecho a recibir, y estamos obligados a proporcionarle una copia de este Aviso de prácticas de privacidad.

Estamos obligados a seguir los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso en cualquier momento. Si lo solicita, le proporcionaremos un Aviso de prácticas de privacidad revisado. El aviso también se publicará en un lugar visible dentro de la práctica.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI. Esto significa que puede inspeccionar y obtener una copia de su expediente médico. Si su registro se mantiene electrónicamente, tiene derecho a solicitar una copia en formato electrónico. Tenemos derecho a cobrar una tarifa razonable por las copias impresas o electrónicas según lo establecido por las pautas profesionales, estatales o federales.

Es posible que tenga derecho a solicitar una modificación de su información médica protegida. Puede solicitar una modificación de su PHI mientras mantengamos esta información. En ciertos casos, sin embargo, su solicitud puede ser denegada.

Tiene derecho a solicitar la rendición de cuentas de la divulgación. Esto significa que puede solicitar una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su PHI a personas autorizadas o ajenas a nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su PHI. Puede solicitarnos por escrito que restrinjamos cómo se usa y / divulga su PHI para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de salud. No estamos obligados a aceptar tales restricciones, pero una vez que se aceptan dichas restricciones, debemos cumplir con dichas restricciones.

Sistema de información regional de Chesapeake para nuestros pacientes (CRISP). Estamos participando con CRISP, un intercambio regional de información de salud, que presta servicios a Maryland y DC Según lo permita la ley, su información de salud se compartirá con este intercambio para brindar un acceso más rápido y ayudar a su médico y equipo de atención médica a tomar decisiones más informadas. Puede "optar por no participar" y deshabilitar el acceso a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de Opt-Out a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org. Los informes de salud pública y la información sobre Sustancias peligrosas controladas, como parte del Programa de monitoreo de medicamentos recetados de Maryland, seguirán estando disponibles para nuestros proveedores.

Quejas. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus registros, puede comunicarse con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentarnos una queja notificando a nuestro Gerente de Oficina en Harford Gastroenterology Associates, 100 Walter Ward Blvd., Suite 100, Abingdon, MD 21009. Teléfono 443-643-4700.

Acuse de recibo de la notificación de prácticas de privacidad

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de
cuenta _____

Autorización para divulgar información de salud a miembros de la familia o personas designadas:

**Emergencia HIPPA
Contacto aprobado**

Nombre	Relación	Número de teléfono	☐	☐
Nombre	Relación	Número de teléfono	☐	☐
Nombre	Relación	Número de teléfono	☐	☐
Nombre	Relación	Número de teléfono	☐	☐

Al firmar a continuación, reconozco que:

- Soy el paciente o el representante personal del paciente.
- Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad para Harford Gastroenterology Associates.
- Entiendo que puedo comunicarme con la persona nombrada en el Aviso si tengo preguntas sobre el contenido del Aviso.

Firma del paciente o padre/tutor legal o persona legalmente responsable

Fecha

Relación con el paciente

Solo para uso de la oficina

Completar si no se obtiene la firma solicitada:

El miembro del personal de Harford GI buscó pero no pudo obtener un acuse de recibo del paciente o del representante personal del paciente por el siguiente motivo:

☐ Representante del paciente/persona rechazado

☐ Otro:

Firma del personal militar de Harford: _____



Número de cuenta del paciente _____

**AUTORIZACIÓN PARA USO DE CONTESTADORES AUTOMÁTICOS
Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A OTROS**

Asociados de Gastroenterología de Harford, P.A. Médicos, enfermeras practicantes y personal de atención médica rutinariamente no pueden contactar a los pacientes directamente durante el horario comercial normal. En estas ocasiones nuestra oficina puede dejar mensajes en los dispositivos de comunicación provistos por nuestros pacientes. debido a la nueva Regla de privacidad HIPAA exigida por el gobierno federal, debemos obtener su autorización para usar este modo de comunicación. Información de salud protegida que posiblemente podamos divulgar en su hogar, trabajo o celular El teléfono puede incluir, entre otros: resultados de pruebas, información de recetas/farmacias, instrucciones de citas para visitas y/o procedimientos, y otra información que su atención médica considere necesaria. proveedor.

