



Cuestionario de detección activa COVID-19

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Registro Medico #: _____

1. En los últimos 14 días, ha tenido alguna **tos** que no pueda atribuir a otra condición de salud?
Si No

2. En los últimos 14 días, ha experimentado alguna **dificultad para respirar** que no pueda atribuir a otra condición de salud? Si No

3. En los últimos 14 días, ha experimentado algún **dolor de garganta** que no pueda atribuir a otra condición de salud? Si No

4. En los últimos 14 días, ha experimentado algún **dolor muscular** que no pueda atribuir a otra condición de salud? Si No

5. En los últimos 14 días, ha tenido una temperatura igual o **superior a 100,4 oF** o la sensación de tener fiebre?
Si No

6. En los últimos 14 días, ha tenido **contacto cercano**, sin el uso del PPE apropiado, con alguien que actualmente está enfermo con COVID-19 sospechado o confirmado? *(Nota: el contacto cercano se define como dentro de 6 pies durante más de 10 minutos consecutivos)*
Sí No

POR FAVOR, ASEGÚRESE DE USAR SU MÁSCARA ADECUADAMENTE A TODO MOMENTO

X _____
Firma del paciente / tutor

Fecha

Información del Paciente

Fecha _____ Nombre Del Paciente _____
 SS#/SIN _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Casa _____
 Teléfono de la Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip/PC _____
 Correo electrónico _____ Celular _____
 Marque la casilla correspondiente: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado
 Paciente Teléfono del trabajo _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip/PC _____ Teléfono del trabajo _____
 Si el paciente es un estudiante, de el nombre de la escuela/universidad _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip/PC _____
 A quién podemos agradecerle por recomendarlo? _____
 Persona a contactar en caso de emergencia _____ Teléfono _____

X _____
 Firma del paciente o tutor _____ Fecha _____

Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el paciente _____
 Dirección _____ Teléfono de la casa _____
 Correo electrónico _____ Teléfono celular _____
 Número de licencia de conductor _____ Fecha de nacimiento _____ Institución financiera _____
 Empleador _____ Teléfono de trabajo _____
 ¿Es esta persona actualmente paciente en la oficina? Sí No

Información del seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____
 Fecha de Nacimiento _____ SS#/SIN _____ Fecha de empleo _____
 Nombre del Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
 Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip/PC _____
 Compañía de seguros _____ Grupo # _____ Unión o local # _____
 Ins. Co. Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip/PC _____
 ¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto has usado? _____ Máx. Beneficio anual? _____

¿ Tiene algún seguro adicional? Sí No En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____
 Fecha de nacimiento _____ SS#/SIN _____ Fecha de empleo _____
 Nombre del empleador _____ Teléfono de trabajo _____
 Compañía de seguros _____ Grupo# _____ Unión o local # _____
 Ins. Co. Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip/PC _____
 ¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto has usado? _____ Máx. Beneficio anual? _____

Autorizo la divulgación de información sobre mi atención médica, asesoramiento y tratamiento brindado con el propósito de evaluar y administrar reclamos de beneficios del seguro. Por la presente, también autorizó el pago de los beneficios del seguro que de otro modo me pagarían directamente al médico.

X _____
 Firma del paciente o padre / tutor _____ Fecha _____



Formulario de consentimiento para la comunicación de información médica protegida (PHI)

En Complete Cardiac and Vascular Care, nos gustaría comprender sus métodos de comunicación preferidos y obtener su consentimiento para divulgar información médica a miembros de la familia y otras personas de su elección. Al firmar este formulario, nos da permiso para transmitir su información médica, como resultados de laboratorio, solicitudes de prescripción, recordatorios de citas y referencias por teléfono, fax, correo postal u otros métodos especificados como se selecciona a continuación. También nos da permiso para divulgar información médica a los miembros de su familia, cuidadores u otras personas seleccionadas de acuerdo con sus preferencias a continuación. Entiende que tiene derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. La revocación no cubrirá la información divulgada antes de esa fecha. Este formulario es opcional y no caduca. Su solicitud estará vigente hasta que notifique a nuestra práctica de cualquier cambio.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Registro Médico #: _____

Métodos de comunicación (marque todos los que correspondan):

