



Paciente: _____

Fecha : _____

FAMILY PRACTICE SPECIALIZING IN GERIATRICS

DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Mí: _____ Fecha: _____

Número de seguro social: _____ Género: Masculino Femenino

DIRECCIÓN: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ código postal _____

Correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Otro

Empleador: _____ Ocupación: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Nombre del cónyuge/padre: (Si el paciente es menor de edad) _____

Referido por quién: _____

Contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: () _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor, proporcione su(s) tarjeta(s) de seguro y una identificación con fotografía a la recepcionista.

Sin seguro

Seguro Primario

Nombre del titular de la póliza: (Si es diferente al paciente) _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Grupo: _____

ID de miembro: _____

Seguro secundario

Nombre de la compañía de seguros: _____ Grupo: _____

ID de miembro: _____

Relación con el titular de la póliza: Ser Padre Niño Cónyuge Otro _____

Certifico que la información anterior es correcta. Autorizo a Antonio A. Flores M.D., P.A. a divulgar o solicitar información médica necesaria para procesar reclamos de seguro médico. Autorizo la asignación de beneficios en mis reclamos de seguro médico a Antonio A. Flores M.D., P.A. Entiendo que seré responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. Seré responsable de cualquier deducible y/o coaseguro o copagos adeudados. Antonio A. Flores M.D., P.A. puede proporcionar recibos detallados a pedido.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



FAMILY PRACTICE SPECIALIZING IN GERIATRICS

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Su nombre y firma en este documento indican que se le ha dado la oportunidad de revisar y solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de The Medical Office of Antonio A. Flores, M.D. P.A. en la fecha indicada. Además, usted acepta el uso y la divulgación de su información médica según lo establecido en el Aviso de prácticas de privacidad, excepto como se indica expresamente a continuación. Si tiene alguna pregunta sobre el Aviso de prácticas de privacidad de nuestro consultorio médico, no dude en contactarnos.

¿Podemos divulgar su información médica a familiares o a cualquier otra persona o cuidador?

() Sí

() No

En caso afirmativo, Por favor, indique el nombre y la relación a continuación:

Nombre:

Relación:

Por la presente solicito las siguientes restricciones sobre el uso y/o divulgación (especificar según corresponda) de mi información:

Nombre del paciente

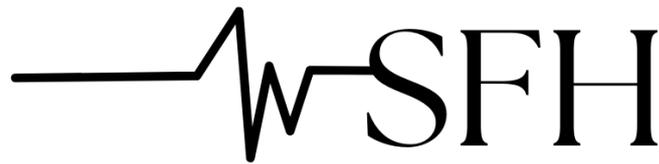
Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante personal (si corresponde)

Relación con el paciente



FAMILY PRACTICE SPECIALIZING IN GERIATRICS

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Es esto una lesión relacionada con el trabajo? () Sí () No

¿Está esto relacionado con un accidente automovilístico? () Sí () No

Si es así, consulte a la recepcionista ANTES de su cita.

¿Por qué te están viendo hoy?

HISTORIA CLÍNICA

POR FAVOR COMPLETE LO MEJOR QUE PUEDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

REGISTRO CONFIDENCIAL: La información aquí contenida no será divulgada excepto cuando usted nos han autorizado a hacerlo.

Indique brevemente los problemas que le han traído al consultorio médico hoy:

INFORMACIÓN PERSONAL

Estado civil: () Casado () Soltero () Viudo () Divorciado

Niños: () Sí () No Si es así, ¿cuántos? _____

¿Tiene algún problema de salud y, en caso afirmativo, quién y qué?

Fumar: () Sí () No Si es así, ¿cuántos paquetes por día? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Alcohol: () Sí () No Si es así, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Uso frecuente o ilícito de drogas: () Sí () No En caso afirmativo, () Uso actual () Uso anterior

¿Qué sustancia(s): _____

¿Tiene alguna de estas condiciones o algún otro problema que desea que el médico conozca?

