

CUESTIONARIO ANUAL DE HABITOS DE SALUD

Alcohol: ¿Alguna vez bebes alcohol? No Sí

Diario 1-2 por semana 3-5 por semana 1-2 por mes 1-2 por año

¿Alguna vez has sentido que deberías reducir el consumo de alcohol? Sí No

¿La gente te ha criticado alguna vez por beber? Sí No

¿Alguna vez te sientes mal o culpable por beber? Sí No

¿Alguna vez has tomado un trago a primera hora de la mañana para aliviar tus nervios o curar la resaca? Sí No

Tabaco: Nunca fumador/Tabaco sin humo/Cigarrillo electrónico/Vapeo

Corriente todos los días fumador / tabaco sin humo / cigarrillo electrónico / vapeo

Actual algunos días fumador / tabaco sin humo / cigarrillo electrónico / vapeo

El ex fumador/tabaco sin humo/cigarrillo electrónico/año vapeo dejó de fumar _____ Años fumado _____

Abuso de sustancias: ¿Usa drogas recreativas/callejeras? Uso actual Uso anteriormente utilizado Nunca utilizado

Empleo: Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Estudiante Jubilado Desempleado

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado de numero de hijos _____

Tipo de dieta: Regular Diabético Bajo en grasa Bajo en carbohidratos Bajo en sal Bajo en calorías Vegetariano Otro: _____

Consumo de cafeína: O Ninguno Cafe _____ tazas por día Te _____ tazas por día refresco de Cola _____ tazas por día

Ejercicio: Diariamente 1-2 veces/semana ____ min 3-4 veces/semana ____ min 5-6 veces/semana ____ min

¿Actualmente eres sexualmente activo? Sí No

En caso afirmativo: ¿estás intentando quedar embarazada? Sí No

Se utilizó algún método anticonceptivo: _____ Último Cycle _____ menstrual

Salud mental:

¿En las últimas DOS SEMANAS te has sentido defraudado, deprimido o desesperado?

No en absoluto Varios días La mitad de los días Casi todos los días

En las últimas DOS SEMANAS ha sentido poco interés o placer en sus actividades diarias?

No en absoluto Varios días La mitad de los días Casi todos los días

¿Tiene una Directiva Anticipada, Testamento Vital o Poder Notarial? _____

¿Has tenido la vacuna de neumonía? Sí fecha/donde: _____ No se ha recibido ninguna

¿Tienes una vacuna anual contra la gripe? Sí fecha/donde: _____ No se ha recibido ninguna

¿Vives solo? Sí No

¿Te has caído en los últimos 3 meses? Sí No

Exámenes de bienestar: Prueba de Papanicolaou (dónde/fecha) _____ Mamografía (donde/fecha) _____

Diabetes: Último A1C/Resultó _____ Último examen ocular/donde _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **Fecha de Nacimiento** _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Fecha de hoy** _____

¿Alguna vez has tenido

(Circule todo lo que corresponda)
Materna/Paterna)

Artritis
Asma/EPOC/Enfisema
Anemia o transfusión de sangre
Coágulos sanguíneos
Cáncer (dónde? _____)
Problemas de colon
Depresión/Ansiedad
Diabetes
Acido/Reflujo Gastroesofágico
Glaucoma
Gota
Ataque cardíaco
Alta Presión Sanguínea
Colesterol Alto (por favor enumere)

Problemas de Tiroides
Migrañas
Osteoporosis/Osteopenia
Colonoscopia (Fecha/Dónde) _____
Otros procedimientos _____
Papanicolaou anormal
Mamografía anormal
Otras condiciones/enfermedades médicas no enumeradas _____

Cirugías/Procedimientos

(Circule todo lo que corresponda)

Apéndice
Reconstrucción mamaria
Lumpectomía mamaria
Cirugía de vejiga
Extirpación de cataratas
Cesárea

Dilatación y Legrado
EGD/esofágico (endoscopia superior)
Vesícula Biliar
Cirugía Gástrica
Reemplazo de la válvula cardíaca
Histerectomía (ovarios Y/N?)

Mastectomía D/I
Hepática
Amigdalectomía
Transplante

Antecedentes Familiares

(Por ejemplo: Padre, Madre, Familia)

Alcoholismo _____
Enfermedad sanguínea _____
Cáncer de mama _____
Cáncer de colon _____
Diabetes _____
Ataque cardíaco _____
Presión arterial alta _____
Colesterol alto _____
Enfermedad mental _____
Migrañas _____
Osteoporosis _____
Artritis reumatoide _____
Otros _____

Historia ginecológica:

¿Qué edad tenía en el primer período menstrual? _____

El último período?

¿Cuánto tiempo entre períodos? _____

¿Cuánto duran los períodos? _____

Flujo: ¿Calambres pesados / normales / ligeros? Y / N

¿Abortos espontáneos _____ Abortos _____ Nacimientos vivos _____

¿Numero de embarazos _____

Alergias _____ **Ocupación** _____

Medicamentos _____

¿Cuáles son sus problemas de salud?