Escriba sus iniciales en lo siguiente si SÍ acepta lo siguiente. Por favor, déjelo en blanco si NO hay consentimiento dado.

_____ (iniciales) Acepto permitir que Harford Gastroenterology Associates. Doctores, Asistentes, Médicos, Enfermera Practicante, y personal de atención médica para dejar mensajes que incluyan información de salud protegida en los siguientes dispositivos de comunicación.

_____ número de casa, _____ número de trabajo, _____ numero de celular

_____ (iniciales) Doy mi consentimiento para que mi información médica y demográfica se comparta con otros entidades sanitarias. (CRISP- Sistema de información regional de Chesapeake para nuestros pacientes) Se puede encontrar más información en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

_____ (iniciales) Me gustaría recibir atención preventiva y recordatorios de seguimiento por correo o portal del paciente.

_____ (iniciales) Doy mi consentimiento para obtener un historial de medicamentos comprados en farmacias.

Firma del paciente

Fecha

Firma de testigo

Fecha

Version 8/26/2026



Harford Gastroenterology Associates

Oluwasayo Adeyemo, MD, MPH
Weitong Mu, MD, PhD
Eiad Nasser, MD
Peter D. Park, MD
Asheesh Sood, MD

Kathleen Bocskor, FNP
Amy Johnson, AGNP
Alicia Panko, CRNP

Thomas A. Huebner, MD
Pathologist

Autorización compatible con HIPAA para divulgar registros médicos

Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Dirección del paciente

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono del Paciente

Por la presente, lo autorizo a entregar a HARFORD GASTROENTEROLOGY ASSOCIATES una copia de mis registros médicos. Estos registros se utilizarán para continuar con la atención médica. Me reservo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Además, entiendo que esta información de salud protegida puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y, por lo tanto, ya no está protegida por las reglas de privacidad.

Al firmar esta autorización, entiendo que los registros médicos divulgados pueden contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc. Entiendo que la divulgación de notas de psicoterapia requiere una autorización adicional.

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA DE:

Organización/Nombre de contacto

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA A

Harford Gastroenterology Associates

100 Walter Ward Boulevard

Suite 100

Abingdon, MD 21009

Phone: 443-347-4700

Fax: 443-643-4707

TIPOS DE REGISTROS SOLICITADOS

- ☐ Fecha de servicio: Desde _____ a _____
- ☐ Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento o condición _____
- ☐ Pruebas de laboratorio/diagnóstico _____
- ☐ otro _____

Propósito o necesidad de esta información:

☐ Cuidado Continuo

☐ Copias para uso propio

☐ otro

Fecha

Firma del paciente o parte legalmente responsable

Descripción de la autoridad para actuar
en nombre del individuo

100 Walter Ward Boulevard, Suite 100
Abingdon, Maryland 21009
Ph: 443.347.4700
or 443.643.4700
Fax: 443.643.4707

www.harfordgi.com

251 Lewis Lane, Suite 105
Havre de Grace, Maryland 21078
Ph: 410.939.5082
Fax: 410.939.6291



**Harford
Gastroenterology
Associates**

Oluwasayo Adeyemo, MD, MPH
Weitong Mu, MD, PhD
Eiad Nasser, MD
Peter D. Park, MD
Asheesh Sood, MD

Kathleen Bocskor, FNP
Amy Johnson, AGNP
Alicia Panko, CRNP
Thomas A. Huebner, MD
Pathologist

100 Walter Ward Boulevard, Suite 100
Abingdon, Maryland 21009
Ph: 443.347.4700
or 443.643.4700
Fax: 443.643.4707

www.harfordgi.com

251 Lewis Lane, Suite 105
Havre de Grace, Maryland 21078
Ph: 410.939.5082
Fax: 410.939.6291

Formulario de información del paciente

La siguiente información es **muy importante para su salud**. Tómese el tiempo para completar completamente las 4 páginas.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Médico de Atención Primaria _____ Altura/Peso _____

