

**Reason for Appt: (Office use only)**

- ☐ Annual ☐ Biote (Dr. Diaz only)
☐ Hormone Consult (not available with Annual Appt)
☐ Other:

Nombre: _____ DOB: _____ Edad: _____

E-mail: _____ Numero: _____

Domicilio: _____

Farmacia Local: _____ Numero De Farmacia: _____

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

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: _____

Ha tenido la vacuna de Tetanos? ☐ No ☐ Si, Fecha: _____

Vacuna de COVID? ☐ No ☐ Si, Fecha: _____

Vacuna de Shingles? ☐ No ☐ Si, Fecha: _____

Papanicolaou Date: _____

Mamografia? Date: _____

Colonoscopia Date: _____

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: ☐ NO estoy tomando ningun medicatmentos/suplementos.

Medicamentos/Suplementos:	Dosis:	Frecuencia:

ALERGIAS: ☐ No tengo Alergias

Alergias a medicatmentos:	Reaccion:	Alergias a medicamentos:	Reaccion:

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.

Antecedente Ginecologo

No Ciclo Menstrual ?

- ☐ Menopausia
- ☐ Histerectomia
- ☐ Ablacion
- ☐ Anticonceptivo
- ☐ Lactancia

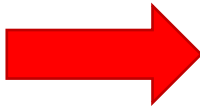
Edad de Primer ciclo menstrual: _____

Ultimo ciclo menstrual comenzo el: ____/____/____

Mi ciclo es: ☐ Regular ☐ Irregular Frecuencia? _____

Flow: ____Dias Abundantes ____Dias Moderados ____Dias Ligero

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



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? _____

¿Cual metodo de anticonceptivos usa usted? ☐ NO USO NINGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

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

Antecedentes de Ginecologo: ☐ NO TENGO ANTECEDENTES DE GINECOLOGO

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

Antecedente Obstetrico: ☐ SIN HISTORIAL DE EMBARAZO

de Embarazos: _____
de Entrega a Terminio: _____
de Prematuro: _____
de Aborto Espontaneo: _____
de Terminos: _____
de Ectopicos: _____
de Nacimiento Vaginal: _____
de Nacimientos cesarios: _____
Peso mas grande: _____
de Nacimientos multiple: _____
de Mortinatos: _____

Complicaciones de Embarazo: ☐ NINGUNO

- ☐ Presentacion de Nalgas
- ☐ Diabetes Gestacional
- ☐ Hemorragia
- ☐ Alta Presion sanguinea
- ☐ Cervix Incompetente
- ☐ Depresion post-parto
- ☐ Progesterone 1st Trimestre
- ☐ Placenta Previa
- ☐ Embarazo premature
- ☐ Distocia de Hombros
- ☐ Other: _____

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

Antecedentes Medicos de USTED

- ☐ VIH/SIDA
☐ Alzheimer's disease
☐ Anemia
☐ Trastorno de ansiedad
☐ Artritis
☐ Asma
☐ Coagulacion de sangre
☐ Cancer de senos
☐ Arritmias cardiaca
☐ Colesterol (Hypercholesterolemia)
☐ Cancer de colon
☐ Cardiopatía congestive
☐ Enfermedad pulmonar
☐ Enfermedad coronaria
☐ Depresion

☐ **NO TENGO ANTECEDENTES MEDICOS**

- ☐ Diabetes
☐ Embolia venosa
☐ Epilepsia
☐ Reflujo gastrico
☐ Fibromialgia
☐ Enfermedad genetica
☐ Hepatitis (A, B, or C)
☐ Hernia
☐ HIV
☐ Hipertension (HTN)
☐ Síndrome del Intestino 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)
☐ Suicidio
☐ Tiroides (**Hypo** or **Hyper**)
☐ Ataque isquemico transitorio
☐ Trigliceridos elevados
☐ Ulcera
☐ Otro: _____

Antecedentes de Cirugias de USTED

- ☐ Abdominal, exploratorio
☐ Apendectomia
☐ Cirugia de espalda
☐ Cirugia bariatica
☐ Aumento de senos
☐ Lumpectomia de senos
☐ Levantamiento de la vejiga
☐ Cesarea
☐ CABG (bypass coronario)
☐ Procedimiento cervical

☐ **NO TENGO ANTECEDENTES DE CIRUGIA**

- ☐ Vesicula biliar
☐ Reseccion del colon
☐ D&C
☐ Ablacion Endometrial
☐ Cirugia de trompas de falopio
☐ Cirugia de fibromas
☐ Hemorroides
☐ Hernia
☐ Reemplazo de cadera
☐ Histerectomia

- ☐ Cirugia de rodilla
☐ Laparoscopia
☐ Cirugia ovaria
☐ Implante de marcapasos
☐ Cirugia cosmetica
☐ Esplenectomia
☐ Tiroidectomia
☐ Otro: _____

¿Alguna vez a sido hospitalizada/o? ☐ No ☐ Si

Cuestionario de antecedentes familiar sobre el cancer hereditario

¿Alguna vez un *miembro de familia* ha tenido pruebas genéticas para el riesgo de cáncer hereditario? ☐ No ☐ Si

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Historia Familiar

☐ NINGUNO ☐ SOY ADOPTADA

(M=Maternal, P=Paternal)

(Proporcione la edad del diagnóstico)	Madre	Padre	Abuelos		Hermana	Hermano	Tia(s)	Tio(s)
Cáncer de mama			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Cáncer ovárico		X	☐ M ☐ P	X		X	☐ M ☐ P	X
Cáncer pancreático			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Cáncer uterino			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Cáncer de próstata	X		X	☐ M ☐ P	X		X	☐ M ☐ P
Cáncer de colon (> 10 pólipos)			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Melanoma			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Otro cáncer			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P

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

Marque cuales miembros de la familia con las siguientes condiciones: ☐ NINGUNO ☐ SOY ADOPTADA

(Provide Age of diagnosis)		Madre	Padre	Abuela	Abuelo	Hermana	Hermano	Tia(s)	Tio(s)
Enfermedad de Alzheimer	Alz			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Coágulos sanguíneos	Clo			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Alto colesterol/triglicéridos	Dis			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Cardiopatía coronaria	CAD			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Diabetes	DM			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Trastorno genético	Gen			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Hepatitis (A, B, or C)	Hep			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Hipertensión	HTN			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Infarto de miocardio	MI			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Osteoporosis	Ost			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Accidente cerebrovascular	CVA			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P
Trastorno tiroideo	Thy			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P			☐ M ☐ P	☐ M ☐ P

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

Otros síntomas: _____

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 Palpitaciones
GI	Dolor abdominal Sangre en el excremento Estreñimiento Diarrea Nausea Vomitos
Heme/Lymph	Anemia Hematoma inusual Sangrado prolongado 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.



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. Los proveedores mencionados puede o no puede participar con su plan de salud. Usted puede solicitar que referamos 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: _____



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 siguiente 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 presentar 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