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| () Problemas con la visión | () Problemas de audición | () Hemorroides |
| () Problemas para masticar o tragar | () Soplo cardíaco | () Dolores en el pecho |
| () Falta de aliento; asma/enfisema | () Orinar de noche | () Latidos cardíacos irregulares |
| () Hinchazón de pies o manos | () Latidos cardíacos rápidos | () Dolor al orinar |
| () Válvula mitral | () Colesterol elevado | () Migrañas |

() Otro: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____



FAMILY PRACTICE SPECIALIZING IN GERIATRICS

Historial quirúrgico del paciente

Cirugías:

Fecha:

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Amígdalas Hernia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Adenoides | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla | _____ |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de venas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vejiga urinaria | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pulmones Estómago | _____ |
| <input type="checkbox"/> Intestinos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides Corazón | _____ |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos Vesícula | _____ |
| <input type="checkbox"/> biliar Histerectomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cesárea Ovarios | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Apéndice | _____ |

Pasado Médico

(¿Ha tenido alguno de los siguientes? Si es así, incluya la fecha)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neumonía _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho _____ | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular _____ | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Gota _____ | <input type="checkbox"/> Migrañas _____ |
| <input type="checkbox"/> Úlcera péptica Ictericia _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ |
| <input type="checkbox"/> Pólipos en el colon _____ | <input type="checkbox"/> Diverticulitis _____ | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal _____ |

Historia familiar

(Marque las que correspondan e identifique la fecha y el miembro de la familia)

(F) Padre, (M) Madre, (B) Hermano, (S) Hermana, (MAT GF) Abuelo materno, (PAT GF) Abuelo paterno, (MAT GM) Abuela materna, (PAT GM) Abuela paterna

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión _____ | <input type="checkbox"/> Leucemia _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal _____ | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco _____ | <input type="checkbox"/> Artritis _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Bocio _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____ | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática _____ |



FAMILY PRACTICE SPECIALIZING IN GERIATRICS

continuado...

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Pólipos de colon | <input type="checkbox"/> Enfermedad ulcerosa péptica | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Vacunas actuales

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TD/Tdap _____ | <input type="checkbox"/> VPH _____ | <input type="checkbox"/> Gripe _____ |
| <input type="checkbox"/> HEP B _____ | <input type="checkbox"/> Meningitis _____ | <input type="checkbox"/> Herpes _____ |
| <input type="checkbox"/> HEP A _____ | <input type="checkbox"/> Neumonía _____ | <input type="checkbox"/> zóster _____ |
| <input type="checkbox"/> MMR _____ | <input type="checkbox"/> Varicela _____ | <input type="checkbox"/> VRS _____ |
| | | Covid _____ |

Medicamentos

(Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los de venta libre y los recetados, y las dosis)

Alergias

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí NO

En caso afirmativo, indique: _____

¿Otras alergias no relacionadas con medicamentos? Sí NO

En caso afirmativo, indique: _____



FAMILY PRACTICE SPECIALIZING IN GERIATRICS

Formulario de reconocimiento de la política de la oficina del paciente

He leído y comprendido las Políticas de la Oficina del Paciente de Antonio A. Flores, M.D., P.A. Al firmar a continuación, reconozco haber recibido y haber recibido estas políticas y he sido informado de que el incumplimiento de las Políticas de la Oficina del Paciente puede dar lugar a mi despido como paciente de Antonio A. Flores, M.D. P.A. y de los proveedores médicos asociados. Entiendo que Antonio A. Flores, M.D. P.A. se reserva el derecho de modificar las Políticas de la Oficina del Paciente según sea necesario y yo me reservo el derecho de solicitar una copia impresa de las Políticas de la Oficina del Paciente.

Nombre del paciente o tutor legal (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente/tutor legal

Fecha



FAMILY PRACTICE SPECIALIZING IN GERIATRICS

Consentimiento del asistente médico o enfermero especializado para el tratamiento

Esta instalación cuenta con un asistente médico (Dennis Krueger, Jr.) en el personal y tres enfermeras practicantes (Bobbi Thomas, Celia Rosales y Kirsten Adams) para ayudar en la prestación de atención médica.

Un asistente médico no es un médico. Un asistente médico es un graduado de un programa de capacitación certificado y tiene licencia otorgada por la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico puede diagnosticar, tratar y controlar enfermedades agudas y crónicas comunes, así como brindar atención para el mantenimiento de la salud.

