Plano Wellness

Interval Patient Health History Questionnaire

Form must be filled out completely. Please check ☐ (Box) labeled "None" or "No" if it does not apply.

Nombre: _____ **DOB:** _____ **Edad:** _____

E-mail: _____ **Numero**: _____

(ALL PATIENTS MUST PROVIDE AN E-MAIL ADDRESS TO ACCESS WEB PORTAL)

Domicilio: _____

FARMACIA LOCAL Y # DE TELEPHONO ES NECESARIO. NO DEJE EN BLANCO

Pharmacia Local: _____ → **Numero de Pharmacia:** _____

Farmacia por Correo: _____ Farmacia de Composicion: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: Yo autorizo a Plano Wellness y a su personal a compartir toda mi informacion medica y personal, incluyendo los recordatorios de mis ctas a la siguiente persona:

☐ *No me gustaria que compartan ninguna informacion.*

Nombre: _____ **#Telefono:** _____ **Relacion:** _____

SEGURO: Persona Principal de Seguro? ☐ Yo Mismo ☐ Esposo/a ☐ Padres ☐ No tengo seguro medico

Nombre de Esposo/a o Padre: _____ DOB: _____

EVALUACION SE SALUD

Ha tenido las 3 vacunas del HPV? ☐ No ☐ Si, Fecha: _____		**Papanicolaou**	Date:_____
Ha tenido la vacuna de Tetanos? ☐ No ☐ Si, Fecha: _____		**Mamografia?**	Date:_____
Vacuna de COVID? ☐ No ☐ Si, Fecha: _____		**Colonoscopia**	Date:_____
Vacuna de Shingles? ☐ No ☐ Si, Fecha:_____		**Examen de Huesos**	Date:_____

Tobaco:	☐ Nunca	☐ Esporadico	☐ Diario	☐ Quit, Year: _____	
Alcohol:	☐ Nunca	☐ Esporadico	☐ Diario	☐ Quit, Year: _____	
Ejercicio:	☐ Nunca	☐ Esporadico	☐ 3-4/ semana	☐ Daily	
Estado Civil:	☐ Soltera	☐ Casada	☐ Divorciada	☐ Separada	☐ Viuda

Doctor Primario: _____ **(DR. DIAZ NO ES DOCTOR PRIMARIO)**

MEDICAMENTOS:

Desde su ultima visita, ha comenzado a tomar algun meicamento o suplemento **NUEVO**? ☐ SI ☐ No

OFFICE USE	**Ht:**	**Wt:**	**BP:**	**P:**	**UA:**	**Temp:**

POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. NO DEJE NINGUN ESPACIO EN BLANCO. MARQUE "NO" SI NO LE PERTENECE.

Desde su ultima visita, ¿le han diagnosticado alguna alergia NUEVA a medicamentos, alimentos, o alergenos ambientales? ☐No ☐Si

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Desde su ultima visita, ¿ha tenido uno de estos diagnosticos recientemente? ☐ Ninguno

- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Alzheimer's disease
- ☐ Anemia
- ☐ Trastorno de ansiedad
- ☐ Artritis
- ☐ Asma
- ☐ Coagulacion de sangre
- ☐ Cancer de senos
- ☐ Arritmias cardiaca
- ☐ Colesterol (Hypercholesterolemia)
- ☐ Cancer de colon
- ☐ Cardiopatia congestive
- ☐ Enfermedad pulmonar
- ☐ Enfermedad coronaria
- ☐ Depresion
- ☐ Diabetes
- ☐ Embolia venosa
- ☐ Epilepsia
- ☐ Reflujo gastrico
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Enfermedad genetica
- ☐ Hepatitis (**A**, **B**, or **C**)
- ☐ Hernia
- ☐ HIV
- ☐ Hipertension (HTN)
- ☐ Sindrome del Instestino Irritable (IBS)
- ☐ Calculos en los Riñones
- ☐ Cancer del pulmon
- ☐ Migrañas/dolor de cabeza
- ☐ Prolapso de la valvular mitral(MVP)
- ☐ Infarto de miocardio
- ☐ Osteopenia
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Cancer de piel
- ☐ Infarto cardiac (CVA)
- ☐ Suicido
- ☐ Tiroides (**Hypo** or **Hyper**)
- ☐ Ataque isquemico transitorio
- ☐ Trigliceridos elevados
- ☐ Ulcera
- ☐ Otro:_____

_____

_____

_____

Desde su ultima visita, ¿a sido hospitalizada/o? ☐No ☐Si

Desde su ultima visita, ¿ha tenido alguna cirugia recientemente? ☐No ☐Si

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Desde su ultima visita, ¿a un FAMILIAR se le ha diagnosticado una NUEVA condicion medica o cancer? ☐No ☐Si

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Alguna vez un MIEMBRO DE FAMILIA ha tenido pruebas geneticas para el riesgo de cancer hereditario? ☐No ☐Si

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Antecedente Ginecologo

No Ciclo Menstrual ?

