

# Bienvenido al Centro de Emergencias Menores de Lake Worth

Estamos dedicados a la atención de la comunidad, proporcionando calidad superior, calidad Medica. Ofreciendo amplio horario con el fin de tener los recursos para atender en sus necesidades. Como un abastecedor independiente medico, no aceptamos ningun tipo de seguro medico, O programa estatal. Por lo tanto debemos insistir que el pago de la vista este previsto el dia de consulta.

## Precios de horario regular:

Paciente Nuevo \$110.00  
Paciente Establecido \$90.00  
Consulta de Reviso \$60.00

## Precios de horario ampliado:

*Despues de 3:30 P.M., fines de semana, y dias festivos*  
Paciente Establecido \$110.00  
Consulta de Reviso \$70.00  
Paciente Nuevo \$120.00

**Por favor elija su forma de pago:** Efectivo  Cheque  Tarjeta de credito

## Informacion del Paciente

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

Primer nombre Segundo nombre Apellido

Estado Civil: Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Num De Licencia: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Num. de Tel.: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_ Num. de Tel.: \_\_\_\_\_

## Informacion del Conyugue O Guardian

( En caso de un menor de edad )

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

Primer nombre Segundo nombre Apellido

Estado Civil: Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Num De Licencia: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Num. de Tel.: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_ Num. de Tel.: \_\_\_\_\_

A quien podemos contactar

En caso de una emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_ Num de Tel.: \_\_\_\_\_

Tiene usted **MEDICARE**? \_\_\_\_\_ Si usted contesto **SI** y **MEDICARE** es su seguro primario. Nosotros podemos achivar su numero de **MEDICARE** para cualquier reembolso previsto.

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

(Paciente O Padre / Tutor)

# **TRATO PRIVADO PARA PAGAR**

Yo entiendo que la clinica de Lake Worth de Menor Emergencias me esta aceptando como un paciente que pagara cuando termine de ver al doctor. Y, yo me hago responsable por los servicios recibidos. El Doctor o el personal de Esta clina no mandara ningun cobro al MEDICAID, o alguna otra aseguranza por los servicios recibidos.

**EL PAGO SE HACE AL MOMENTO QUE RECIBE  
EL SERVICIO**

Firma: \_\_\_\_\_

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

Podemos negar su petición de examinar o de copiar su información protegida de la salud si, en nuestro juicio profesional, nos determinamos que el acceso solicitado es probable poner en peligro su vida o seguridad o el de otra persona, o que es probable causar daño substancial a otra persona retenida dentro de la información. Usted tiene la derecha de solicitar una revisión de esta decisión. Para examinar y para copiar su información médica, usted debe someter una petición escrita al oficial de la información que información del contacto se enumeran en la página pasada de este aviso. Si usted solicita una copia de su información, podemos cargarle un honorario para los costos de copias del copiado, el enviar u otro incurridos en por nosotros en la conformación con su petición. Entre en contacto con por favor a nuestro oficial de la información si usted tiene preguntas sobre el acceso a su expediente médico.

**B. La derecha de solicitar una restricción en aplicaciones y accesos de su información protegida de la salud.** Usted puede pedir que no utilicemos ni que no divulguemos ciertas partes de su información protegida de la salud para los propósitos del tratamiento, del pago o de las operaciones del cuidado médico. Usted puede también solicitar que nosotros no divulgar su información de la salud a los miembros o a los amigos de la familia que puedan estar implicados en su cuidado o para los propósitos de la notificación según lo descrito en este aviso de las prácticas de la información. Su petición debe indicar la restricción específica solicitada y a quién usted quisiera que la restricción aplicara. No requieren al abastecedor convertir una restricción que usted puede solicitar. Si el abastecedor no responde a su restricción, podemos utilizar o no divulgar su información protegida de la salud en la violación de esa restricción a menos que sea necesaria proporcionar el tratamiento de la emergencia. Bajo ciertas circunstancias, podemos terminar nuestro acuerdo a una restricción. Usted puede solicitar una restricción entrando en contacto con el oficial de la información.