Motivo de la visita _____

Raza: ☐ Blanca/Caucásica ☐ Negro o Africano ☐ Asiático ☐ Indio Americano ☐ Nativo de Hawai
☐ Desconocido ☐ El paciente se niega a proveer información ☐ Nativo de Alaska ☐ otro Pacífico Isleño

Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Coreano ☐ Español ☐ Otro: _____

Etnicidad: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ El paciente se niega a proporcionar información

→ ¿Tiene alguna de las siguientes alergias ? ☐ Látex ☐ Penicilina ☐ Huevos ☐ Soja ☐ Sulfa

→ ¿Tiene alguna otra alergia a medicamentos o alimentos?: ☐ No ☐ Sí (indique el nombre y el tipo de reacción)

Nombre, ubicación y código postal de la farmacia: _____

Consentimiento para obtener un historial de medicamentos comprados en Farmacias ☐ Sí ☐ No

Medicamentos Actuales (Complete completamente) ☐ Ninguno

MEDICAMENTO	DOSIS (MG o MCG, etc.)	FRECUENCIA (CON QUÉ FRECUENCIA, CANTIDAD)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

→ **Ha tenido alguna de las siguientes vacunas :** ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Pneumovax
Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____
☐ Vacuna contra la gripe ☐ VPH ☐ Herpes Zoster ☐ Covid-19 Dosis 1 ☐ Covid-19 Dosis 2
Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____ Cuándo: _____

→ **¿Se ha realizado alguno de los siguientes Estudios Diagnósticos:**
☐ Ninguno ☐ Endoscopia, Cuándo: _____ ☐ Colonoscopia, Cuándo: _____
☐ Tomografía computarizada de abdomen/pelvis, cuando: _____
☐ Ultrasonido abdominal, cuando: _____ ☐ CPRE, cuando: _____
☐ Examen de píldoras con cámara, cuando: _____ ☐ Otro (lista): _____

→ **Mantenimiento de bienestar:** Fecha de la última: Consulta dermatológica: _____ Prueba de Papanicolaou : _____

→ **¿Ha tenido alguna vez anestesia?** ☐ No ☐ Sí
→ **¿Alguna reacción a la anestesia *que no ponga en peligro la vida* ?** ☐ No ☐ Sí
→ **¿Tiene antecedentes de complicaciones anestésicas potencialmente mortales?** ☐ No ☐ Sí
→ **¿Tiene antecedentes de una traqueotomía?** ☐ No ☐ Sí
→ **¿Utiliza una máquina CPAP?** ☐ No ☐ Sí
→ **¿Utiliza una máquina BiPAP?** ☐ No ☐ Sí

→ **En los últimos tres meses, ¿ha tenido un derrame cerebral?** ☐ No ☐ Sí
Cuándo: _____

→ **En los últimos tres meses, ¿ha tenido una convulsión?** ☐ No ☐ Sí
Cuándo: _____

→ **En los últimos tres meses, ¿ha tenido un ataque al corazón?** ☐ No ☐ Sí
Cuándo: _____

→ **¿Usas oxígeno?** ☐ No ☐ Sí

→ **¿Recibe Diálisis Renal?** ☐ No ☐ Sí

→ **¿Ha tenido un Trasplante de Órganos?** ☐ No ☐ Sí

→ **¿Pesa más de 350 libras?** ☐ No ☐ Sí

→ **Antecedentes de hipertensión pulmonar (enfermedad pulmonar: ¿no es presión arterial alta?)** ☐ No ☐ Sí

→ **¿Toma alguno de estos Medicamentos?** ☐ No tomar ningún ☐ Coumadin ☐ Aspirina ☐ Plavix
anticoagulantes ☐ Pradaxa ☐ Xarelto ☐ Eliquis

→ **¿Tiene un Desfibrilador?** ☐ No ☐ Sí, en caso afirmativo, **fecha de la última revisión y nombre del cardiólogo :** _____

→ **¿Tiene un marcapasos?** ☐ No ☐ Sí, en caso afirmativo, **fecha de la última revisión y nombre del cardiólogo :** _____

