

Cuestionario de Salud

Nombre _____	Edad _____	Fecha _____	Est. _____	Peso _____
Razón de Visita: _____			Oficina : BP _____ HR _____ Temp _____	
Historia Médica/ Tipo de problemas médico: _____				
Cirugías Pasadas/ Ultima colonoscopia y resultados: _____				
Última prueba de Papanicolaou (mes/año) y resultados: _____ Histerectomía No Si				
Última mamografía (mes/ año) y resultados: _____				
Última vacuna de tétano _____		Última vacuna de neumonía _____		Última vacuna de gripe _____
Historia en la Familia: Cualquier miembro de familia tiene alguna de las siguientes:				
Cáncer.....	No Si	Quién.....	Tipo de cáncer _____	
Ataque.....	No Si	Quién....	_____	
Problema del corazón.....	No Si	Quién....	_____	
Presión Alta.....	No Si	Quién....	_____	
Diabetes.....	No Si	Quién....	_____	
Enfermedad mental.....	No Si	Quién....	_____	
Historia Social				
Algún uso de drogas.....	No Si	Tipo	_____	
Uso de alcohol.....	No Si	Qué tan seguido	_____	
Soltero Casado Separado		Divorciado Viudo (a)		
Hijos.....	No Si	Cuantos	_____	
Empleado.....	No Si	Tipo de trabajo	_____	
Fumador.....	No Si	Frecuencia	_____	
Alérgico a algún medicamento _____			Medicaciones Por favor escriba una lista: _____	

Evaluación del Organismo

General

Fiebre.....	No Si
Escalofríos.....	No Si
Pérdida de peso inesperado.....	No Si

Cabeza / Nuca / Ojos / Oídos / Nariz / Boca / Garganta

Pérdida de conocimiento.....	No Si
Mareos.....	No Si
Cambio inesperado en la visión.....	No Si
Rigidez o Entumecimiento en la nuca.....	No Si
Engrandecimiento en las glándulas.....	No Si
Comezón en los ojos.....	No Si
Operación reciente en los ojos.....	No Si
Dolor de oídos.....	No Si
Drenaje o desagüe en los oídos.....	No Si
Pérdida de audición.....	No Si
Sangrado de nariz.....	No Si
Moquear de nariz.....	No Si
Lesiones en la boca.....	No Si
Dolor en la boca.....	No Si
Dolor de garganta.....	No Si

Corazón/Pulmones

Dolor en el pecho.....	No Si
Respiración corta.....	No Si
Inflamación de mano/pie/tobillo.....	No Si
Tos.....	No Si
Sibilancia o sonido silbante al respirar.....	No Si
Dificultad al respirar.....	No Si

Gastrointestinal

Vómitos.....	No Si
Cambio en hábito para ir al baño.....	No Si
Diarrea.....	No Si
Sangre en el excremento.....	No Si
Dolor en el abdomen.....	No Si

Genitourinario

Perdida de orina.....	No Si
Frecuencia en la orina.....	No Si
Ardor/dolor al orinar.....	No Si
Sangre en la orina.....	No Si

Musculo esquelético/Piel/Seno

Debilidad en músculos o coyunturas.....	No Si
Dificultad al caminar.....	No Si
Salpullido.....	No Si
Enfermedad en la piel.....	No Si
Anormalidad en pigmentación en la piel.....	No Si
Masa o hinchazón en el seno.....	No Si
Dolor en el seno.....	No Si
Drenaje en el pezón.....	No Si

Neurológico/Psicológico

Convulsiones.....	No Si
Parálisis.....	No Si
Pensamientos de suicidio.....	No Si
Pensamientos de lastimar a otros.....	No Si

Endocrino/Hematológica/Linfático

Cambio en crecimiento del cabello.....	No Si
Se siente más caliente/frío.....	No Si
La piel se muestra más reseca.....	No Si
Enfermedad en la sangre.....	No Si
Sangrado anormal.....	No Si