☐ Menopausia ☐ Anticonceptivo

☐ Histerectomia ☐ Lactancia

☐ Ablacion

Eded de Primer ciclo menstrual: _____

Ultimo ciclo menstrual comenzo el: _____/_____/_____

Mi ciclo es: ☐ Regular ☐ Irregular

Frecuencia?

_____

Flow: ___Dias Abundantes ___Dias Moderados ___Dias Ligero

Colicos: ☐ No ☐ Yes **Coagulos:** ☐ No ☐ Yes

¿Cual metodo de anticonceptivos usa usted? ☐ Ninguno

Sexualmente Activa? ☐ No ☐ Si

Vida intima es satisfactoria? ☐ No ☐ Si

Preferencia de Pareja sexual:

☐ Masculino ☐ Femenino

Antecedentes de abuso fisico, emocional, o sexual? ☐ No ☐ Si

Esta tratando de quedar embarazada?

☐ No ☐ Si, Cuanto tiempo? _____

POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. NO DEJE NINGUN ESPACIO EN BLANCO. MARQUE "NO" SI NO LE PERTENECE.

- ☐ *No soy sexualmente activa*
- ☐ *Quisiera quedar embarazada*
- ☐ *Antecedente de Estirilidad*
- ☐ Abstenencia
- ☐ Pastilla anticonceptiva
- ☐ Condon
- ☐ Depo Provera
- ☐ Diaphragm
- ☐ Essure
- ☐ Dispositivo 3 años Progestin
- ☐ Dispositivo 5 años Progestin
- ☐ Dispositivo 10 años Copper
- ☐ Planificasion
- ☐ Histerectomia
- ☐ Parche Anticonceptivo
- ☐ Anillo Vaginal
- ☐ Implante Progestin (Nexplanon)
- ☐ Ciclo
- ☐ Salpingectomia, Bilateral
- ☐ Pareja de mismo sexo
- ☐ Ligadura de trompa, Bilateral
- ☐ Inserto Hormonal vaginal
- ☐ Espermicidas vaginal
- ☐ Vasectomia
- ☐Coitus interruptos

Antecedentes de Ginecologo ☐ **Ninguno**

- ☐ Papanicolauo Anormal
- ☐ Amenorrea
- ☐ Anovulacion
- ☐ Quiste de la Glandula de Bartholin
- ☐ Cancer de cuello uterino
- ☐ Micosis (infeccion de ongo)
- ☐ Clamidia
- ☐ Verrugas Genitales
- ☐ Crioterapia
- ☐ Vejiga caida
- ☐ DES expocision en utero
- ☐ Displasia (pre-canceroso)
- ☐ Dispareunia (dolor durante sexo)
- ☐ Endometriosis
- ☐ Utero fibroso
- ☐ Gonorrea
- ☐ Menstruacion Abundante
- ☐ Herpes, genital
- ☐ HPV
- ☐ Hydrosalpinx
- ☐ Incontenencia
- ☐ Estirilidad
- ☐ Menstruacion Irregular
- ☐ LEEP
- ☐ Cancer de ovarios
- ☐ Problemas de ovaries
- ☐ Adherencias pelvicas
- ☐ PID
- ☐ PMS
- ☐ Ovarios poliquisticos (PCOS)
- ☐ Sifilis
- ☐ Tricomoniasis
- ☐ Cancer uterino
- ☐ Polipos uterinos
- ☐ Prolapso uterino
- ☐ Cancer vaginal o volvular

Revisión de sistemas: *(Por favor, marque si tiene estos síntomas **hoy** o marque NINGUNO):* ☐**Ninguno**