→ **Exámenes de anestesia solo para mujeres**

Uso actual de control de la natalidad: ☐ Píldoras anticonceptivas ☐ Parche anticonceptivo
☐ NuvaRing ☐ Uso del DIU
☐ Implante hormonal ☐ Uso de Depo-shot
☐ Diafragma/Condón ☐ Ligadura de trompas
☐ Histerectomía ☐ Posmenopáusica
☐ Historial de útero ☐ Actualmente no usa
control de la natalidad por ablación

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

→ ¿Tiene antecedentes de alguno de los siguientes?
afecciones cardíacas? ☐ Ninguno

- | | |
|---|--|
| ☐ Pruebas anormales de hígado | ☐ Anemia Cuando: _____ |
| ☐ Esófago de Barrett | ☐ Enfermedad celíaca |
| ☐ Cirrosis | ☐ Cáncer de colon |
| ☐ Colon Pólipos | ☐ Enfermedad de Crohn |
| ☐ Diverticulosis | ☐ Cáncer GI |
| Cuando: _____ | ☐ Reflujo ácido |
| ☐ Cálculos biliares | ☐ Hemorroides |
| ☐ Sangrado GI | ☐ Hepatitis C |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Pankreatitis |
| ☐ Enfermedad hepática | ☐ Colitis ulcerosa |
| ☐ Enfermedad ulcerosa | ☐ Otro _____ |

→ ¿Tiene alguna de las siguientes
¿condiciones? ☐ Ninguno

- | | |
|---|---------------|
| ☐ Enfermedad de las arterias coronarias | Cuando: _____ |
| ☐ Historial de infarto | Cuando: _____ |
| ☐ Cirugía de corazón | Cuando: _____ |
| ☐ Stents cardíacos | Cuando: _____ |
| ☐ Reemplazo de válvula cardíaca | Cuando: _____ |
| ☐ Estenosis aórtica | Cuando: _____ |
| ☐ Antecedentes de endocarditis bacteriana | Cuando: _____ |
| ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva | Cuando: _____ |
| ☐ Fibrilación auricular | |
| ☐ Otros problemas cardíacos: | |

→ ¿Tiene algún problema pulmonar? ☐ No ☐ Sí

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Asma | ☐ Enfisema |
| ☐ EPOC | ☐ Apnea del sueño |
| ☐ Otros problemas pulmonares: | (lista) _____ |

→ ¿Tiene diabetes? ☐ No ☐ Sí

- ☐ Con medicación oral
☐ Con insulina
☐ Dieta Controlada

→ ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? ☐ Ninguno

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Artritis | ☐ Glaucoma | ☐ Cáncer de pulmón | ☐ Coágulos de sangre (TVP) |
| ☐ Hipertensión | ☐ Convulsiones | ☐ Cáncer de próstata | ☐ Historia de la Sangre |
| ☐ Colesterol alto | ☐ Problemas renales | ☐ Cáncer de mama | transfusiones |
| ☐ Trastorno de la tiroides | ☐ Endometriosis | ☐ Cáncer ginecológico | ☐ Otro _____ |

→ Historial Quirúrgico: ¿Ha tenido alguna de las siguientes cirugías? ☐ Ninguno

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Cirugía de vesícula biliar | ☐ Resección de Colon | ☐ By-Pass Gástrico | ☐ Apéndice Cirugía |
| ☐ Cirugía de hemorroides | ☐ Reparación de hernias | ☐ Cesárea | ☐ Histerectomía |
| ☐ Cirugía de próstata | ☐ Reemplazo de articulaciones | ☐ Otras Cirugías Mayores (lista) _____ | _____ |

Ocupación: _____ Número de hijos _____

Estado civil : ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Unión civil

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Uso tabaco: ☐ Sí ☐ No (círculo) Cigarrillos Pipa Cigarros Chew Vape (Smokeless) Paquetes Por Día ____ No. Años ____ Dejó de fumar hace ____ años/meses	Yo tomo alcohol: ☐ Sí ☐ No ____ por día ____ por semana	Cafeína : (café, té, cola): ____Tazas por día	¿Drogas recreativas o callejeras en el pasado? ☐ Sí ☐ No ¿Drogas recreativas o callejeras ahora? ☐ Sí ☐ No ¿Antecedentes de uso de drogas IV (intravenosas)? ☐ Sí ☐ No ¿Uso de marihuana medicinal? ☐ Sí ☐ No
--	---	--	--