Aviso de prácticas de privacidad

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. El aviso contiene la sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de este aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada a petición suya.

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE RECEPCIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento

Yo, _____ he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

(Firma)

(Fecha)

SOLAMENTE

USO DE LA OFICINA

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento en este Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:

Fecha: _____ Iniciales: _____

Motivo: _____

Información de datos del paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono _____ Teléfono celular _____ Correo Electrónico _____

¿Está bien dejar un mensaje? Sí No

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

SS# _____ Estado civil: Soltero _____ Casado Viudo Divorciado

Raza: _____ Referido por _____

Farmacia (nombre, ubicación, teléfono) _____

Farmacia de pedidos por correo (si corresponde) _____

Contacto de emergencia: _____ Relación _____ Teléfono _____

Método de comunicación preferido (Elija uno): Texto Teléfono

Instrucciones del paciente para preferencias de comunicación:

Autorizo a Silver Cross Medical Group a ponerse en contacto para resultados:

Sólo a Mí

_____ Casa

_____ Celular

¿Acepta un mensaje en el contestador automático? _____ Sí _____ No

Otro nombre _____ Relación _____

Otro nombre _____ Relación _____

¿Sufrió una lesión en el trabajo? _____ ¿Están relacionadas sus lesiones con accidentes? _____

Autorización para tratar:

Por la presente autorizo mis beneficios de seguro a pagar directamente a Silver Cross Medical Group, dándose cuenta de que soy responsable de pagar servicios no cubiertos. Autorizo la divulgación de información médica a la compañía de seguros

Firma: _____ Fecha _____

Política de no comparecencia: Con el fin de proporcionar a cada paciente la mejor atención médica posible, hemos instituido una Política de No Comparecencia. Esto será efectivo el 1 de mayo de 2015. Si algún paciente tiene TRES citas perdidas en un año, será dado de baja de la práctica. Una cita sin comparecencia es cuando un paciente no se presenta a su cita, o no cancela su cita con 24 horas de **anticipación. Recuerde que se aplicará un (cargo) de \$50 por falta de comparecencia a todas las citas perdidas.**

Política de llegada tardía: Si va a llegar con más de **15 minutos de retraso** para su cita, le pedimos que llame a nuestra oficina. Si el horario lo permite, la hora de la cita simplemente se desplazará para adaptarse al retraso. Sin embargo, si la tardanza no se puede manejar, podemos solicitarle que re programe su cita. Trabajamos diligentemente para mantenernos a tiempo y le sugerimos que llegue 20 minutos antes de la hora de su cita para permitir cualquier papeleo necesario.

Reabastecimiento de medicamentos:

- Por favor, espere 3 días hábiles para reabastecer.
- **Comuníquese con su farmacia 5 días antes de quedarse sin medicamentos.** Pida a su farmacia que nos envíe una solicitud electrónica para surtir el medicamento
- Reabastecimientos NO se hacen los fines de semana; los médicos no autorizan medicamentos de rutina los fines de semana.
- No se rellenan narcóticos ni sustancias controladas después de las 12:00 del mediodía de los viernes o por médicos de guardia.
- Si su receta debe rellenarse, es posible que deba presentarse a una cita de seguimiento.
- Para brindarle mejor atención, los pacientes que reciben medicamentos de rutina deben ser atendidos al menos una vez al año y, a veces, con más frecuencia

Protocolo para recoger recetas escritas de sustancias controladas:

- Las recetas deben ser recogidas en la oficina.
- Se aplican políticas estándares de 48 a 72 horas para rellenas.
- Debe presentar la identificación con foto al momento recoger. Si un miembro de la familia designado va a recoger la receta, la oficina debe recibir el nombre de la persona de antemano.
- El nombre de la persona que recoja la receta se documentará en el registro médico.

Tiempo de espera / Tiempo de respuesta:

- Usted puede esperar noticias de nuestra oficina a través del portal del paciente o una llamada telefónica dentro de **5-7 días hábiles** de la mayoría de las pruebas. Si no ha sido notificado por nuestra oficina después de 7 días, no dude en llamar para obtener resultados.
- Las referencias y autorizaciones para las pruebas también pueden tardar **de 5 a 7 días hábiles** en procesarse con su seguro. Por favor, espere tiempo suficiente para procesar. Se le contactará una vez que su plan de seguro nos haya dado la aprobación.

He leído esto y entiendo la política.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

MI SALUD PORTAL DEL PACIENTE EN LINEA

MyHealth es una forma gratuita, fácil y segura de administrar y monitorear sus registros médicos electrónicos en cualquier lugar donde tenga acceso en línea – 24 horas al día, 7 días a la semana.