**C. La derecha de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios del alternativa o en una localización alternativa.** Usted tiene la derecha de solicitar que nos comuniquemos con usted de ciertas maneras. Acomodaremos razonable re búsquedas. Podemos condicionar esta comodidad pidiéndole información en cuanto a cómo el pago será manejado o especificación de la dirección alternativa o del otro método de contacto. No le requeriremos proporcionar una explicación para su petición. Las peticiones deben ser hechas en escribir a nuestro oficial de la información.

**D. La derecha de hacer que su médico emita su información protegida de la salud.** Usted puede solicitar una emienda de la información protegida de la salud sobre usted en un sistema de registro señalado para mientras mantenemos esta información. En ciertos casos, podemos negar su pedido una emienda. Si negamos su pedido la emienda, usted tiene la derecha de archivar una declaración del desacuerdo con nosotros y podemos preparar una restricción a su declaración y proveeremos de usted una copia de cualquier refutación. Los pedidos la emienda deben estar en la escritura y se deben dirigir a nuestro oficial de la información. En esta petición escrita, usted debe también proporcionar una razón de apoyar las emiendas solicitadas.

**E. La derecha de recibir una contabilidad.** Usted tiene la derecha de solicitar una contabilidad de ciertos accesos de su información protegida de la salud hecha por el abastecedor. La esta derecha se aplica a los accesos para los propósitos con excepción del tratamiento, del pago o de operaciones del cuidado médico según lo descrito en este aviso de las prácticas de la información. También nos no requieren explicar los accesos que usted solicita, los accesos que usted convino firmando una forma de la autorización, accesos para un directoro de la facultad, a los amigos o a los miembros de la familia implicados en usted cuida, o ciertos otros accesos que nos permitan para hacer sin su autorización. El pedido una contabilidad debe ser hecho en escribir a nuestro oficial de la información.

La petición debe especificar el período buscado para la contabilidad. Nos no requieren proporcionar una contabilidad para los accesos que ocurren antes de abril del 14 de 2003. Las peticiones de la contabilidad no se pueden hacer por períodos del tiempo en el exceso de seis años. Proporcionaremos la primera contabilidad que usted solicita durante cualquier 12-mo período sin carga. Las peticiones subsiguientes de la contabilidad pueden estar conforme a un honorario costo-basado razonable.

**F. La derecha de obtener una copia de papel de este aviso.** Por requerimiento, proporcionaremos una copia de papel separada de este aviso incluso si usted ha recibido ya una copia del aviso o habremos acordado aceptar este aviso electrónicamente.

**VI. Nuestros deberes el abastecedor son requeridos por la ley para mantener la información de su información de la salud y para proveer de usted este aviso de nuestros deberes y prácticas de la información. Términos de este aviso nos requerimos hablar como puede ser entendido a partir de tiempo al tiempo. Reservamos la derecha de cambiar los términos de este aviso y de hacer las nuevas provisiones del cambio eficaces para toda la información protegida de la salud que mantengamos. Si el abastecedor cambia su aviso, proporcionaremos una copia del aviso revisado enviando una copia del aviso revisado vía correo regular o a través del contacto de la en persona.**

**VII. Las quejas usted tiene la derecha de expresar quejas al abastecedor y a la secretaria de la salud y de los servicios humanos si usted crea que se han violado las sus derechos de la información. Usted puede quejarse al abastecedor entrando en contacto con el oficial de la información del abastecedor verbalmente o en la escritura, usando la información del contacto abajo. Le animamos a que exprese cualquier preocupación que usted pueda tener con respecto a la información de su información. Le no tomamos represalias contra de ninguna manera para archivar una queja.**

**VIII. La persona del contacto de la persona del contacto del abastecedor para todas las ediciones con respecto a la información paciente y a las sus derechos bajo estándares federales de la información es el oficial de la información. La información con respecto a las materias cubiertas por este aviso puede ser solicitada entrando en contacto con el oficial de la información. Las quejas contra el abastecedor se pueden enviar al oficial de la información enviándolo a:**