Teléfono de casa: _____

Deje un mensaje de voz
No deje un mensaje de voz

Teléfono del trabajo: _____

Deje un mensaje de voz
No deje un mensaje de voz

Celular Teléfono: _____

Dejar un mensaje de voz
No dejar un mensaje de voz
Mensaje de texto

Comunicación escrita:

Enviar a la dirección de casa
Enviar a la dirección del trabajo
Enviar por fax a este número:

Mensajes electrónicos seguros a través del Portal para pacientes en línea (debe tener 18 años de edad o más)

Correo electrónico para acceder al portal del paciente: _____
Mensajes a través de Healow y ECW Otros: _____

Permiso (s) (marque todo lo que corresponda):

No quiero que mi información médica sea comunicada a los miembros de mi familia o cuidadores

Le doy a esta práctica el permiso para comunicar mi información médica a miembros de familia, cuidadores u otras personas que se enumeran a continuación:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Información que se divulgará / accederá (marque todas las que correspondan):

Información de la cita

Medicamentos recetados

Información de referencias

Resultados de laboratorio

Instrucciones / consejos médicos

Facturación, seguro y pago formation

X _____

Firma del paciente / tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha de nacimiento



Acuerdo del paciente en las políticas de la oficina

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Registro Medico #: _____

Nuestra política financiera se ha establecido para brindar una comprensión clara y evitar malentendidos.

Por la presente acepto ceder los pagos a la oficina de Dr. Viral Lathia. si mi compañía de seguros no cubre los servicios debido a copagos, deducibles, etc.

Comprendo que soy responsable de los pagos de cualquier tratamiento que mi compañía de seguros no pueda pagar.

Soy responsable de mi deducible y copago de \$ _____ que ha sido determinado por mi seguro. Mi copago y deducible se pagarán en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos con la oficina. Si la información del seguro es incorrecta, seré responsable del pago completo.

Entiendo que se cobrará una tarifa de \$ 20.00 por todos los cheques devueltos / sin fondos y cancelará mi privilegio de pagar con cheque en futuras visitas.

Entiendo y acepto que en caso de que cualquier saldo pendiente deba ser remitido a una agencia de cobranza o abogado para su recuperación, seré responsable de todos los cobros y los honorarios del abogado.

Debido a que su tiempo es valioso, haremos todo lo posible para comenzar lo antes posible. Sin embargo, nuestro tiempo es igualmente importante y esperamos que llegue a tiempo a las citas programadas y nos avise con 24 horas de anticipación de cualquier cancelación.

Al firmar este formulario, acepto que he leído y entiendo completamente la política.

X _____
Firma del paciente / tutor

Fecha

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, EXAMÍNELA CUIDADOSAMENTE.

CÓMO COMPRENDER EL HISTORIAL / LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Cada vez que usted visita un hospital, un médico, un dentista u otro proveedor del cuidado de la salud, se efectúa un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, los resultados del reconocimiento y las pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para el cuidado o tratamiento futuro. Esta información que a menudo se denomina “su historial de la salud o médico,” sirve como la base para planear su cuidado y tratamiento y sirve como un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su cuidado. Comprender el contenido de su historial y cómo se utiliza la información sobre su salud lo ayuda a usted a asegurar su precisión, comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a la información sobre su salud, y lo ayuda a usted a tomar decisiones más informadas al autorizar la revelación a otros.

SUS DERECHOS RESPECTO DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

A no ser que la ley lo exija, su historial de la salud es propiedad física del médico del cuidado de la salud o del centro que lo recopiló. Sin embargo, usted tiene ciertos derechos respecto de la información. Usted tiene derecho a:

1. **Recibir una copia de este Aviso de Prácticas de la Privacidad** de parte nuestra al inscribirse o a petición.
2. **Solicitar restricciones en nuestros usos y revelaciones de la información protegida sobre su salud** para las operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud. Sin embargo, nosotros nos reservamos el derecho a no consentir en la restricción solicitada.
3. **Solicitar recibir comunicaciones respecto de información protegida sobre la salud en confianza.**
4. **Inspeccionar y obtener una copia de la información protegida sobre la salud** que contienen sus registros médicos y de facturación y cualquier otro registro de prácticas que utilicemos nosotros para tomar decisiones con respecto a usted. Se puede aplicar un cargo razonable por la copia.
5. **Solicitar una enmienda a la información protegida sobre su salud.** Sin embargo, nosotros podemos negar su solicitud de una enmienda si determinamos que la información o registro protegido sobre su salud que constituye el tema de la solicitud:
 - No fue creado por nosotros, a menos que usted provea una base razonable para estimar que el creador de la información protegida sobre su salud ya no está disponible para actuar sobre la enmienda solicitada;
 - No es parte de sus registros médicos o de facturación;
 - No se encuentra disponible para ser inspeccionado como se establece más arriba; o
 - Es precisa y completa.En cualquier caso, lo que se convenga al efectuar la enmienda será incluido como un agregado a, y no como un reemplazo de registros ya existentes.
6. **Recibir una contabilidad de las revelaciones de información protegida sobre la salud** efectuadas por nosotros para individuos o entidades aparte de usted, excepto para revelaciones:
 - Para realizar operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud como se estipula más arriba;
 - A personas involucradas en su cuidado o con otros fines de notificación como lo estipula la ley;
 - A correccionales o funcionarios del cumplimiento de la ley según lo estipula la ley;
 - Con fines de seguridad o inteligencia nacional;
 - Que hayan ocurrido antes de la fecha del cumplimiento de otras normas respecto de la privacidad (14 de abril de 2003);
 - Secundarias para otros usos o revelaciones lícitos;
 - Que formen parte de un conjunto de datos limitados (no contiene información protegida sobre la salud que identifique directamente a individuos);
 - Realizadas al paciente o a sus representantes personales;
 - Para las cuales se haya recibido un formulario escrito de autorización de parte del paciente
7. **Revocar su autorización para utilizar o revelar información sobre la salud,** excepto al punto que nosotros ya hayamos tomado medidas en dependencia de su autorización, o si la autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro, y otra ley aplicable provee al asegurador que obtuvo la autorización el derecho a defender una reclamación conforme a la política.
8. **Recibir una notificación si adolece de un incumplimiento de PHI no asegurada**

CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Esta organización puede utilizar y / o revelar su información médica para los siguientes fines:

Tratamiento: Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud en la previsión, coordinación o administración del cuidado de su salud, incluyendo consultas entre proveedores del cuidado de la salud con respecto a su cuidado y remisiones para el cuidado de la salud de un proveedor del cuidado de la salud a otro.

Pago: Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para obtener reembolsos por el cuidado de la salud que se le proveyó a usted, incluyendo determinaciones de elegibilidad y cobertura y otras actividades de evaluación de la utilización.

Operaciones Normales del Cuidado de la Salud: Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para respaldar funciones de nuestra práctica relacionadas con el tratamiento y el pago, tales como actividades de garantía de calidad, administración de casos, recibo y respuesta a quejas de pacientes, evaluaciones de los médicos, programas de conformidad, auditorías, planeamiento de negocios, desarrollo, administración y actividades administrativas.

Notificaciones de Citas: Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para comunicarnos con usted y proveerle notificaciones de citas.

Alternativas de Tratamiento: Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para informarlo sobre o recomendarle posibles alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que a usted le puedan interesar.

Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud: Nosotros podemos utilizar y revelar información protegida sobre la salud para informarlo sobre beneficios y servicios relacionados con la salud o clases de educación médica que a usted le puedan interesar.

Individuos Involucrados en Su Cuidado o el Pago de Su Cuidado: A menos que usted se oponga, nosotros podemos revelar la información protegida sobre su salud a sus familiares o amigos o cualquier otro individuo que usted identifique cuando los mismos están involucrados en su cuidado o el pago de su cuidado. Nosotros sólo revelaremos la información protegida sobre la salud que se relacione directamente con su intervención en su cuidado o en el pago. Nosotros también podemos revelar la información protegida sobre su salud para notificar a una persona responsable de su cuidado (o para identificar a dicha persona) sobre su ubicación, condición general o fallecimiento.

Asociados Comerciales: En nuestra organización pueden existir algunos servicios provistos a través de Asociados Comerciales. Algunos ejemplos incluyen servicios de médicos en el departamento de emergencias y radiología, ciertas pruebas de laboratorio y un servicio de copias que nosotros utilizamos al hacer copias para usted del registro de su salud. Cuando se contratan estos servicios, nosotros podemos revelar la información sobre su salud en todo o en parte a nuestro Asociado Comercial, a fin de que pueda realizar el trabajo que le hemos pedido que haga. Para proteger la información sobre su salud, sin embargo, le pedimos al Asociado Comercial que salvaguarde su información de manera apropiada.

