



**ADULT AND GERIATRIC CENTER  
OF SOUTH FLORIDA**

**FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES**

Por favor, asegúrese de rellenar TODOS LOS CAMPOS

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Medio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Separado \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Tienes un testamento de vida? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (En caso afirmativo, proporcione una copia a la oficina)

Raza: Caucásico \_\_\_\_ Africano \_\_\_\_ Americano \_\_\_\_ Asiático \_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_ Isleño Del Pacífico  
Otro \_\_\_\_\_

Idioma preferido: Inglés \_\_\_\_ Español \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Farmacia#: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_

Nombre del médico principal: \_\_\_\_\_ PCP Teléfono #: \_\_\_\_\_

Empleo: Tiempo completo \_\_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_\_ Jubilado \_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La información anterior es verdadera, a mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo al Centro de Adultos y Geriatria del Sur de Florida, o a la compañía de seguros, a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis calmas. Si Medicare es mi única compañía de seguros, entiendo que soy totalmente responsable de mi coseguro



**CONSENTIMIENTO GENERAL / PERMISO PARA EL TRATAMIENTO**

Por favor, lea este formulario cuidadosamente coloque sus iniciales junto a cada consentimiento. Pregunte a su médico o personal si tiene alguna pregunta antes de firmar.

\_\_\_\_\_ **Consentimiento para exámenes y tratamiento**

Doy permiso para que mi médico realice exámenes, pruebas y tratamientos de rutina que crean que son necesarios para diagnosticar o tratar mi condición. Entiendo que puedo rechazar cualquier prueba o tratamiento en cualquier momento.

\_\_\_\_\_ **Consentimiento para pruebas de laboratorio y muestras**

Acepto que se tomen sangre, orina, heces u otras muestras para las pruebas si es necesario. Entiendo que estas muestras pueden ser probadas, almacenadas o eliminadas de acuerdo con las directrices médicas y legales estándar. Los resultados se utilizarán para mi atención médica.

\_\_\_\_\_ **Consentimiento para medicamentos**

Estoy de acuerdo en que mi médico pueda recetar o dar medicamentos como parte de mi atención. Entiendo que se me explicará el propósito y la necesidad de cada medicamento, y puedo rechazar cualquier medicamento si lo deseo.

\_\_\_\_\_ **Comprender los riesgos y beneficios**

Entiendo que mi médico explicará el propósito, los beneficios, los riesgos y las alternativas de los exámenes, pruebas o tratamientos. Sé que no se pueden predecir todos los riesgos, y pueden ocurrir complicaciones inesperadas. Si quiero más detalles, puedo pedirlos y me los explicarán.

\_\_\_\_\_ **Sin garantías**

Entiendo que no se han hecho garantías sobre los resultados de mi atención. Sé que la medicina no es una ciencia exacta y que los tratamientos pueden implicar riesgos, incluyendo lesiones graves o la muerte.

\_\_\_\_\_ **Sin promesas ni presión**

Confirmando que nadie me presionó, me prometió nada o garantizó resultados para recibir atención médica. Elegí a este proveedor libremente.

\_\_\_\_\_ **Reconocimiento**

Confirmando que he leído y entendido este formulario. Sé que puedo hacer preguntas en cualquier momento. Confirmando que soy legalmente capaz de dar mi consentimiento para mí o para el paciente que aparece en la lista.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN, LEA CUIDADOSAMENTE

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (TPO) y para otros fines que estén permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física, mental pasada, presente o futura y servicios de atención médica relacionados.

### **Usos y divulgaciones de la información de salud protegida**

Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de proporcionarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar el funcionamiento de la práctica médica y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le brinde atención. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico al que ha sido remitido para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

**Pago:** Su información de salud protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estancia en el hospital puede requerir que su información de salud promovida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso hospitalario.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida. Para apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida a los estudiantes de la escuela de medicina que atienden a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de inicio de sesión en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e



## ADULT AND GERIATRIC CENTER OF SOUTH FLORIDA

indique a su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para ponernos en contacto con usted y recordarle su cita.

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo requerido por la ley, cuestiones de salud pública según lo exija la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos, procedimientos legales, aplicación de la ley, forenses, directores de funerarias y donación de órganos, investigación, actividad criminal, actividad militar y seguridad nacional, compensación de trabajadores, reclusos, usos y divulgaciones requeridas, bajo la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se harán solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar a menos que lo exija la ley.

Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico haya tomado una acción basándose en el uso o la divulgación indicados en la autorización.

Sus derechos: La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Sin embargo, bajo la ley federal, no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros, notas de psicoterapia, información recopilada en una anticipación razonable de, o uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que puede pedirnos que no usemos o divulguemos ninguna parte de su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o con fines de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que pueda solicitar. Si el médico cree que es lo mejor para usted permitir el uso y la divulgación de su información de salud



## ADULT AND GERIATRIC CENTER OF SOUTH FLORIDA

protegida, su información de salud protegida no será restringida. Entonces tiene derecho a utilizar a otro profesional de la salud.

Tiene derecho a solicitar recibir nuestras comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en un lugar alternativo. Tienes derecho a obtener un documento

Copia de este aviso de nuestra parte, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente.

Puede tener derecho a que su médico modifique su información de salud protegida. Si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Tiene derecho a recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si las hay, de su información de salud protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo de cualquier cambio. Entonces tiene derecho a oponerse o retirarse según lo dispuesto en este aviso

### **Preguntas y quejas**

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros utilizando la siguiente información.

Si cree que podemos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud protegida o en respuesta a una solicitud que hizo, puede quejarse escribiendo a Adult and Geriatric Center of South Florida, LLC, PO BOX 970659, Coconut Creek FL 33097 o llamando al Adult and Geriatric Center of South Florida, LLC al 954-799-6900. También puede presentar una queja por escrito a los EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante los EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos a petición.

Apoyamos su derecho a proteger la privacidad de su información de salud protegida. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja con nosotros o con los EE. UU. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales

He leído, entendido y estoy de acuerdo con el Aviso de Privacidad de HIPAA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CONTACTO**

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del Paciente o de la Parte Responsable), con respecto a cualquier servicio proporcionado o que se planea que se me proporcione a mí o, como representante legal autorizado, para la persona que se indica a continuación, doy mi consentimiento y autorizo plenamente a Adult and Geriatric Center of South Florida LLC o a cualquiera de sus sistemas automatizados a ponerse en contacto conmigo por teléfono (incluso a mi teléfono móvil mediante llamada telefónica o mensaje de texto) en relación con cualquier servicio recibido del Proveedor de Atención Médica o cualquier servicio previsto para ser recibido del Proveedor de Salud (incluidos cobros o recordatorios de citas).

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TERCERAS PERSONAS**

Permito que las personas que se enumeran a continuación reciban información médica sobre mi condición en cualquier momento:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



## **POLÍTICA FINANCIERA Y DE LA OFICINA**

### **CON RESPECTO A LOS SEGUROS:**

- Es responsabilidad de todos los pacientes de nuestra práctica proporcionar a nuestra oficina una **copia de su tarjeta de seguro actual**, incluido cualquier seguro secundario o adicional.
- **HMO y PLANES DE ATENCIÓN ADMINISTRADA:** es responsabilidad del paciente asegurarse de que tenemos un referido de su médico Primario. Si lo estamos viendo como médico primario, es su responsabilidad asegurarse de que su seguro tenga a nuestro proveedor listado como su médico primario y que la visita esté cubierta. Es responsabilidad del paciente encontrar especialistas en su red para que le proporcionemos un referido adecuado.
- **PPO:** el paciente es responsable del copago, deducible o coaseguro que queda después de que la compañía de seguros haya pagado su parte, usted será responsable de este saldo y se esperará el pago.
- Es responsabilidad de los pacientes asegurarse de que estamos en red con su seguro.
- El paciente es responsable de cualquier pago que el seguro no cubra o de cualquier saldo no pagado no cubierto por el seguro, incluidos, entre otros, copagos, deducibles, coaseguro, etc.
- Usted será responsable del pago de los servicios si su seguro ha caducado en cobertura, o no está en vigor en el momento del servicio.
- **MEDICARE:** Los pacientes son responsables de cumplir con su deducible anual. Los pacientes sin seguro secundario deberán pagar su parte del 20 % en el momento de su visita. Es su responsabilidad presentar su tarjeta de seguro secundario/suplementarios. Sin embargo, en caso de que el seguro secundario no pague, a los pacientes se les facturará el saldo.