**LAKE WORTH MINOR EMERGENCY  
6302-A JACKSBORO HIGHWAY  
FORT WORTH, TEXAS 76135  
ATTN: El oficial de la información el oficial de la información  
puede ser entrado en contacto con por el teléfono en  
817-237-8273**

**IX. Fecha eficaz este aviso es de abril eficaz el 14 de 2003**

## **AVISO DE LAS PRÁCTICAS de la AISLAMIENTO**

**Para**

### **LAKE WORTH MINOR EMERGENCY**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA  
INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE  
SER UTILIZADA Y SER DIVULGADA Y CÓMO  
USTED PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A  
ESTA INFORMACIÓN. REPÁSELO POR FAVOR  
CUIDADOSAMENTE.**

Este aviso de las prácticas de la información se está proporcionando usted como requisito del acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico (HIPAA). Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su información protegida de la salud para realizar el tratamiento, el pago u operaciones del cuidado médico y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe las sus derechos de tener acceso y de controlar a su información protegida de la salud en algunos casos. Su privacidad medios de la información de la salud los " de su información escrita y oral de la salud, incluyendo los datos demográficos que se pueden utilizar para identificarle. Esta es la información de la salud que se crea o recibida por su abastecedor del cuidado médico, y que se relaciona con su salud última, actual o futura o condición física o mental.

**I. Las aplicaciones y los accesos de la información.** Protegida de la salud el abastecedor pueden utilizar su información protegida de la salud para los propósitos de proporcionar el tratamiento, de obtener el pago para el tratamiento, y de conducir operaciones del cuidado médico. Su información protegida de la salud se puede utilizar o divulgar solamente para estos propósitos a menos que el abastecedor haya obtenido su autorización o el uso o el acceso es permitido de otra manera por la ley de las regulaciones o del estado de la información de HIPAA. Los accesos de su información protegida de la salud para los propósitos descritos en este aviso se pueden hacer en la escritura, oral, o por el facilitil.

**A. Tratamiento.** Utilizaremos y divulgaremos su información protegida de la salud para proporcionar, para continuar, o para manejar su cuidado médico y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gerencia de su cuidado médico con terceros para los propósitos del tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información protegida de la salud a una agencia de la salud que está proporcionando cuidado en su hogar. Podemos también divulgar la información protegida de la salud a otros médicos que puedan tratarle o consultar con su médico con respecto a su cuidado. En algunos casos, podemos también divulgar su información protegida de la salud a un abastecedor exterior del tratamiento para los propósitos de las actividades del tratamiento de otro abastecedor.

**B. El Pago.** Su información protegida de la salud será utilizada, según lo necesitado, obtener el pago para los servicios que proporcionamos. Esto puede incluir ciertas comunicaciones a su asegurador de salud para conseguir la aprobación para el tratamiento que recomendamos. Por ejemplo, si se recomienda una admisión de hospital, podemos necesitar divulgar la información a su asegurador de salud para conseguir la aprobación anterior para la hospitalización. Podemos también divulgar la información protegida de la salud a su compañía de seguros para determinarlos si usted es elegible para las ventajitas o si un servicio particular está cubierto bajo su plan de la salud. Para conseguir el pago para sus servicios, podemos también necesitar divulgar su información protegida de la salud a su compañía de seguros para demostrar la necesidad médica de los servicios o, como información requerida a otro abastecedor implicado en su cuidado para las actividades del pago del otro abastecedor.

**C. Operaciones.** Podemos utilizar o divulgar su información protegida de la salud, como necesario, para nuestras propias operaciones del cuidado médico para facilitar la función del abastecedor y proporcionar cuidado de la calidad a todos los pacientes. Las operaciones del cuidado médico incluyen las actividades tales como:

- Actividades del gravamen y de la mejora de la calidad.
- Actividades de la revisión del empleado.
- Programas de entrenamiento incluyendo los en las cuales los estudiantes, los aprendices, o los médicos en cuidado médico aprenden bajo supervisión.
- La acreditación, certificación, licenciamiento o credencialidad actividades.