Donación de Órganos y Tejidos: Si usted es donante de órganos, nosotros podemos facilitar información médica a las organizaciones que manejen la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donaciones, como sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Compensación del Seguro Obrero: Nosotros podemos facilitar información protegida sobre la salud respecto de usted a programas que provean beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Enfermedades Transmisibles: Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud a fin de notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

Actividades de Vigilancia de la Salud: Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud a agencias federales o estatales que supervisan nuestras actividades.

Cumplimiento de la Ley: Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud cuando lo exija la ley o en respuesta a una citación válida por orden de un juez. Por ejemplo, en casos de víctimas de abuso o violencia doméstica; para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; con relación a procedimientos judiciales o administrativos; o con relación a otros fines respecto del cumplimiento de la ley.

Militares y Veteranos: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud respecto de usted según lo exijan las autoridades del comando militar.

Juicios y Disputas: Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud respecto de usted como respuesta a una orden de la corte o administrativa. También podemos revelar información médica sobre usted como respuesta a una citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal.

Presos: Si usted se encuentra preso en un correccional o bajo la custodia de un funcionario del cumplimiento de la ley, nosotros podemos facilitar información protegida sobre la salud respecto de usted al correccional o al funcionario del cumplimiento de la ley. Un preso no tiene derecho al Aviso de Prácticas de la Privacidad.

Abuso o Desatención: Nosotros podemos revelar información protegida sobre la salud para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, desatención o violencia doméstica. Nosotros sólo efectuaremos esta revelación si usted consiente o cuando lo exija o autorice la ley.

Recaudación de Fondos: A menos que usted nos avise que se opone, nosotros podemos comunicarnos con usted como parte de un esfuerzo por recaudar fondos para nuestro consultorio. Usted puede optar por recibir materiales sobre la recaudación de fondos comunicándonoslo al directivo de la privacidad del consultorio en cualquier momento llamando al número o escribiendo a la dirección que se encuentra al final de este documento. Esto también se documentará y describirá en cualquier material sobre la recaudación de fondos que usted reciba.

Juez de Instrucción, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias: nosotros podemos facilitar información protegida sobre la salud a un juez de instrucción o a un examinador médico. Esto puede ser necesario para identificar a un difunto o para determinar la causa del fallecimiento. Nosotros también podemos facilitar información protegida sobre la salud respecto de pacientes a directores de funerarias, cuando éstos la necesiten para cumplir con sus deberes.

Riesgos de la Salud Pública: Nosotros podemos facilitar su información protegida sobre la salud para actividades y propósitos de la salud pública a una autoridad de la salud pública que esté autorizada por la ley para reunir o recibir la información. La revelación se efectuará para fines tales como el control de una enfermedad, lesión o incapacidad.

Amenazas Graves: Según lo permiten las leyes aplicables y las normas de conducta ética, nosotros podemos utilizar y revelar la información protegida sobre la salud si, de buena fe, creemos que el uso o la revelación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA): Cuando lo exija la ley, nosotros podemos facilitar a la FDA información sobre la salud relacionada con sucesos adversos con respecto a los alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información vigilada post marketing para permitir la retirada, reparación o reemplazo de productos.

Investigación (paciente hospitalizado): Nosotros podemos facilitar información a los investigadores cuando una junta de evaluación institucional que haya evaluado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información sobre su salud haya aprobado su investigación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Se nos exige mantener la privacidad de la información sobre su salud. Además, se nos exige suministrarle a usted un aviso de sus deberes legales y prácticas de la privacidad respecto de la información que reunimos y mantenemos sobre usted. Nosotros tenemos que cumplir con los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas y a hacer efectivas las nuevas disposiciones de toda la información protegida sobre la salud que mantengamos. Si nuestras prácticas de información cambian, se enviará por correo un aviso corregido a la dirección que usted haya suministrado cuando le fue solicitada. Si nosotros mantenemos una página web que provee información sobre los servicios o beneficios para nuestros pacientes / clientes, el nuevo aviso se publicará en esa página web.