### **SEGUROS NO PARTICIPANTES Y PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA:**

- Si no participamos en su plan de seguro, se espera que pague el 100 % de nuestra cantidad facturada en el momento en que se prestan los servicios. Por favor, póngase en contacto con la oficina para conocer las tarifas más recientes.

### **PAGOS PARCIALES/PLANES DE PAGO.**

- Los pagos parciales solo se aceptarán si se han hecho arreglos previos. Nos reservamos el derecho de aceptar una opción de plan de pago.
- Los pagos deben hacerse de manera consistente o el saldo se considerará moroso, y luego puede estar sujeto a cargos financieros o eventualmente entregado a nuestra agencia de cobro.

### **CUENTAS MOROSAS:**

- Las cuentas morosas estarán sujetas a cargos de facturación mensuales hasta que la cuenta se liquide en su totalidad.



**REGISTROS MEDICOS Y FORMULARIOS:**

- Hay un cargo de 0,25 \$ por página para obtener una copia de sus registros médicos
- Habrá una cobro de \$25 por los formularios FMLA, los documentos de reclamo por discapacidad y cualquier otro documento/carta que deba completar y firmar nuestros proveedores.

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN:**

- Requerimos un aviso de 24 horas para todas las citas canceladas o se le cobrará a su cuenta \$25,00. Tenga en cuenta que este cargo es su responsabilidad y no está cubierto por su seguro
- Habrá un cargo de \$25.00 por todos los que no se presenten.

**PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO: (PARA TODOS LOS PACIENTES)**

- Después de su visita al consultorio, nuestros proveedores pueden solicitar análisis de sangre u otras pruebas de diagnóstico que su compañía de seguros puede que no considere "medicamento necesarias". Los cargos no cubiertos por su seguro, serán responsabilidad del paciente.
- Habrá un cargo de \$15 por la comodidad de recibir los servicios de flebotomía en el consultorio.

**AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGURO: (PARA TODOS LOS PACIENTES)**

- Solicito el pago de Medicare y/o mi seguro sea pagadero a Adult and Geriatric Center of South Florida, LLC en mi nombre por cualquier servicio que me proporcione esta Práctica. Autorizo la divulgación de cualquier información sobre mí a Medicare y/u otros seguros y sus agentes, que puedan ser necesarios para determinar estos beneficios.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA PARA EL PAGO**

- Soy consciente de que, debido a cualquiera de las razones que se enumeran a continuación; puede ser posible que mi compañía de seguros niegue el pago por los servicios que me prestan hoy. En ese caso, entiendo que seré financieramente responsable de esos cargos.
  - No tengo mi tarjeta de seguro conmigo, no tengo una referencia válida para esta visita
  - Esta oficina no participa con mi compañía de seguros
  - No tengo seguro médico y pagaré mi visita hoy.

He leído la Política Financiera anterior y entiendo y estoy de acuerdo con sus términos,

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha



**ADULT AND GERIATRIC CENTER  
OF SOUTH FLORIDA**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Solicito y autorizo a:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Para divulgar la información de atención médica del paciente mencionado anteriormente a:

**Adult and Geriatric Center of South Florida LLC**

4399 Nob Hill Rd, Sunrise FL 33351

Teléfono: 954-799-6900 Fax: 954-827-3803

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Toda la información de atención médica, incluyendo, entre otros, la hospitalización reciente, notas medicas, notas de consulta, resultados de laboratorio, resultados de imágenes, cualquier otro tratamiento para el paciente mencionado anteriormente.

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO A TERCERAS PERSONAS**

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Adult and Geriatric Center of South Florida y a todos los proveedores en la práctica para la evaluación y el tratamiento relacionado con la atención primaria y geriátrica. Al dar mi consentimiento, no renuncio a mi derecho a una segunda opinión.

También doy mi consentimiento para que la instalación publique información demográfica y de seguros a Adult and Geriatric Center of South Florida, doy mi consentimiento para que Adult and Geriatric Center of South Florida y todos los proveedores de la práctica facturen al seguro del residente por la atención médica prestada.