- Repase y revisando, incluyendo revisiones de la conformidad, las revisiones médicas, servicios jurídicos y manteniendo programas de la conformidad.
- Gerencia de negocio y actividades administrativas generales.

En ciertas situaciones, podemos también divulgar la información paciente a otro plan del abastecedor o de la salud para sus operaciones del cuidado médico.

**D. Otras aplicaciones y accesos.** Como parte del tratamiento, pago y las operaciones del cuidado médico, podemos también utilizar o divulgar su información protegida de la salud para los propósitos siguientes:

- Para recordarle una cita.
- Para informarle alternativas u opciones potenciales del tratamiento.
- Para informarle las ventajitas o los servicios relativos a la salud que pueden estar de interés a usted.

**II. Aplicaciones y accesos más allá del tratamiento, del pago y de las operaciones del cuidado médico permitidas sin la autorización o la oportunidad de oponerse.** Las reglas federales de la privacidad permiten que utilicemos o que divulguemos su información protegida de la salud sin su permiso o autorización por un número de razones incluyendo el siguiente:

**A. Cuando Está requerido Legalmente.** Divulgaremos su información protegida de la salud cuando cualquier federal nos requieramos hacer tan, el estado o la ley local.

**B. Cuando hay riesgo a la salud pública.** Podemos divulgar su información protegida de la salud a las actividades y a los propósitos públicos siguientes:

- Para prevenir, controlar, o divulgar enfermidad, lesión o inhabilidad según lo permitido por la ley.
- Para divulgar acontecimientos vitales tales como nacimiento o muerte según lo permitida o requerida por la ley.

• Para conducir control médico público, investigaciones e intervenciones según lo permitidos o requeridos por la ley.

- Para recoger o para divulgar acontecimientos y defectos de producto adversos, los productos regulados FDA de la pista, permiten a memorias de producto, reparaciones o los reemplazos al FDA y a la conducta fían vigilancia de la comercialización.
- Para notificar a una persona que se ha expuesto a una enfermedad comunicable o que puede estar en el riesgo de contraer o de separar una enfermedad según lo autorizado por la ley.
- Para divulgar a una información del patrón sobre un individuo que es un miembro de la fuerza de trabajo según lo permitido legalmente o requerido.

**C. Al Abuso Del Informe, Negligencia, o violencia doméstica.** Podemos notificar autoridades del gobierno si creemos que un paciente es la víctima del abuso, de la negligencia o de la violencia doméstica. Haremos este acceso solamente cuando son requeridos específicamente o autorizados por la ley o cuando el paciente conviene el acceso.

**D. Para conducir Actividades Del Descuido De la Salud.** Podemos divulgar su información protegida de la salud a una agencia del descuido de la salud para las actividades incluyendo intervenciones; investigaciones, procedimientos, o acciones civiles, administrativas; criminales; inspecciones; licensura o acciones disciplinarias; u otras actividades necesarias para el descuido apropiado según lo autorizado por la ley. No divulgaremos su información de la salud si usted es el tema de una investigación y su información de la salud no se relaciona directamente con su recibo del cuidado médico o de las ventajitas públicas.

**E. En la conexión con procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su información protegida de la salud en el curso del procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de una corte o de un tribunal administrativo según lo expreso autorizado por tal orden o en respuesta a una citación en algunas circunstancias.

**F. Para Los Propósitos De Aplicación De Ley.** Podemos divulgar su información protegida de la salud a un funcionario de la aplicación de ley para los propósitos de aplicación de ley como sigue:

- Según los requisitos de la ley para divulgar de ciertos tipos de heridas o de otras lesiones físicas.
- Conforme a orden judicial, a la autorización corte-pedida, a la citación, al emplazamiento o al proceso similar.
- Con el fin de identificar o de localizar a un sospechoso, a un testigo material del fugitivo o a un desaparecido.
- Bajo ciertas circunstancias limitadas, cuando usted es la víctima de un crimen.