La “supervisión” no requiere la presencia física constante de un médico supervisor, sino más bien supervisar las actividades y aceptar la responsabilidad del servicio médico prestado.

Un asistente médico puede brindar servicios médicos que estén dentro de su formación, capacitación y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

Obtención de historias y realización de exámenes físicos.

- Solicitar y/o realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Formulación de un diagnóstico de trabajo
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento
- Seguimiento de la eficacia de las intervenciones terapéuticas
- Asistencia en cirugía
- Ofreciendo asesoramiento y educación.
- Suministrar muestras de medicamentos y redactar recetas (cuando lo permita la ley)
- Realizar derivaciones adecuadas

He leído lo anterior y comprendo que, de vez en cuando, se me puede solicitar que consulte a un asistente médico, pero no se me exigirá que lo haga. Comprendo que, en cualquier momento, puedo negarme a ver al asistente médico y solicitar ver a un médico. Sin embargo, comprendo que si elijo NO ver a un asistente médico, no podré programar mi cita hasta que el médico esté disponible.

Nombre del paciente (en letra de imprenta):

Fecha:

Firma del paciente:

Testigo: (Si aplica)



FAMILY PRACTICE SPECIALIZING IN GERIATRICS

Acuerdo de medicación y política de reposición

Durante el curso de su tratamiento, nuestros proveedores médicos pueden recetarle medicamentos. Los medicamentos permiten a nuestros proveedores mejorar su salud, pero pueden surgir efectos secundarios graves si algunos de estos medicamentos no se administran adecuadamente. Nuestra primera prioridad es su salud y seguridad. Con este fin, nuestros proveedores médicos han establecido pautas y políticas para su seguridad. **Nuestros proveedores médicos se reservan el derecho de comunicarse con sus otros médicos tratantes y farmacias con respecto a su atención médica, incluida la medicación. A continuación, se detallan las políticas y pautas mencionadas anteriormente:**

1. Entiendo que las recargas de medicamentos solo estarán disponibles durante el horario de oficina habitual. Las recargas de recetas requieren un aviso con 48 horas de anticipación, por lo que le pedimos que no espere hasta que se haya quedado sin medicamentos antes de comunicarse con nuestra oficina.
2. Entiendo que NO se realizarán recargas de medicamentos fuera del horario de atención, los fines de semana ni los días festivos.
3. Entiendo que mis proveedores médicos tienen derecho a rellenar o NO los medicamentos recetados por otro proveedor médico.
4. Acepto proporcionar información detallada sobre mi medicación cuando solicito reposiciones de medicamentos (es decir, nombre del medicamento, dosis, nombre de la farmacia, etc.)
5. Entiendo que es posible que no me receten medicamentos narcóticos ni que creen hábito en mi primera visita.
6. Acepto seguir el programa de dosificación que me recetó mi médico.
7. Acepto NUNCA compartir con ninguna otra persona los medicamentos que me hayan recetado como paciente.
8. Acepto NUNCA vender, intercambiar o canjear mis medicamentos por ningún motivo.
9. Entiendo que la protección y custodia de mis medicamentos es mi responsabilidad. Mi proveedor médico no estará obligado ni se le exigirá que reemplace las recetas o medicamentos PERDIDOS O ROBADOS.
10. Acepto comunicarme con mi proveedor médico si experimento algún efecto adverso o problemas de dosis con mis medicamentos recetados.
11. Acepto y comprendo que no se me permitirá recibir recetas de narcóticos o medicamentos controlados de mi proveedor médico si también estoy recibiendo recetas de medicamentos similares de otro proveedor médico. Solo después del consentimiento expreso o consulta con mi proveedor médico se autorizará esto.
12. Entiendo que las recetas de narcóticos o medicamentos controlados NUNCA se surtirán de forma anticipada.
13. Entiendo y acepto utilizar solo una farmacia para mis recetas de narcóticos o medicamentos controlados.
14. Acepto cumplir con todas las citas programadas y comprendo que si llego 15 minutos tarde o más tarde de la hora programada de mi cita, es posible que tenga que reprogramarla.
15. Acepto que NO se administrará ningún medicamento en caso de citas canceladas o no presentadas.
16. Acepto traer todos mis medicamentos recetados o proporcionar una lista precisa de los medicamentos recetados actuales en cada visita al consultorio.
17. Entiendo que no debo conducir ni operar maquinaria pesada mientras estoy tomando medicamentos que puedan causar somnolencia o deteriorar la función cognitiva.
18. Acepto y entiendo que el comportamiento abusivo o el acoso hacia el personal de Antonio A. Flores, MD PA no será tolerado ni aceptable.
19. Entiendo que si falsifico, copio o adultero recetas, seré despedido inmediatamente como paciente de Antonio A. Flores, MD PA.
20. Entiendo que seré despedido como paciente si violo las políticas de este acuerdo.
21. Entiendo que Antonio A. Flores, MD PA se reserva el derecho de SOLICITAR UN ANÁLISIS DE DROGAS POR ORINA SI ME RECETARON SUSTANCIAS CONTROLADAS. Si mis análisis de detección de drogas arrojan resultados positivos para sustancias no recetadas o negativos para medicamentos que me recetaron, comprendo que seré dado de baja como paciente de Antonio A. Flores, MD PA.

