



¡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.

# 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 saludables<sup>1</sup>, y a los pacientes con acceso a proveedores regulares de atención primaria tienen menores costos generales de atención médica.<sup>2</sup>



### Accesible

Tiempos de espera más cortos, atención "fuera del horario de atención", acceso a telemedicina 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.**

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

<sup>2</sup> 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](https://frederickhealth.org/PrimaryCare)

 **Frederick Health**  
Medical Group

## Información del Paciente

(Primer nombre y apellidos) Nombre Primario Preferido Fecha de nacimiento

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Tel. CASA Tel. CELULAR Tel. TRABAJO

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

¿Desea unirse al Portal de Pacientes?  Sí  No **Correo Electrónico** (Requerido para usar el Portal): \_\_\_\_\_

Médico Primario: \_\_\_\_\_ Proveedor Refiriendo (si aplicable): \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ ESTATUS DE EMPLEO  Completo  Parcial  Dueño de empresa  Desempleado

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  Retirado  Ama de casa  Militar Activo  Desconocido

TEL. EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

IDIOMA PRIMARIO: \_\_\_\_\_ ¿NECESITA INTÉRPRETE?  Sí  No

DONADOR DE ÓRGANO  Sí  No ESTATUS COMO VETERANO: \_\_\_\_\_

### ESTADO CIVIL

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

### PRONOMBRE

- Rehúso contestar
- Él
- Ella
- Ellos
- Ze, Hir
- No está listado (favor especificar): \_\_\_\_\_

### GÉNERO AL NACER

- Masculino
- Femenino
- Indiferenciado

### GÉNERO LEGAL

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

### 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

### ORIENTACIÓN SEXUAL

- Rehúso contestar
- Heterosexual
- Bisexual / Pansexual
- Lesbiana, gay, u homosexual
- No sé
- No está listado (favor especificar): \_\_\_\_\_

### IDENTIDAD DE GÉNERO

- Rehúso contestar
- Femenino
- Masculino
- No binario / Género fluidor
- Transgénero Hombre
- Transgénero Mujer
- No está listado (favor especificar): \_\_\_\_\_

## Información de su Seguro Médico

### Seguro Médico Primario

Seguro ID# GRUPO#

Nombre del Inscrito (Portador del Seguro) Fecha de Nacimiento

Dirección Teléfono

#### 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

Dirección Teléfono

#### 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 responsable Fecha de Nacimiento Empleador

Dirección Tel. CASA Tel. TRABAJO

RELACIÓN:  Padre  Tutor  Mismo

Cónyuge  Otro: \_\_\_\_\_

Género:  Femenino  Masculino  Indiferenciado

## Contacto de Emergencia

CONTACTO DE EMERGENCI

RELACIÓN CON EL PACIENTE

TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA

## 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



## 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: \_\_\_\_\_

**Genitourinario (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.

- |                                                                       |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Articulación / Año: _____ D/I                | <input type="checkbox"/> Tubos en oído / Año: _____              |
| <input type="checkbox"/> Aneurismo / Año: _____                       | <input type="checkbox"/> Vesícula / Año: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia / Año: _____                    | <input type="checkbox"/> Bypass gástrico / Año: _____            |
| <input type="checkbox"/> Angio con stent / Año: _____                 | <input type="checkbox"/> Hernia / Año: _____                     |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía / Año: _____                    | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadera / Año: _____ D/I    |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia / Año: _____<br>Dónde: _____ D/I | <input type="checkbox"/> Histerectomía / Año: _____ Ovarios: D/I |
| <input type="checkbox"/> Espalda / Año: _____                         | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Rodilla / Año: _____ D/I   |
| <input type="checkbox"/> Cardíaco/Corazón / Año: _____                | <input type="checkbox"/> Senos / Mamas / Año: _____ D/I          |
| <input type="checkbox"/> Cataratas / Año: _____ D/I                   | <input type="checkbox"/> Próstata / Año: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Colectomía / Año: _____                      | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía / Año: _____              |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia / Año: _____                    | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía / Año: _____             |
| <input type="checkbox"/> Cesárea / Año: _____                         | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas / Año: _____        |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> 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.

- |                                            |                                                  |                                          |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Presión alta _____      | <input type="checkbox"/> Demencia _____  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Depresión _____         | <input type="checkbox"/> Gota _____      |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme _____ | <input type="checkbox"/> Suicidio _____  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____      | <input type="checkbox"/> Epilepsia _____ |
| <input type="checkbox"/> Corazón _____     | <input type="checkbox"/> Glaucoma _____          | <input type="checkbox"/> Tiroides _____  |
| <input type="checkbox"/> Derrame _____     | <input type="checkbox"/> Asma _____              | <input type="checkbox"/> Sanguíneo _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____    | <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____   |                                          |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo _____ | <input type="checkbox"/> Riñones _____           |                                          |

**Historia Social**

**USO DE ALCOHOL**

¿Consumo 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:

- |                                     |                                                |                                                                     |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina   | <input type="checkbox"/> Betadina              | <input type="checkbox"/> Dermatitis de contacto                     |
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Cinta adhesiva        | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                |
| <input type="checkbox"/> Codeína    | <input type="checkbox"/> Contraste intravenoso | <input type="checkbox"/> <b>Al saber, no soy alérgico(a) a nada</b> |
| <input type="checkbox"/> Sulfa      | <input type="checkbox"/> Yodo/mariscos         |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Latex      | <input type="checkbox"/> Huevo, pájaros/plumas |                                                                     |

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

## Nombre del médico tratante en la actualidad

CARDIÓLOGO PULMONÓLOGO NEURÓLOGO

ENDOCRINÓLOGO HEMATÓLOGO/ ONCÓLOGO OTRO

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL FECHA DE NACIMIENTO FECHA