General	Escalofríos Fatiga Fiebre Sudores nocturnos Aumento de peso Pérdida de peso
Ojos	Puntos ciegos Flotadores Dolor de ojos
Oídos, nariz, garganta, cuello	Sangrado de goma Ronquera Cuello hinchado Pérdida de audición Dificultad con la garganta Sangrado de nariz
Endocrine	Intolerante al frio Intolerante al calor Perdida de cabello Sofocos Crecimiento excesivo del vello facial Aumento de sed
Respiratory	Hemoptysis (Tos sanguinolenta) Falta de aliento Sibilancias
Cardiac	Debil Dolor de pecho Palpitasiones
GI	Dolor abdominal Sangre en el excremento Estreñimiento Diarrea Nausea Vomitos
Heme/Lymph	Anemia Hematoma inusual Sangrado polongado Ganglio linfático agrandado
GU	Nocturia (orina frecuente por la noche) Dolor pelvico Sequedad vaginal Secrecion vaginal Comezon vaginal Quemazon vaginal Bajo deseo sexual Difiultad con orgasmo Relaciones sexuales dolorosas Sangrado despues de relaciones sexuales Sangre en la orina Orina frecuente Dolor al orinar
Musculoskeletal	Dolor de espalda Dolor en las articulaciones Debilidad en las extremidades Articulaciones inflamadas
Skin	Acne Piel seca Lunar nuevo Erupción
Neurologic	Mareos Nuevos dolores de cabeza Mala memoria Entumecimiento en las extremidades
Psychiatric	Irritabilidad Ansiedad Depresión Problema de sueño Suicidio Insomnio

POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. NO DEJE NINGUN ESPACIO EN BLANCO. MARQUE “NO” SI NO LE PERTENECE.

Plano Wellness Medical, PLLC
Plano Wellness, PLLC

Consentimiento Para Recibir Tratamiento

Consentimiento General del Paciente para la Atención

Yo, el abajo firmante, para mí o para un menor de edad u otra persona por la que tengo autoridad para firmar, por el presente doy mi consentimiento para recibir atención médica y tratamiento, según lo indique un proveedor, mientras se brinda dicha atención médica y tratamiento. Este consentimiento incluye mi consentimiento para todos los servicios médicos prestados según las instrucciones generales o específicas de un proveedor; incluyendo el tratamiento por parte de un proveedor de nivel medio (enfermera practicante o asistente médico), y otros proveedores de atención médica o personas designadas bajo la dirección de un médico, según se considere razonable y necesario.

Telemedicina

Entiendo que la telemedicina (definida como el uso de información médica intercambiada de un sitio a otro a través de comunicaciones electrónicas para la salud del paciente, incluidos los servicios de consulta, diagnóstico y tratamiento) puede emplearse para facilitar mi atención médica. Toda la transmisión electrónica de datos se limitará a los destinatarios autorizados de conformidad con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA) y las leyes de privacidad estatales aplicables.

Registros de Medicamentos

Autorizo a Plano Wellness Medical, PLLC y Plano Wellness, PLLC a descargar mi historial de medicamentos y los beneficios de Rx en mi cuenta desde un centro de intercambio de información de Rx.

Consentimiento Firmado

Al firmar a continuación, indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe en la naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho en cualquier momento de interrumpir los servicios.

Aviso de Reconocimiento de Privacidad

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Tiene derecho a revisar el Aviso antes de firmar este reconocimiento. Una copia del Aviso actual está disponible en el mostrador de facturación. El Aviso contiene la fecha de entrada en vigencia y según lo dispuesto en nuestro Aviso, los términos de nuestro Aviso pueden cambiar.

Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que se utiliza o divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida para su tratamiento, pago y operaciones de atención médica, tal como se describe en nuestro Aviso. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hayamos divulgado su consentimiento previo.

Aviso Sobre Las Quejas

Quejas sobre médicos, así como sobre otros profesionales médicos de la Junta Médica de Texas, incluyendo asistentes médicos profesionales, acupunturistas y asistentes quirúrgicos se pueden presentar en la sigiente dirección para ser investigadas:

Texas Medical Board Attention: Investigations 1801 Congress Avenue, Suite 9.200 P.O. BOX 2018, Austin, TX 78768-2018. Si necesita ayuda para presenter una queja, llame al: **1-800-201-9353**. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en **www.tmb.state.tx.us**

_____ _____

Firma del Paciente o Tutor **Fecha de Nacimiento**

_____ _____

Relación con el Paciente, si no está firmado por el paciente **Fecha**

POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. NO DEJE NINGUN ESPACIO EN BLANCO. MARQUE “NO” SI NO LE PERTENECE.