No se utilizará o revelará la información sobre su salud sin su autorización escrita, excepto como se describe en este aviso. A excepción de como se indica más arriba, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O PARA INFORMAR UN PROBLEMA

Si usted tiene preguntas sobre este aviso o si desea obtener más información, puede contactar con nuestro Directivo de la Privacidad, Senora Nalluri, al teléfono o la dirección de más abajo. Si usted cree que sus derechos respecto de la privacidad han sido violados, tiene derecho a presentar una queja al Directivo de la Privacidad en GRUPO CARDIOVASCULAR ELITE o al Secretario del Departamento de Servicios de Salud y Humanitarios. Nosotros no tomaremos represalias en contra de usted si efectúa tales quejas.

A continuación se incluye la información de contacto de ambos.

Complete Cardiac & Vascular Care

Mrs. Lathia
Privacy Officer
309 Regency Parkway, Suite 201
Mansfield, TX -76063
P: 682-499-1777
F: 682-499-1779
admin@completecvcare.com

Departamento de Servicios de Salud y Humanitarios de Estados Unidos

Oficina del Secretario
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Tel: (202) 619-0257
Línea Gratuita: 1-877-696-6775
<http://www.hhs.gov/contacts>

DISPONIBILIDAD DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA PRIVACIDAD

Este aviso se expondrá muy a la vista en la oficina donde tiene lugar la inscripción. A usted se le entregará una copia impresa en el momento en el que le facilitemos servicios por primera vez. A partir de entonces, usted puede obtener una copia a petición, y el aviso se mantendrá en la página web de la organización para que sea descargado.



Acuso de Recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad

Fecha de Revision: 09/15/2022

Registro Medico #: _____

Nombre del Paciente: _____

Yo por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Grupo Cardíaco Completo y Cuidado Vascular. Yo entiendo que tengo el derecho de rehusarme a firmar este acuso de recibo si así lo deseo.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Nombre Impreso del Representante del Paciente
(si es aplicable)

Relación con el Paciente (si es aplicable)

- Padres o custodio de un menor no emancipado
- Custodio designado por la corte
- Testamentario o administrador del patrimonio del difunto
- Poder Notarial (Power of Attorney)

SOLA PARA EL USO DE LA OFICINA

Nosotros intentamos obtener el acuso de recibo por escrito de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad en la siguiente fecha, _____ pero el acuso de recibo no se pudo obtener porque:

- El paciente / representante rehusó a firmar
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuso de recibo en este momento (intentaremos otra vez en una fecha posterior)
- Barreras de comunicaciones prohibieron la obtención del acuso de recibo (Explicar)

- Otro (Especificar)



Historial del paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Registro Medico #: _____

¿Cómo se enteró de nosotros?:

Historial de enfermedad actual

Motivo de la visita: _____

Ha tenido alguna vez un cateterismo cardíaco?: Si No

En caso afirmativo, cuándo y dónde: _____

	Alergias a medicamentos, tintes u otras alergias	Describe su experiencia
2		
3		

	Cirugías pasadas	Razón
1		
2		
3		



Lista de medicamentos

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Farmacia: _____ Dirección: _____

Teléfono #: _____ Registro Medico #: _____

Incluya todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos a base de hierbas. Actualice y traiga este formulario a cada visita al consultorio.

	<u>Nombre del Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>¿Cuántas veces al día?</u>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

Historial médico anterior

Responda si **ya le han diagnosticado** alguna de las siguientes afecciones en el pasado. Responda **ÚNICAMENTE las que correspondan..**

Condición	Cuándo comenzó	Detalles
Diabetes Mellitus		
Anemia		
Artritis		
Trastorno de tiroides (especifique)		
Hernia		
Cáncer (explique)		
VIH (SIDA)		
Hipertensión		
Colesterol alto		
Latidos irregulares del corazón (arritmias)		
Desmayos / mareos		
Fiebre reumática		
Ataque al corazón		
Insuficiencia cardíaca		
Soplos cardíacos		
Cardiomiopatía		
Enfermedad de la arteria carótida (CAD)		
Nuevas válvulas cardíacas		
Stent (s) en corazón		
Marcapasos / desfibrilador		
Cirugía cardíaca anterior		
Transplante de corazón		
Aneurisma		

