



150 Pine Forest Drive Suite 703 Shenandoah, TX 77384 Tel #: 936-273-2016

Fecha:
Nadeem Jamil , MD Chris Sparkman , MD Veronica Bugenhagen, MD Parneet Mattewal MPAS, PA-C

INFORMACIÓN DE PACIENTE & CUESTIONARIO DE SALUD

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidencial y serán parte de so archivo médico.

Nombre	M	F	Fecha de Nacimiento:
Estado Civil: Soltero/a Pareja Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a			
Medico Previo o Referente:		Fecha de Ultimo Examen Físico:	
Teléfono Primario #:		Teléfono Alternativo #:	
Correo Electrónico:			
Dirección Física:			
Dirección de Enviar:			
Seguro Social #:		Lic de Manejar #:	
Ocupación:		Empleador:	Teléfono de Empleador #:
Contacto y Relación de Emergencia:			
Teléfono #:			

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA		
Nombre de Aseguranza Primaria:		
ID de Póliza #:	Grupo #:	
Portador de Póliza:	Seguro Social#:	Fecha de Nacimiento:
Nombre de Aseguranza Secundaria:		
ID de Póliza #:	Grupo #:	
Portador de Póliza:	Seguro Social#:	Fecha de Nacimiento:

WOODLANDS INTERNISTS

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

Enfermedad de Infante: Sarampión Paperas Rubeola Varicela Fiebre Reumática Polio

Inmunizaciones y Fechas:

Tétano	Neumonía
Hepatitis	Varicela
Influenza	MMR <i>Sarampión, Paperas, Rubeola</i>

Liste cualquier problema médico que otros médicos han diagnosticado

Cirugías

Año	Razón	Hospital

Otras Hospitalizaciones

Año	Razón	Hospital

¿Ha usted tenido alguna vez transfusión de sangre? Si No

WOODLANDS INTERNISTS

Listar sus drogas recetadas y drogas sin recetas, como vitaminas e inhaladores.

Nombre de Droga	Dosis	Tomado con qué frecuencia

Alergias a medicaciones

Nombre de Droga	Reacciones que ha tenido

Farmacia Local : **Teléfono #:**

Farmacia Ordenar por Correo: **Teléfono #:**

ID de Miembro #:

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

	¿EDA/ FALLECIDO?	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICANTES		¿EDA/ FALLECIDO?	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICANTES
Padre			Hijos/as	M F	
Madre				M F	
Hermanos/as	M F			M F	
	M F			M F	
	M F		Abuela <i>Materna</i>		
	M F		Abuelo <i>Materno</i>		
	M F		Abuela <i>Paterna</i>		
	M F		Abuelo <i>Paterno</i>		

WOODLANDS INTERNISTS

HABITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

TODAS LAS PREGUNTAS CONTINIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONAL Y SERAN MANTENIDAS ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

Ejercicio	Sedentaria (No ejercicio)					
	Poco ejercicio (i.e., subir escalones, caminar 3 bloques, golf)					
	Ejercicio vigoroso ocasional (i.e., trabajar o recreación, menos de 4x/semana por 30 min.)					
	Regular vigorous exercise (i.e., work or recreation 4x/week for 30 minutes)					
	<input type="checkbox"/> ¿Tiene usted cualquier dolor de pecho, mareo y palpitación durante o después del ejercicio?					
Dieta	¿Está haciendo dieta?			Si	No	
	Si es si, ¿Esta en dieta receta por un médico?			Si	No	
	¿Qué # de comidas que come en un día normal?					
	Rango de sal que consume	Alta	Med	Baja		
	Rango de gordura que consume	Alta	Med	Baja		
Cafeína	<input type="checkbox"/> Ninguna	Café	Te	Cola		
	¿Cantidad de vasos/ latas al día?					
Alcohol	¿Usted toma alcohol?			Si	No	
	Si es si, ¿Qué tipo?					
	¿Cuántas bebidas a la semana?					
	¿Usted está preocupado por la cantidad que toma?			Si	No	
	¿Usted ha considerado parar?			Si	No	
	¿Alguna vez ha experimentado pérdida de conocimiento?			Si	No	
	¿Usted esta propenso a "borracheras"?			Si	No	
	¿Usted maneja después de tomar?			Si	No	
Tabaco	¿Usted usa tabaco?			Si	No	
	Cigarrillo – pks./día	Masticar - #/día	Pipa - #/día	Puros - #/día		
	# de años	O año que lo dejo				
Drogas	¿Usted actualmente usa drogas recreativas o de la calle?			Si	No	
	¿Alguna vez ha usado drogas de la calle con una aguja?			Si	No	
Sexo	¿Usted es sexualmente activo/a?			Si	No	
	Si es si, ¿usted está tratando embarazarse?			Si	No	
	Si no está tratando de embarazarse lista de anticonceptivos o métodos de barrera que usa:					
	¿Alguna molestia durante las relaciones sexuales?			Si	No	
	Enfermedades relacionadas al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), tal como SIDA, sean convertido en un problema de salud pública grande. Factores de riesgo para esta enfermedad incluyen uso de drogas intravenosas y relaciones sexuales sin protección. ¿Le gustaría hablar con nuestro proveedor sobre sus riesgos de esta enfermedad?			Si	No	
Sueño	¿Por favor indique que tan probable usted reposara o dormiría en las siguientes situaciones?				Total #:	
	¿Sentado o leyendo?	Nunca (0)	Leve (1)	Moderado (2)		Alto (3)
	¿Mirando Televisión?	Nunca (0)	Leve (1)	Moderado (2)		Alto (3)
	¿Sentando sin actividad en una junta, seminario o teatro, etc?	Nunca (0)	Leve (1)	Moderado (2)		Alto (3)
	¿Cómo pasajero en un carro por más de una hora?	Nunca (0)	Leve (1)	Moderado (2)		Alto (3)
	¿Recostarse para descansar en la tarde?	Nunca (0)	Leve (1)	Moderado (2)		Alto (3)
	¿Mientras tiene una conversación relajante?	Nunca (0)	Leve (1)	Moderado (2)		Alto (3)
¿Sentarse tranquilamente después de comer?	Nunca (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Alto (3)		
Seguridad Personal	¿Usted vive solo/a?			Si	No	
	¿Usted se cae con frecuencia?			Si	No	
	¿Usted tiene Perdida de visión o audición?			Si	No	
	¿Usted tiene una Directiva Avanzada y/o Testamento en Vida?			Si	No	
	¿Le gustaría información en la preparación de estos?			Si	No	
	Abuso físico y/o mental también sea convertido en un problema de salud pública en este país. Esto normalmente se convierte en comportamiento verbalmente amenazante o físicamente o abuso sexual. ¿Le gustaría hablar sobre este problema con su proveedor?			Si	No	