Plano Wellness Medical, PLLC
Plano Wellness, PLLC

Acuerdo Financiero del Paciente

La siguiente información es proporcionada a nuestros pacientes, nuevos y establecidos, para informar a los pacientes de nuestras políticas financieras de la oficina y de los requisitos de responsabilidad financiera del paciente.
Por favor pregunte a un miembro del equipo si tiene alguna pregunta acerca de estas pólizas.

- Nos complace facturar su seguro como cortesía; sin embargo, todos los cargos, independientemente de la cobertura de seguro son su responsabilidad como nuestro paciente. Esperamos el pago de su parte en el momento del servicio. (copagos, co-seguros, deducibles). Le pedimos que si su seguro no ha pagado dentro de 45 días que usted sigue con ellos.
- Si usted es visto para un examen preventivo anual y un problema/enfermedad separado se identifica y también se aborda, se usará la codificación adecuada. Esto puede resultar en una carga para ambos servicios. Además, algunos exámenes de laboratorio médicamente indicados no pueden ser cubiertos como una pantalla preventiva por su póliza. Su contrato individual con su compañía de seguros determinará cómo pagará su seguro. Hacemos todo lo posible para facturar cada visita con los códigos de diagnóstico y procedimiento apropiados de acuerdo a las pautas de codificación nacionales. Por favor entienda que no podemos hacer excepciones a nuestras prácticas de codificación debido a problemas de cumplimiento legal federal y estatal, y no podemos facturar por servicios que no sean los documentados en su historial médico.
- Las inyecciones y algunos suministros médicos deben pagarse por adelantado en el momento del servicio. Los productos o servicios especializados deben preautorizarse con un seguro previo al servicio; de lo contrario, estos servicios deberán ser pagados íntegramente por el paciente en el momento del servicio.
- Para la atención quirúrgica, pre-certificamos su seguro y obtenemos la responsabilidad estimada del paciente para el procedimiento. Esta cantidad es debida antes de la fecha prevista de la cirugía. Si el procedimiento resulta en cargos adicionales, estos honorarios serán facturados a usted. Le pediríamos que pague el saldo dentro de los 30 días siguientes a su cirugía.
- Rutinariamente enviamos nuestras pruebas de laboratorio a compañías de laboratorio de terceras partes. Lla proveedores mencionados puede o no puede participar con su plan de salud. Usted puede solicitar que refieramos sus pruebas a otra ubicación. Esta solicitud deberá hacerse con cada visita.
- Es necesario aplicar estrictamente la política de obligación financiera. Todos los co-pagos, el auto-pago del paciente, y la responsabilidad financiera del paciente estimada pueden ser pagados en efectivo, cheque, Visa, MasterCard o American Express.
- Habrá un cargo de $50 por no presentarse a su cita. Las cancelaciones con menos de 24 horas hábiles se cobrarán un cargo de $25 para visitas al consultorio, $100 por procedimientos quirúrgicos.
- El cargo por papeleo simple (por ejemplo, la ley de licencia médica familiar (FMLA) y las solicitudes de incapacidad a corto plazo) es de $10. El cargo por papeleo detallado es de $25. Esto es pagadero en su totalidad en el momento en que el formulario se deja para su finalización.

Asignación de beneficios: (NOS PERMITE PRESENTAR SUS CARGOS CON SU SEGURO):
Hemos hecho arreglos previos con muchas aseguradoras y planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Esto significa que facturaremos aquellos planes para los que tenemos un acuerdo y solo le exigiremos que pague el copago autorizado en el momento del servicio. Es su responsabilidad pagar cualquier monto deducible, coseguro o cualquier otro saldo no pagado por su seguro al momento del servicio. Si esta cuenta se asigna a un abogado para cobro o demanda, la parte que prevalece tendrá derecho a los honorarios razonables de abogado por los costos de cobro.
Entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información del seguro en el momento de la inscripción para permitir la verificación de los beneficios y que, independientemente de los beneficios de mi seguro asignados, soy responsable de los cargos totales por los servicios prestados.
Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos, para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, incluyendo Medicare, seguro privado y otros planes de salud a Plano Wellness Medical, PLLC o Plano Wellness, PLLC. Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como original. Entiendo que en el caso de que mi plan de salud determine que un servicio no está "cubierto", seré responsable de todos los cargos no cubiertos y permitidos. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago.

He leído y entiendo la información anterior y acepto cumplir con estas políticas financieras.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. NO DEJE NINGUN ESPACIO EN BLANCO. MARQUE “NO” SI NO LE PERTENECE.