Firma del paciente y fecha



FAMILY PRACTICE SPECIALIZING IN GERIATRICS

Dolor crónico y narcóticos

1. Entiendo que los pacientes que requieran un tratamiento del dolor a largo plazo, durante más de seis (6) meses, deberán ser derivados a un especialista en tratamiento del dolor. Ciertos diagnósticos pueden estar exentos de este requisito según cada caso.
2. Entiendo que si no estoy dispuesto a ver a un especialista en manejo del dolor cuando me lo deriva mi proveedor médico, solo me recetarán analgésicos no narcóticos.
3. Entiendo que todos los pacientes con dolor crónico deben someterse a pruebas para determinar el origen del dolor. No se recetarán narcóticos a los pacientes con dolor crónico sin hallazgos objetivos (pruebas positivas).
4. Entiendo que los medicamentos controlados, programados y triplicados no tienen recargas y todos los pacientes que requieren recargas de recetas para estos medicamentos deben ser vistos por un proveedor médico para evaluación y documentación de su dolor cada tres (3) meses.
5. Entiendo que se me solicitará que presente una identificación con fotografía y firme antes de que se me entreguen las recetas por triplicado. Las recetas por triplicado solo se entregarán al paciente, con excepción de los residentes de hogares de ancianos.
6. Entiendo que la fibromialgia no se tratará con analgésicos narcóticos.
7. Entiendo que a los pacientes se les pueden recetar analgésicos para lesiones agudas de corto plazo (por ejemplo, esguince de espalda). Los medicamentos recetados serán para uso temporal y NO se volverán a surtir.
8. Entiendo que los medicamentos programados y controlados pueden volverse altamente adictivos si se abusa de ellos, se usan incorrectamente o no se toman según las indicaciones de mi proveedor médico.
9. Entiendo que a todos los pacientes que actualmente reciben analgésicos y que se niegan a cumplir con este acuerdo y sus políticas se les suspenderá gradualmente el uso de analgésicos narcóticos.

Firma del paciente y fecha



FAMILY PRACTICE SPECIALIZING IN GERIATRICS

Acuse de recibo del contrato de medicación y política de reposición

Al firmar este reconocimiento, confirmo que he leído, comprendido y aceptado todas las políticas y secciones del Acuerdo de medicación y la Política de reposición. Acepto cumplir con las políticas de este acuerdo y comprendo que el incumplimiento de este acuerdo puede resultar en mi despido como paciente de Antonio A. Flores, M.D. P.A.

Tenga en cuenta que no se recetarán medicamentos sin la aceptación de este acuerdo.

Nombre del paciente: (en letra de imprenta)

Fecha:

Firma del paciente:

Tutor: (Si aplica)

Autorización para acceder a información histórica de recetas

Por la presente autorizo a los proveedores médicos de Antonio A. Flores, M.D. P.A. a acceder a mi información histórica de medicamentos recetados.

Firma del paciente:

Fecha:

Firma del tutor: (si corresponde)