**G. Coroners, directores funerarios y para la donación del órgano.** Podemos divulgar la información protegida de la salud un coroner o examinador médico para los propósitos de la identificación a, de determinar la causa de la muerte o para el coroner o examinador médico para realizar otros deberes autorizados por la ley. Podemos también divulgar la información protegida de la salud a un director funerario según lo autorizado por la ley, para permitir que el director funerario realice sus deberes. Podemos divulgar tal información en la antiposición razonable de la muerte. La información protegida de la salud se puede utilizar y divulgar para los propósitos cadavéricos de la donación del órgano, del ojo o del tejido fino.

**H. Para Los Propósitos De la Investigación.** Podemos utilizar o divulgar su información protegida de la salud para la investigación cuando el uso o el acceso para la investigación ha sido aprobado por un institucional -

comité examinador o tablero de la aislamiento que ha repasado la oferta de la investigación y los protocolos de la investigación para tratar la aislamiento de su información protegida de la salud.

**I. En el acontecimiento de una amenaza seria para la salud o la seguridad.** Podemos, constante con ley aplicable y estándares éticos de la conducta, uso o divulgar su información protegida de la salud si creemos, en la buena fe, que tal uso o acceso es necesario prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a su salud o seguridad o a la salud y a la seguridad del público.

**J. Para Las Funciones Especificadas Del Gobierno.** En ciertas circunstancias, las regulaciones federales autorizan a abastecedor a utilizar o a divulgar su información protegida de la salud para facilitar funciones especificadas del gobierno referente actividades de los militares y de los veteranos, actividades de la seguridad nacional y de la inteligencia, servicios protectores para el presidente y otros, determinaciones médicas de la conveniencia, instituciones correccionales, y a situaciones de la custodia de la aplicación de ley.

**K. Para La Remuneración Del Trabajador.** El abastecedor puede re rentar su información de la salud conforme con los leyes de la remuneración del trabajador o los programas similares.

**III. Las aplicaciones y los accesos permitieron sin la autorización pero con oportunidad de oponerse.** Podemos divulgar su información protegida de la salud a su miembro de la familia o a un amigo personal cercano si es directamente relevante a la implicación de la persona en usted cuidado o pago relacionado con su cuidado. Podemos también divulgar su información en la conexión con intentar localizar o notificar a los miembros o a otros de la familia implicados en su cuidado referente su localización, condición o muerte. Usted puede oponerse a estos accesos. Si usted no se opone a estos accesos o podemos deducir de las circunstancias que usted no se opone o nos determinamos, en el ejercicio de nuestro juicio profesional, que está en sus mejores intereses para que hagamos el acceso de la información que es directamente relevante a la implicación de la persona con su cuidado, podemos divulgar su información protegida de la salud según lo descrito.

**IV. Las aplicaciones y los accesos, que usted autoriza con excepción de como se declaró anteriormente, no divulgaremos su información de la salud con excepción con de su autorización escrita.** Usted puede revocar su autorización en escribir en cualquier momento excepto hasta el punto de hayamos tomado la acción en confianza sobre la autorización.

**V. Las sus derechos usted tiene las derechos siguientes con respecto a su información de la salud:**

**A. La derecha de examinar y de copiar su información protegida de la salud.** Usted puede examinar y obtener una copia de su información protegida de la salud que se contenga en un sistema de registro señalado para mantener la información protegida de la salud. Un "sistema de registro señalado" contiene expedientes médicos y de la facturación y cualquier otro expediente que su médico y las aplicaciones del abastecedor para tomar decisiones sobre usted. Bajo ley federal, sin embargo, usted no puede examinar o copiar los expedientes siguientes: notas de la sicuterapia, información compilada en la antiposición razonable, o para el uso de adentro, una acción o proceder civil, criminal, o administrativo; e información protestada de la salud que está conforme a una ley que prohíba el acceso a la información protegida de la salud. Dependiendo de las circunstancias, usted puede tener la derecha de tener una decisión para negar el acceso repasado.