KARIN LI, MD, INC-PATIENT REGISTRATION FORM (SPANISH) KCL#1S-3S (rev 4/23/2023)

Apellido del paciente: _____ Nombre de pila: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección de casa: _____

Dirección postal: () Igual que en casa _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Compañía de seguros principal: _____ Póliza #: _____ Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Compañía de seguros secundaria: _____ Póliza #: _____ Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Número de Seguro Social: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____ Consumo de tabaco: Sí No Anterior Nunca

Sexo: M F () Rechazo declarar. Orientación sexual: _____ () Rechazo declarar. Idioma: _____ Raza: () Blanco () Afroamericano

() Nativo americano () Asiático () Nativo de Hawái/Islands del Pacífico () Rechazo declarar. Etnia: () Hispano/latino () No hispano/latino () Rechazo declarar

Nombre del contacto de emergencia #1: _____ Teléfono (Casa/Celular): _____ Relación: _____

Nombre del contacto de emergencia #2: _____ Teléfono (Casa/Celular): _____ Relación: _____

Paciente de Medicare: Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a mí o en mi nombre a **KARIN C LI, MD, A PROF MEDICAL CORP** por cualquier servicios prestados a mí por el médico o su asociado. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la administración financiera de atención médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Por la presente, autorizo a Medicare a proporcionar al médico cualquier información sobre mis reclamos de Medicare bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social. Una copia de esta firma es tan válida como el original.

Paciente de seguro comercial: Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo con mi compañía de seguros y asignar beneficios que de otro modo serían pagaderos a a mí, al médico o grupo indicado en la reclamación. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros. Una copia de esta firma están válido como el original.

Autorización del paciente/Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

- Indique dónde desea recibir llamadas o información sobre sus citas, análisis u otros problemas de atención médica que provienen directamente de nuestros médicos o personal. Teléfono _____ () casa () celular Correo electrónico _____
- ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales (p. ej., citas, análisis de laboratorio, remisiones y resultados médicos) en el contestador automático de su casa, el correo de voz del teléfono celular o el correo electrónico? () Sí () No
- Enumere los familiares u otras personas a quienes podamos informar sobre su condición médica general y/o diagnósticos.

Nombre(s)/Relación(es) _____

La información en esta autorización es aplicable por 1 año a partir de la fecha en que este formulario es firmado y aceptado por el paciente. Después del período de 1 año, esta información entrará en vigencia automáticamente por períodos consecutivos de 1 año A MENOS QUE el paciente nos informa que cambiemos la información anterior.

Reconocimiento del paciente de la privacidad de la información de atención médica

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para: Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente; Obtener pago de terceros pagadores; Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas. Me han informado de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Se me ha otorgado el derecho de revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo hacer que esta organización en cualquier momento en la dirección registrada obtenga una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si acepta, está obligado a cumplir con dichas restricciones. Entiendo que puedo revocar este reconocimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que haya tomado medidas basándose en este reconocimiento.

Multas y exención de elegibilidad para miembros del seguro

Estas son las multas: \$50 por una cita en el consultorio perdida, \$150 por una cita de procedimiento perdida y \$25 por un "cheque sin fondos". La verificación de la cobertura de su seguro (p. ej., HMO, PPO, EPO, POS, etc.) para los beneficios de atención médica se realizará como cortesía. Sin embargo, en caso de que su cobertura NO sea efectiva, usted será responsable de todos los pagos.

Consentimiento general

Por la presente consiento y solicito los procedimientos de diagnóstico (por ejemplo, radiografías, análisis de sangre, tratamiento médico) y el tratamiento que el personal profesional de esta práctica considere conveniente. Reconozco que he leído este formulario de consentimiento y entiendo su contenido. Tuve la oportunidad de discutirlo, y cualquier pregunta que tuve fue respondida a mi completa satisfacción.

Al firmar a continuación, certifica que toda la información anterior es correcta y verdadera. Además, ha leído, entendido y aceptado toda la información anterior.

Firma del paciente / tutor _____ Fecha _____

Relación con el paciente _____