Obstrucciones en las arterias de las piernas (enfermedad de lasperiféricas)		
Dolor en las piernas al caminar		
Coágulos en las venas de las piernas (trombosis venosa profunda)		
Stent(s) en las piernas		
Ablación (es) de la vena de la pierna		
Asma		
EPOC		
Coágulo en los pulmones (embolia pulmonar)		
Tuberculosis		
Apnea del sueño		
Nefropatía		
Diálisis (explique la duración)		
Transplante de riñón		
Hepatitis		
Enfermedad del hígado		
Reflujo ácido (ERGE)		
Úlceras pépticas / de estómago		
Sangrado fácilmente		
Coagulando fácilmente		
Convulsiones		
Accidente cerebrovascular / AIT		
Otros:		

Antecedentes familiares

Por favor, marque a continuación cualquiera de las enfermedades médicas que puedan estar relacionadas con los miembros de su familia.

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Otro
Cardiopatía					
Sangre alta					
Carrera de presión					
Diabetes					
Cáncer					
Colesterol alto					

Historia social

¿Trabaja actualmente?	Sí	No	caso afirmativo, ocupación: _____		
Estado civil:	Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Viudo/a	Separado/a
¿Hace ejercicio?	Sí	No	En caso afirmativo, ¿cuántas veces por semana? _____		
Uso de cafeína (té, café, refrescos)	Todos los días		Ocasionalmente	Nunca	
Historial de alcohol:					
¿Bebe alcohol actualmente?	Todos los días		Ocasionalmente	Nunca	
¿Por cuanto tiempo? _____	¿Cuánto por semana? _____				
¿Qué tipo de alcohol?	Vino	Cerveza	Licor		
Antecedentes de tabaquismo:					
¿Alguna vez ha consumido tabaco?	Actualmente	En el pasado	Nunca		
Si está usando actualmente, ¿qué tipo?	Cigarrillos	E-cigarrillo	Cigarro	Pipe	Chew /Dip
¿Cuántos paquetes / cantidad por día? _____	¿A qué edad empezaste? _____				
Si usuario anterior: Edad comenzó _____ Edad dejó de usar _____ ¿Cuántos paquetes / cantidad por día? _____					
Historial de drogas:					
¿Actualmente consume drogas recreativas?	Sí	No	Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____		
Por favor explique qué droga (s) usa _____					
¿Ha usado alguna vez drogas recreativas en el pasado?	Sí	No	Si es así, por cuánto tiempo? _____		
Por favor explique qué medicamento(s) usa _____					
Historial menstrual (Mujeres):					
Último período menstrual: _____ Edad de la menopausia: _____					
Historial sexual:					
¿Eres sexualmente activo?	Si	No			

Revisión de los sistemas

Marque los síntomas que está experimentando **actualmente**

General

Fiebre
Escalofríos
Pérdida de apetito
Debilidad general
Fatiga
Aumento de peso
Pérdida de peso
Sudores nocturnos
Dificultad para dormir
Otros: _____

Cardiovasculares

Dolor o malestar en el pecho
Corazón acelerado / palpitante
Latidos irregulares / divertidos
Mareos / sensación de desvanecimiento
Desmayo
Dificultad para respirar en reposo
Dificultad para respirar con actividad
Dificultad para respirar cuando está acostado
Despertarse por la noche por falta de aire
Decoloración azul de la piel
Dolor en la (s) pierna (s) al caminar
Hinchazón de la (s) pierna (s)
Otros: _____

Respiratorio

Tos de larga duración
Sibilancias
Dificultad para respirar en reposo
Dificultad para respirar con actividad Ronquidos
Jadear por aire durante el sueño
Uso de despositivo C-PAP
Uso de oxígeno
Tosiendo sangre
Otros: _____

Ojos

Visión borrosa
Visión doble
Usa anteojos
Otros: _____

Oído / Nariz / Garganta

Dificultad para oír
Zumbido en el (los) oído (s)
Pérdida de audición Dolor de garganta
Otros: _____

Hematológico / linfático

Sangra fácilmente
Moretones con facilidad
Bultos / protuberancias / masas
Otros: _____

Gastrointestinal

Heces blandas (diarrea)
Sin heces (estreñimiento)
Ojos o piel de color amarillo
Cambios en los hábitos intestinales
Sangre roja brillante en las heces
Heces de color oscuro o negras
Hemorroides
Otros: _____