Certifico que he leído y entiendo completamente el contenido de este acuerdo. También certifico que tengo plena autoridad legal para consentir esta atención.

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable

\_\_\_\_\_  
Lugar

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Adult and Geriatric Center of South Florida

## MOTIVO DE LA VISITA DE HOY

- **Motivo o queja principal (en palabras del paciente):**

---

- **¿Cuándo comenzó este problema?** \_\_\_\_\_
- **¿Esta visita está relacionada con:**  Problema nuevo  Condición crónica  Seguimiento de condición existente  Atención preventiva

Explique: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

(Describa localización, duración, severidad, frecuencia, factores desencadenantes, factores que alivian y síntomas asociados)

---

## ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión             | <input type="checkbox"/> Ansiedad / Depresión  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo): _____  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca      | <input type="checkbox"/> Otro: _____           |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |  |

---

## HISTORIA QUIRÚRGICA

- **Cirugías previas y fechas:**

---

---

---

---

## MEDICAMENTOS ACTUALES

(Enumere todos los medicamentos recetados, de venta libre, suplementos y vitaminas, incluyendo nombre del medicamento, dosis y frecuencia)

---

---

---

**Nombre de la Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Telefono de la Farmacia:** \_\_\_\_\_

**Dirección de la Farmacia:** \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

- No tiene alergias conocidas
- Alergias a medicamentos (reacción): \_\_\_\_\_
- Alergias a alimentos (reacción): \_\_\_\_\_
- Alergias ambientales: \_\_\_\_\_

---

## HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

(Marque todas las que correspondan y especifique la relación)

- Enfermedad cardíaca \_\_\_\_\_
- Diabetes \_\_\_\_\_
- Cáncer \_\_\_\_\_
- Cerebrovascular: \_\_\_\_\_
- Trastornos de salud mental \_\_\_\_\_
- Enfermedad autoinmune \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

## HISTORIA SOCIAL

- **Uso de tabaco:**  Nunca  Exfumador.  Fumador actual
  - Si es actual o exfumador: \_\_\_\_\_ paquetes/día por \_\_\_\_\_ años
- **Consumo de alcohol:**  Ninguno  Ocasional  Moderado  Excesivo
- **Consumo de cafeína (tazas de cafe al día):** \_\_\_\_\_
- **Uso de drogas recreativas:**  No  Si (Especifique): \_\_\_\_\_
- **Frecuencia de ejercicio:**  Ninguna  1-2 veces por semana  3-5 veces por semana  Diario
- **Tipo de dieta (si aplica):** \_\_\_\_\_
- **Ocupación:** \_\_\_\_\_
- **Estado Civil:**  Casado  Soltero  Viudo  Divorciado  Otro: \_\_\_\_\_

## REVISIÓN DE SINTOMAS

(Marque cualquier síntoma que esté experimentando actualmente)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre / Escalofríos     | <input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos          |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                   | <input type="checkbox"/> Diarrea / Estreñimiento    |
| <input type="checkbox"/> Cambio de peso           | <input type="checkbox"/> Síntomas urinarios         |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza          | <input type="checkbox"/> Dolor articular o muscular |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la visión     | <input type="checkbox"/> Cambios en la piel         |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho        | <input type="checkbox"/> Ansiedad                   |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Depresión                  |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones            | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño       |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal          | <input type="checkbox"/> Otro: _____                |

## ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

¿Requiere ayuda con alguna de las siguientes actividades?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentación  | <input type="checkbox"/> Limpieza del Hogar                     |
| <input type="checkbox"/> Vistiéndose   | <input type="checkbox"/> Manejo de atención médica/medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Baño  | <input type="checkbox"/> Otras actividades que requieren ayuda: |
| <input type="checkbox"/> Uso del inodoro   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Deambulación (incluya uso de silla de<br>ruedas, bastón, andador, etc.) | _____   |

## ATENCIÓN PREVENTIVA

- Último examen físico: \_\_\_\_\_
- Última citología (Papanicolaou), si aplica: \_\_\_\_\_
- Última mamografía, si aplica: \_\_\_\_\_
- Última colonoscopia, si aplica: \_\_\_\_\_
- ¿Vacunas al día?  Sí  No  No está seguro

## CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que omitir información puede afectar mi atención médica.

• **Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

• **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_