



Rodolfo Maldonado MD LLC

Internal Medicine

www.MaldonadoMDNJ.com

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | | | | |
|--|-------|--|--|---------------------------------|---------------------------|
| Apellido: | | Nombre: | | | Inicial del segundo nom.: |
| Fecha De Nacimiento: | Edad: | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | Estado civil: <input type="checkbox"/> Solt <input type="checkbox"/> Cas <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Viu | | |
| Correo Electrónico: | | | | | |
| N° Teléfono: | | Esto es su... <input type="checkbox"/> Cellular <input type="checkbox"/> Casa | N° Seguridad Social: | | |
| Dirección De Calle: | | | | Apt: | Piso: |
| Ciudad: | | Estado: | Cód. Postal: | Nombre de su Farmacia & Ciudad: | |
| Ocupación: | | Empleador: | | N° De Teléfono Del Empleador: | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano O Nativo De Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano O Otras Islas Del Pacífico | | | Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino | | |
| Nombre Del Seguro Primario: | | N° De Identificación Del Seguro Primario | | | |
| Nombre Del Seguro Secundario: | | N° De Identificación Del Seguro Secundario: | | | |

| CONTACTO DE EMERGENCIA | | |
|---|---------------------------|--|
| Nombre Del Contacto De Emergencia 1: | Relación Con El Paciente: | No. Teléfono Celular: |
| Nombre Del Contacto De Emergencia 2: | Relación Con El Paciente: | No. Teléfono Celular: |
| <p>La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mi seguro de beneficios que paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. También autorizo Rodolfo Maldonado MD LLC para lanzar cualquier información necesaria para procesar mi reclamo.</p> | | |
| <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <i>Firma del paciente o persona autorizada</i> | | <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <i>Fecha</i> |



Rodolfo Maldonado MD LLC

Internal Medicine

www.MaldonadoMDNJ.com

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

ALERGIAS

Si usted no tiene alergias conocidas, por favor marque a la derecha: No tengo alergias.

1. Medicamento: _____ Reacción: _____

2. Medicamento: _____ Reacción: _____

ENFERMEDADES MEDICAS

| | Si | No | | Si | No | | Si | No | | Si | No |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enfermedad cardiovascular..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad autoinmune.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia cardiaca..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoide..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor del pecho..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor cronico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arteriosclerosis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes tipo 1..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad neurologica..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Válvula cardiaca dañada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangrado anormal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes tipe 2..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stroke..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque cardiaco..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Incontinencia urinaria..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insomnia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soplo cardiaco..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desnutricion..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno de salud mental... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presion alta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA o VIH..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Constipacion..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones recurrentes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presion baja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reflujo de acidez..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nefropatia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Defecto cardiaco congenito... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bronquitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ulceras..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sudores nocturnos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prolapso de la válvula mitral... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problema de tiroides..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problema paranasales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque cerebral..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresion..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cataratas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol alto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ansiedad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcapaso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno de la piel..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bajo de paso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de cabeza..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad reumática del corazón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad gastrointestinal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glándulas del cuello inflamadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de transmisión sexual..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CIRUGÍAS

Si no tienes cirugías conocidas, por favor marque la casilla a la derecha: No tengo cirugías.

HISTORIA SOCIAL

Beber Alcohol: Actuales Pasado Nunca ¿Cuánto y con qué frecuencia? _____

Uso de tabaco: Actuales Pasado Nunca ¿Cuánto y por cuánto tiempo? _____

Abuso de Sus.: Actuales Pasado Nunca ¿Qué sustancia? _____

HISTORIA MÉDICA DE LA FAMILIA

Madre: Hipertensión Diabetes Cancer Otras (especificar): _____

Padre: Hipertensión Diabetes Cancer Otras (especificar): _____

Hermano/a: Hipertensión Diabetes Cancer Otras (especificar): _____



Rodolfo Maldonado MD LLC

Internal Medicine

.....
www.MaldonadoMDNJ.com

LISTA DE MEDICAMENTOS

Si usted no está tomando algún medicamento, por favor marque a la derecha: No tomo medicamentos.