→ ¿ Ha tenido alguno de estos síntomas **EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES ?** (Marque los que apliquen)

<u>ENMT</u> ☐ Glaucoma ☐ Dificultad para tragar ☐ Ronquera ☐ Llagas en la boca ☐ Dolor de garganta <u>ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO</u> ☐ Exposición al VIH ☐ Alergia alimentaria <u>CARDIOVASCULAR</u> ☐ Soplo ☐ Dolor en el pecho ☐ Hinchazón de piernas ☐ Corazón irregular ☐ Presión arterial alta <u>CONSTITUCIONAL</u> ☐ Fatiga ☐ Pérdida del apetito ☐ Aumento de peso (involuntario) ☐ Pérdida de peso (involuntaria) ☐ Fiebre <u>ENDOCRINO</u> ☐ Diabetes ☐ Hiper/hipotiroidismo	<u>GASTROINTESTINAL</u> ☐ Indigestión ☐ Enfermedad ulcerosa péptica ☐ Hepatitis ☐ Enfermedad de la vesícula biliar ☐ Pancreatitis ☐ Diarrea ☐ Estreñimiento ☐ Sangrado rectal ☐ Náuseas ☐ Vómitos ☐ Intolerancia alimentaria ☐ Dolor al tragar ☐ Dolor abdominal ☐ Hinchazón abdominal ☐ Cambio en los hábitos intestinales ☐ Gasolina ☐ Acidez estomacal ☐ Ictericia (coloración amarillenta de la piel) <u>GENITOURINARIO</u> ☐ Cálculos renales ☐ Orina Oscura ☐ Hematuria <u>HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO</u> ☐ Anemia ☐ Trastorno hemorrágico ☐ Transfusión de Sangre ☐ Coágulos ☐ Aneurisma	<u>INTEGUMENTARIO</u> ☐ Urticaria ☐ Erupciones ☐ Prurito ☐ ictericia <u>MUSCULOESQUELÉTICO</u> ☐ Artritis ☐ Gota <u>NEUROLÓGICO</u> ☐ Convulsiones ☐ Ataque Cerebral ☐ Accidente Cerebral ☐ Dolores de cabeza frecuentes ☐ Migraña <u>PSIQUIÁTRICO</u> ☐ Ansiedad ☐ Depresión ☐ Alucinaciones/Paranoia ☐ Pensamientos suicidas ☐ Ataques de pánico <u>RESPIRATORIO</u> ☐ Neumonía ☐ Asma ☐ Tos crónica ☐ Tos con sangre ☐ Prueba cutánea de TB positiva o exposición a TB ☐ Dificultad para respirar
---	--	---

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

→ Antecedentes Médicos Familiares:

☐ No Conocimiento de la historia familiar

¿Es usted adoptado? ☐ No ☐ Sí

¿Hay antecedentes familiares de...?

Pólipo de colon

☐ No ☐ Sí (¿quién?) _____ Si falleció, edad _____

Cáncer de colon

☐ No ☐ Sí (¿quién?) _____ Si falleció, edad _____

Enfermedad de Crohn

☐ No ☐ Sí (¿quién?) _____ Si falleció, edad _____

Cáncer GI(estómago, hígado, páncreas)

☐ No ☐ Sí (¿quién?) _____ Si falleció, edad _____

Colitis ulcerosa

☐ No ☐ Sí (¿quién?) _____ Si falleció, edad _____

Enfermedad hepática o hepatitis

☐ No ☐ Sí (¿quién?) _____ Si falleció, edad _____

Enfermedad celíaca

☐ No ☐ Sí (¿quién?) _____ Si falleció, edad _____

Paciente/Padre/Tutor/ Firma

Fecha