WOODLANDS INTERNISTS

MUJER SOLAMENTE		
Edad que comenzó su menstruación:		
Fecha de última menstruación:		
Periodo cada días		
¿Periodos pesados, irregulares, manchas, dolor o descarga?	Si	No
Cantidad de embarazos	Cantidad de partos vivos	
¿Está embarazada o dando pecho?	Si	No
¿Usted ha tenido una D&C, histerectomía, o cesaría?	Si	No
¿Fecha de su último papanicolaou & examen rectal?		
¿Fecha de su última prueba de densidad de huesos?		

HOMBRES SOLAMENTE		
¿Normalmente se levante a orinar durante la noche?	Si	No
Si es si, # de veces		
¿Usted siente dolor o ardor cuando orina?	Si	No
¿Hay sangre en la orina?	Si	No
¿Usted siente ardor con descarga del pene?	Si	No
¿La fuerza de orinar ha disminuido?	Si	No
¿Ha tenido cualquier infección de riñón, vejiga o próstata dentro de los últimos 12 meses?	Si	No
¿Usted tiene problemas con vaciar su vejiga completamente?	Si	No
¿Algún dolor de testículos o hinchazón?	Si	No
¿Fecha de último examen de la próstata o rectal?		
¿Fecha de su última prueba de densidad de huesos?		
¿Cualquier otra preocupación?		

OTROS PROBLEMAS		
Marque si tiene o ha tenido, cualquiera de los siguientes síntomas en las siguientes áreas a un grado significativo o explique brevemente.		
Piel	Pecho/ Corazón	Cambios recientes en:
Cabeza/ Cuello	Espalda	Peso
Oídos	Intestinal	Nivel de Energía
Nariz	Vejiga	Habilidad para dormir
Garganta	Intestinos	Otro dolor/ molestia:
Pulmones	Circulación	¿Mareos o Vértigo?
¿Sincope/ Colapso?	¿Vértigo?	¿Ansiedad?
¿Depresión?	¿Migrañas?	¿DDA/ TDAH?
¿Asma?		
¿Usted tiene un marca pasos?	¿Usted tiene presión arterial baja?	¿Usted ha tenido cirugía láser de los ojos en los últimos 90 días?
¿Usted tiene un desfibrilador?	¿Está tomando 3 o más medicamentos?	¿Está obteniendo el beneficio completo de sus medicamentos?
¿Usted tiene algún procedimiento próximo?		

WOODLANDS INTERNISTS

POLÍTICAS

Gracias por elegir Woodlands Internists, P.A. como su proveedor de cuidado de salud. Estamos comprometidos en cuidar cada aspecto de su salud. Su entendimiento claro de nuestras políticas es importante para nuestra relación profesional. Pedimos que por favor lea cuidadosamente e inicialé cada declaración, después por favor firme abajo.

Nosotros requerimos una copia de todas las tarjetas de aseguranza y pedimos que usted las presente en cada visito con su licencia de manejar o identificación con fotografía.