| | |
|------------------------|--------------|
| 1. Medicamento: _____ | Dosis: _____ |
| 2. Medicamento: _____ | Dosis: _____ |
| 3. Medicamento: _____ | Dosis: _____ |
| 4. Medicamento: _____ | Dosis: _____ |
| 5. Medicamento: _____ | Dosis: _____ |
| 6. Medicamento: _____ | Dosis: _____ |
| 7. Medicamento: _____ | Dosis: _____ |
| 8. Medicamento: _____ | Dosis: _____ |
| 9. Medicamento: _____ | Dosis: _____ |
| 10. Medicamento: _____ | Dosis: _____ |

ESPECIALISTAS

Si usted no está tomando algún medicamento, por favor marque a la derecha: No tengo especialistas.

| | |
|---------------------|---------------------|
| Especialista: _____ | Especialidad: _____ |
| Especialista: _____ | Especialidad: _____ |
| Especialista: _____ | Especialidad: _____ |
| Especialista: _____ | Especialidad: _____ |

CUIDADO PREVENTIVO

Cuando fue tu último examen de: Cuando fue tu última vacuna de: No tengo cuidado preventivo.

| | |
|---------------------|-------------------|
| Colonoscopia: _____ | COVID: _____ |
| Endoscopia: _____ | Influenza: _____ |
| Mamografía: _____ | Tetano: _____ |
| Prostata: _____ | Culebrilla: _____ |

A lo mejor de mi conocimiento, la información presentada arriba es exacta y completa.

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha

Resumen de la regla de privacidad HIPAA

HIPAA es una ley federal que le da derechos sobre su información de salud y establece reglas y límites sobre quién puede ver y recibir información sobre su salud.

Sus Derechos

Usted tiene el derecho de:

- Solicitar, ver, y obtener una copia de sus registros de salud.
- Recibir correcciones a su información de salud.
- Recibir un aviso que te indica cómo se puede usar y compartir su información de salud.
- Decidir si quiere dar su permiso antes de que su información médica puede ser utilizada o compartida para ciertos propósitos, como marketing.
- Haz un informe sobre cuándo y por qué fue compartida su información médica para ciertos propósitos.
- Si cree que sus derechos se les niega o su información médica no es protegida, usted puede:
 1. Presentar una queja con su proveedor o asegurador de salud, o
 2. Presentar una queja con el gobierno de los Estados Unidos.

También tienes el derecho de pedirle a su proveedor o asegurador de salud preguntas acerca de sus derechos. Usted también puede aprender más acerca de sus derechos, incluyendo cómo presentar una queja desde el website www.hhs.gov/ocr/hipaa/ o llamando al 1-866-627-7748.

¿Quién debe seguir esta ley?

- Médicos, enfermeras, farmacias, hospitales, clínicas, hogares de ancianos y muchos otros proveedores de salud.
- Compañías del seguro médico, HMO, y la mayoría de planes de salud de grupo de empleador.
- Algunos programas de gobierno que pagan atención médica, como Medicare y Medicaid.

¿Qué información está protegida?

- Información de sus médicos, enfermeras y otros proveedores de salud ponen en su expediente médico.
- Conversaciones que ha tenido su médico acerca de su cuidado o el tratamiento con las enfermeras y otros profesionales de la salud.
- Información en el sistema informático de su médico.
- Facturación información de su proveedor de atención clínica/médica.
- Más otra información de salud sobre usted, en manos de quienes debe seguir esta ley.

Los proveedores y aseguradores de salud que están obligados a seguir esta ley deben mantener su información privada por:

- Enseñando a la gente que trabaja para ellos cómo su información puede y no puede ser utilizado y compartido,
- Tomando medidas apropiadas y razonables para mantener segura su información de salud.