Neurológico

Debilidad general del cuerpo
Debilidad en un área específica
(describa a continuación en "otros")
Entumecimiento
Cambios en las sensaciones (Ej., Hormigueo)
Manos temblorosas
Dificultad para concentrarse
Dificultad con la coordinación
Somnolencia diurna
Mareos
Sensación de mareo
Convulsiones
Otros: _____

Psiquiátrico

Sensación de nerviosismo/nerviosismo
Dificultad para recordar
Cambios de humor
Pensamientos acelerados
Otros: _____

Musculoesquelético

Dolor en las articulaciones
Hinchazón de las articulaciones
Dolor de espalda o cuello
Rigidez matutina
Calambres / tensiones musculares
Limitación de movimiento
Otros: _____

Endocrino

Se siente más caliente de lo habitual
Sentirse más frío de lo habitual
Sed excesiva
Sudoración excesiva
Urinación
Otros: _____

Genitourinario

Dolor / ardor al orinar
Vacilación al orinar
Urgencia de orinar
Sangre en la orina
Urinación por la noche

Náuseas
Vómitos
Falta de apetito
Dificultad para tragar
Acidez de estómago
Dolor abdominal
Hinchazón
Heces blandas (diarrea)

Goteo de orina
Disminución de la libido
Próstata agrandada
Cambios en los(s) senos(s)
Otros: _____



Cuestionario sobre enfermedad arterial periférica (PAD)

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Registro Medico #: _____

La enfermedad arterial periférica (PAD) es una afección en la que las arterias que llevan sangre a los músculos de las piernas se estrechan y endurecen debido a la acumulación de placa. Puede provocar dolor en las piernas o "fatiga", lo que puede limitar su actividad física. La EAP también puede aumentar su riesgo de sufrir un ataque cardíaco o un derrame cerebral si no se trata.

Tómese un momento para responder las preguntas a continuación para que podamos evaluar brevemente su PAD. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a la PAD y su riesgo o simplemente desea obtener más información, no dude en preguntar.

- 1) ¿Tiene alguna molestia en los músculos de las piernas al caminar que se alivia con el descanso? Si
Si No
- 2) ¿Alguna vez sus piernas se sienten fatigadas o pesadas al caminar o hacer ejercicio? Si No
- 3) ¿Alguna vez necesita detenerse y descansar al caminar o tiene dificultad para mantenerse al día con los demás? Si No
- 4) ¿Le molestan los pies y los dedos de los pies por la noche? Si No
- 5) ¿Tendría dificultad para hacer algo de lo siguiente debido a fatiga, debilidad o incomodidad en las piernas? Si No

Seleccione la respuesta adecuada:

Dificultad Algo de dificultad No se puede

Caminar una cuadra? 1 2 3 Subiendo un tramo de escaleras? 1 2 3 Camina a un ritmo acelerado? 1 2 3

_ Firma del paciente / tutor

_____ Fecha

Prueba de detección de insuficiencia venosa

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente **X** _____ Fecha de Nacimiento: _____

Registro Medico #: _____

¿Alguna vez le han diagnosticado o tiene alguno de los siguientes? Encierre en un círculo su respuesta.

Venas varicosas	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Úlceras en Pierna o Tobillo	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Varicés	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Dolor	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Pesadez	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Cansancio / Fatiga	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Picazón / Ardor	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Hinchazón	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Calambres	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Piernas inquietas	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Palpitante	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda
Problemas de piel o úlceras	Sí	No	Pierna derecha	Pierna izquierda

¿Realiza alguna de las siguientes acciones para mejorar la incomodidad en su (s) pierna (s)?

¿Toma medicamentos para el dolor? Sí No; En caso afirmativo, ¿qué medicamento

Eleva la pierna? Sí No; En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo _____

Usa medias de soporte? Sí No; En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

¿Cómo afecta la condición de su pierna sus actividades diarias?

Historia Personal y Familia:

¿Alguien en su familia tiene venas varicosas? Sí No; En caso afirmativo, quién _____

MUJERES - ¿Alguna vez ha estado embarazada? Sí No; En caso afirmativo, cuántas veces _____

Se sienta o se pone de pie durante largos períodos de tiempo? Sí No; En caso afirmativo, con qué frecuencia _____

Firma del Médico **X** _____ Fecha: _____