

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

¿Cómo se entero de nuestra clínica? Familia/Amigo Seguro en la Web/Representante Pre-asignado por el Seguro Tarjeta postal Otro _____

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 es tan válida como el original.

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 _____

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN HIPAA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Familiares/Contactos autorizados

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a recibir información sobre mi atención médica:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____

Permiso para llamadas telefónicas y correo de voz

Número(s) de teléfono que la oficina puede utilizar:

1.

2.

3.

Seleccione una opción:

☐ SÍ — Autorizo a la oficina a dejar mensajes confidenciales en el buzón de voz de los números indicados.
arriba.

☐ LIMITADO — La oficina solo podrá salir:

Información de la cita Solicitud de devolución de llamada Otro: _____ ☐ ☐ ☐

☐ NO — Por favor, no deje mensajes de voz que contengan información médica.

Comunicación con la familia/representante

Autorizo a la oficina a comunicarse con las personas mencionadas anteriormente en relación con:

Citas Información médica/de tratamiento Resultados de pruebas/laboratorio ☐ ☐ ☐

Facturación de medicamentos/seguro médico ☐ ☐ ☐ Todo lo anterior

Entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización por escrito.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del representante (si corresponde): _____

Relación/Autoridad: _____

Consentimiento para el uso de un transcriptor de IA durante mi visita

Por favor, lea este formulario y formule cualquier pregunta antes de firmarlo. Su atención médica no se verá afectada si lo rechaza.

Lo que solicitamos es lo siguiente: Durante su visita, su médico desea utilizar un transcriptor de IA (un software que escucha la conversación entre usted y su médico, crea una transcripción escrita y redacta la nota clínica para su historial médico).

Cómo funciona: El audio se captura solo mientras la herramienta está encendida y solo durante su cita. El audio se convierte en una transcripción y se utiliza para redactar una nota de la consulta. Su médico revisa y edita cada nota antes de que pase a formar parte de su historial médico. La IA no toma decisiones médicas. Su privacidad está protegida. La grabación y la transcripción son Información de Salud Protegida según la HIPAA y se salvaguardan como el resto de su historial. El audio se utiliza para generar su nota. Su información no se vende ni se utiliza para entrenar modelos de IA sin una autorización explícita por separado. Sus derechos. El consentimiento es voluntario . Puede rechazarlo y recibir la misma calidad de atención. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento , incluso durante la visita; simplemente avise a su médico y la herramienta se desactivará. Puede hacer preguntas sobre la herramienta, el proveedor y cómo se almacena su información en cualquier momento. Una nota sobre las leyes de grabación. Algunos estados requieren que todas las personas en una conversación den su consentimiento antes de que se grabe. Al firmar a continuación, usted otorga ese consentimiento para el propósito descrito anteriormente. Puede revocarlo en cualquier momento.

Tu decisión

☐ DOY MI CONSENTIMIENTO para el uso de un escriba de IA como se describe anteriormente.

☐ ME NIEGO. Por favor, no utilicen un transcriptor de IA durante mi visita.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma del representante personal (si corresponde) · Parentesco con el paciente

Este consentimiento complementa, y no reemplaza, el Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica y el consentimiento general para el tratamiento.

Consérvelo de acuerdo con los requisitos de documentación de HIPAA aplicables (mínimo 6 años).