Para asegurarse de que su información está protegida de una manera que no interfiere con su salud, su información puede utilizado y compartido:

- Para su tratamiento y coordinación de la atención,
- Para pagar a médicos y hospitales para su atención médica,
- Con su familia, parientes, amigos u otros que identificas que participan con su salud o sus facturas de atención médicas, a menos que usted se oponga,
- Para proteger la salud pública, como cuando la gripe está en su área, o
- Para hacer informes a la policía, tales como informes de heridas de bala.

Su información de salud no puedan utilizarse o compartida sin su permiso por escrito a menos que esta ley le permite. Por ejemplo, sin su autorización, su proveedor no puede generalmente:

- Informar a su empleador.
- Usar o compartir su información de marketing o publicidad con fines, o
- Compartir notas privadas sobre su salud mental sesiones de consejería.

Firma: _____

Fecha: _____



Rodolfo Maldonado MD LLC

Internal Medicine

www.MaldonadoMDNJ.com

Responsabilidad del Paciente

- Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos por todos los servicios prestados. Esto incluye cualquier servicio médico o visita, examen de rutina, revisión de rutina o procedimientos realizados.
- Entiendo que aunque mi seguro puede confirmar mis beneficios, la confirmación de los beneficios no es una garantía de pago y que yo soy responsable de cualquier saldo sin pagado.
- Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro tiene algún deducible, copago, coseguro, fuera de la red, límite habitual y habitual, requisitos de autorización previa o cualquier otro tipo de limitación de beneficios por los servicios que reciba y acepto hacer el pago completo.
- Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro requiere una referencia y que depende de mí obtener la referencia oportunamente, y que la oficina llevará 24 horas para procesar la referencia.
- Entiendo que si llego más de 15 minutos tarde a mi cita o no voy a mi cita, el médico reserva el derecho de rechazar el servicio, cobrarme \$25 como multa por cada visita perdida, y la oficina me reprogramará la próxima cita al tiempo disponible.
- Acepto informar a la oficina de cualquier cambio en mi cobertura de seguro. Si mi seguro ha cambiado o se cancela en el momento del servicio, acepto que soy financieramente responsable del saldo completo.
- Si soy un paciente de Medicare, entiendo que debo proporcionarle a la oficina mi tarjeta de identificación de Medicare y mi tarjeta de identificación secundaria. Si la oficina no cuenta con la información adecuada para un seguro secundario, no se le cobrará a la secundaria. Será mi responsabilidad pagar el saldo y luego presentar un reclamo con el secundario para el reembolso.
- Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de información de salud protegida sobre mí para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y/o según lo exija la ley. Tengo el derecho de revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por mí. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación ya realizada de acuerdo con mi consentimiento previo. RMMD LLC proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

Nombre del Paciente (o nombre del Guardián si corresponde): _____

Firma del Paciente or Guardián: _____ Fecha: _____

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

NOMBRE: _____ FDN: _____ FECHA: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

| | | <i>Nunca</i> | <i>Varios días</i> | <i>Más de la mitad de los días</i> | <i>Casi todos los días</i> |
|---|--|--------------|--------------------|------------------------------------|----------------------------|
| 1 | Tener poco interés o placer en hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Sentirse cansado/a o tener poca energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Tener poco apetito o comer en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera | 0 | 1 | 2 | 3 |

add columns: + +

TOTAL:

| | | |
|----|---|---|
| 10 | Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas? | Nada en absoluto _____ Algo difícil _____ Muy difícil _____ Extremadamente difícil _____ |
|----|---|---|

PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information, contact Dr Spitzer at rls8@columbia.edu. Use of the PHQ-9 may only be made in accordance with the Terms of Use available at <http://www.pfizer.com>. Copyright ©1999 Pfizer Inc. All rights reserved. PRIME MD TODAY is a trademark of Pfizer Inc.