REGÍSTRESE HOY

Con MYHealth puede:

- Ver y descargar resultados de laboratorio y radiología
- Ver medicamentos actuales, vacunas, información sobre alergias y problemas de salud
- Ver información vital como presión arterial, altura y peso
- Enviar mensajes generales y solicitudes de reabastecimiento de medicamentos
- Comparta resultados/documentos de otros especialistas con nuestra oficina
- Descargue la educación del paciente, las cartas de los pacientes y los resúmenes de visitas

¿CÓMO PUEDES EMPEZAR?

1. Proporcione a uno de nuestros miembros del personal lo siguiente:

Su nombre: _____

Su Fecha de nacimiento: _____

Su dirección de correo electrónico: _____

Su código postal: _____

2. Esté atento a un correo electrónico con instrucciones sobre cómo completar su registro y activar su cuenta segura con 24-72 horas

NOTA: El correo electrónico provendrá de IQHEALTH y no de su médico ni de Silver Cross. Por favor, asegúrese de comprobar sus carpetas de spam

3. Una vez que su cuenta personal ha sido activada, puede acceder a MYHealth en cualquier momento en www.iqhealth.com

¿Tiene preguntas sobre la activación de la cuenta?

El soporte de la cuenta está disponible en cualquier momento llamando al **1-877-621-8014**

AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

1. Somos miembros de Silver Cross Medical Group y por lo tanto su información está disponible para todos los proveedores dentro de esta red. Es nuestro compromiso proteger su información de salud. Este aviso describe cómo nuestra información médica puede ser utilizada y divulgada y sus derechos a su información médica protegida.
2. **Cómo podemos usar y divulgar su información médica.** Cada vez que visita nuestra oficina, se hace un registro. Utilizamos registros médicos para tratamiento, referencias, reembolso y con fines administrativos y legales. La información puede ser compartida por papel, correo, fax, correo electrónico u otros métodos. Podemos usar o divulgar su información médica por varias razones. Antes de que ocurran esas situaciones, excepto por razones de facturación, le pediremos su autorización por escrito; estos pueden ser revocados en cualquier momento.
3. **Sus derechos.** Aunque su registro es propiedad física de nuestra oficina, usted tiene derecho a obtener copias de sus registros médicos (podemos cobrarle una tarifa basada en costos). También tiene derecho a solicitar una lista de divulgaciones específicas que hayamos hecho. Si cree que falta alguna información o es incorrecta, tiene derecho a solicitar que la corrijamos.
4. **Nuestras responsabilidades.** Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información de salud, a proporcionar este aviso sobre nuestra práctica de privacidad y a documentar su reconocimiento de recepción de este aviso. Podemos cambiar nuestras políticas de privacidad en cualquier momento, si es así publicaremos el nuevo aviso en el área de espera. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento.
5. **Para más información o para reportar un problema.** Si sus derechos han sido violados o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, comuníquese con el Oficial de Privacidad de la Práctica al (815) 300-7020. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos.



The way you *should* be treated.

Información pediátrica sobre datos de pacientes

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino

Raza infantil: _____ Etnia infantil: _____ Numero de telefono _____

Niño reside con: Ambos padres Padre Madre Otros

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio de la Madre _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ otro teléfono _____

Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio del Padre _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ otro teléfono _____

Guardián Legal si corresponde: _____ **Se requiere documentación legal necesaria**

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ otro teléfono _____

Contacto de emergencia: _____ Relación _____ Teléfono _____

Farmacia (nombre, ubicación, teléfono) _____

Farmacia de pedidos por correo (si corresponde) _____

Contacto para resultados:

Autorizo a Silver Cross Medical Group a ponerse en contacto para dar resultados a:

Sólo padres

_____ Casa

_____ Celular

¿Acepta un mensaje en el contestador automático? _____ Sí _____ No

Otro nombre _____ Relación _____

Autorización para tratar: Los padres/tutores legales por favor lean y firmen el acuerdo:

- Por la presente doy mi consentimiento para que los proveedores de la Atención Silver Cross Medical Group evalúen y traten al paciente mencionado anteriormente
- Por la presente autorizo mis beneficios de seguro a pagar directamente a Silver Cross Medical Group, dándose cuenta de que soy responsable de pagar servicios no cubiertos. Autorizo la divulgación de información médica a la compañía de seguros

Firma: _____ Fecha _____

Consentimiento para el tratamiento:

EL CONSENTIMIENTO PERMANECE EN SU LUGAR HASTA QUE SEA REVOCADO POR ESCRITO O EL NIÑO YA NO SEA MENOR DE EDAD

¿Quién puede traer _____ para citas y consentimiento para el tratamiento médico (incluidas las vacunas) que no sea el padre/tutor legal?

Nombre _____ relación con el paciente _____
Domicilio _____
Teléfono# _____

Nombre _____ relación con el paciente _____
Domicilio _____
Teléfono _____

Nombre _____ relación con el paciente _____
Domicilio _____
Teléfono _____

Nombre _____ relación con el paciente _____
Domicilio _____
Teléfono _____

Los padres/tutores legales por favor firmen:

Firma: _____ Fecha: _____