ASEGURANZA: _____

El paciente es responsable de saber sus beneficios de aseguranza y si tiene un deducible o copago. Si usted tiene una póliza HMO USTED DEBE cambiar su PAP (Proveedor de Atención Primaria) a uno de nuestros proveedores antes de su visita. Nosotros con todo gusto someteremos su reclamo de aseguranza en su nombre. Nosotros no nos involucraremos en disputas entre usted y su aseguranza acerca de cobertura y/o beneficios de política.

PAGO ES DEBIDO AL MOMENTO DE SERVICIO. Cualquier saldo en su cuenta es debido antes de ver a nuestros proveedores.

CHEQUES REGRESADOS: _____

Habrá una cuota de servicio de \$35 por todos los cheques rechazados. Si pago no es recibido con la cantidad completa y la cuota de servicio dentro de 10 días su información será presentada a The Montgomery County Hot Check Division. Si usted tiene alguna ocurrencia nosotros no podremos aceptar más cheques de usted.

CITAS: _____

Cuando un paciente llega tarde es muy importante mantener en la programación. Si usted llega más de 15 minutos tarde usted puede ser pedido reprogramar 24 horas en avanzado. Para pruebas de diagnóstico y procedimientos, una cuota de \$50 será agregada a su cuenta a menos que hayamos sido notificados 24 horas en avanzado.

RECETAS: _____

Rellenos: Es la responsabilidad del paciente contactar su farmacia 5 días antes de acabarse los medicamentos. Rellenos pueden tomar 3-4 días para ser rellenos. Por favor no deje mensajes múltiples esto puede retrasar el proceso.

Triplicantes: Pacientes que reciben medicamentos triplicantes para substancias controladas deben de ser vistos cada 90 días a menos que el proveedor apruebe una orden para recibir sus recetas mensuales. Cada receta de be de ser recogida por el paciente o tener una liberación firmada y una identificación. Hay una cuota de \$5 por cada medicamento recogido. Si su receta es perdida o no rellena dentro del tiempo permitido y tenemos que expedir una receta nueva una cuota de \$10 será cobrada. **Para propósitos de monitoreo una prueba de toxicología de orina es mandataria para todos los pacientes recibiendo triplicantes.**

Medicamentos Controlados: Todos los pacientes que reciben medicamentos de dolor crónico deben de ser vistos cada mes por nuestros proveedores a menos que aprobación previa haya sido documentada. Cada paciente es requerido firmar un acuerdo que ellos no recibirán medicamentos de otra instalación o médico. **Para propósitos de monitoreo una prueba de toxicología de orina es mandataria para todos los pacientes recibiendo medicamentos controlados.** Medicamentos serán hechos solamente durante horas de negocio y no por medio de nuestro servicio de contestación.

ARCHIVOS MEDICOS: _____

Hay una cuota de \$25 por las primeras 20 páginas de cualquier archivo médico y debe de ser pagado antes de ser liberado. Una forma de liberación de archivos médicos debe de ser firmada y un aviso de solicitud de 72 horas es requerida. Para cualquier formulario que deben de ser llenados y firmados por un médico hay una cuota de \$25 que debe de ser pagada por avanzado y un aviso de solicitud de 72 horas es requerida. Esto incluye FMLA, discapacidad, suministros médicos, o cualquier documento formal necesitando una carta del médico.

REFERENCIAS Y/O AUTORIZACIONES: _____

Por favor permita 72 horas para todas las referencias y autorizaciones sean procesadas.

MENORES: _____

Todos los pacientes menores de 18 años de edad, tendrán que ser acompañados por un padre o tutor legal. Padre o Tutor legal debe de estar presente durante toda la duración de la cita. Si una padre o tutor legal no está disponible para acompañar al paciente, entonces una forma de Autorización para Tratamiento Médico debe de ser completada dando autorización a otro adulto para que acompañe al paciente.

Por favor liste los individuos cual estamos permitidos hablar sobre su informacion medica:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

¿Usted da consentimiento a un examen médico y cualquier procedimiento o prueba necesaria por nuestros proveedores mientras usted este en nuestra oficina? SI / NO

¿Usted da consentimiento a Woodlands Internists de dejar información sobre sus resultados en su correo de voz? SI / NO

¿Usted da consentimiento a nuestra oficina de liberar información médica a cualquier especialista a quien lo referíamos o con quien usted está actualmente siendo tratado? SI / NO

Por favor liste todos los especialistas que actualmente lo están tratando:

Medico: _____ Especialidad: _____ # de Teléfono: _____

Medico: _____ Especialidad: _____ # de Teléfono: _____

Medico: _____ Especialidad: _____ # de Teléfono: _____

Medico: _____ Especialidad: _____ # de Teléfono: _____

Yo he leído, entiendo y estoy de acuerdo con todos las políticas y procedimientos de Woodlands Internists PA:

Imprima Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

WOODLANDS
INTERNISTS

150 Pine Forest Drive Suite 703 Shenandoah, TX 77384 Tel #: 936-273-2016