6302-A Jacksboro Hwy.  
Fort Worth, TX 76135  
(817) 237-8273

**Noticia de Reconocimiento asia la Privacidad en la Practica Medica**

He leido y entendido la noticia sobre la privacidad en la Practica Medica, que explica como mi informacion medica sera utilizada per esta officina. Entiendo que mi informacion no sera revelada sin mi consentimiento y que tengo derecho a una copia de esta noticia.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Printed Name

**Uso de officina Solamente**

Procure obtener la firma del paciente en este reconocimiento de privacidad ne la practica medica. Pero fui incapaz de hacerlo, como documentado abajo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_

**Forma De Consentimiento Para Compartir Infomacion Del Paciente**

Yo \_\_\_\_\_ al firmar esta forma doy consentimiento para compartir mi informacion con las siguientes personas.

- 1. \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nadie

Firma del Paciente/El custodio: \_\_\_\_\_

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

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

Testigo: \_\_\_\_\_

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

## Consentimiento de comunicación vía Correo Electrónico y Mensaje de Texto

### Consentimiento para el paciente de comunicación por Correo Electrónico y Mensaje de Texto

Lake Worth Minor Emergency gustaría expandir nuestro método de comunicación con nuestros pacientes en incluir el uso de Correo Electrónico y Mensaje de Texto.

La Privacidad del Paciente es importante para nosotros, y LWMEC le gustaría comunicarse con los pacientes para confirmar citas, citas para referencias y seguimientos para consultar resultados sobre laboratorios, en cual necesitamos consentimiento del paciente.

El uso de Correo Electrónico y Mensaje de Texto nunca va ser usado para comunicarse en situaciones urgentes.

Si deseo retirar el consentimiento, acepto que tengo 5 días hábiles de aviso por escrito seleccionando el correo electrónico y/o el número de teléfono que se detallan a continuación. Yo informare a la clínica si cambio mi número de teléfono y entiendo que un formulario nuevo va ser requerido.

Yo \_\_\_\_\_ doy consentimiento a Lake Worth Minor Emergency  
Clínica de contactarme vía:

- Correo Electrónico y Mensaje de Texto Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
- Correo Electrónico solamente
- Mensaje de Texto Número de Teléfono: \_\_\_\_\_
- Ninguno

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

**Padre/Guardián firmando consentimiento para menores de 17 años, por favor confirmar relación con el paciente: \_\_\_\_\_**

**Consentimiento debe de ser firmado por el paciente actual al menos que sea menor de edad**

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

## Historial Medico

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### Historial médico pasado marque lo que le apliqué

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias Temporales                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón          | <input type="checkbox"/> Incontinencia                  |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Cálculos Renales               |
| <input type="checkbox"/> Artritis                              | <input type="checkbox"/> Neuropatía Periférica Diabética | <input type="checkbox"/> Degeneración Macular           |
| <input type="checkbox"/> Asma                                  | <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea          | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                   |
| <input type="checkbox"/> Ceguera                               | <input type="checkbox"/> Diverticulosis                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial Periférica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                | <input type="checkbox"/> Vértigo/Borrachera              | <input type="checkbox"/> Próstata                       |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia/Radiación               | <input type="checkbox"/> Eczema                          | <input type="checkbox"/> Psoriasis                      |
| <input type="checkbox"/> Estenosis Carotidea                   | <input type="checkbox"/> Glaucoma                        | <input type="checkbox"/> Demencia Senil                 |
| <input type="checkbox"/> Cataratas                             | <input type="checkbox"/> Gota                            | <input type="checkbox"/> Embolo/Derrame Cerebral        |
| <input type="checkbox"/> Colesterol                            | <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva           | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática Crónica           | <input type="checkbox"/> Colapso Cardíaco                | <input type="checkbox"/> Tiroides                       |
| <input type="checkbox"/> Afección Pulmonar Obstructiva Crónica | <input type="checkbox"/> Ulceras                         | <input type="checkbox"/> Estasis Insuficiencia Venosa   |

### Problemas Medicos \_\_\_\_\_

Alergias a Medicamentos \_\_\_\_\_

Alergias a Anestésicos \_\_\_\_\_

Historial Quirúrgico \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones \_\_\_\_\_

### Historia Social

Estado Civil \_\_\_\_\_

Monógamo \_\_\_\_\_

Homosexual \_\_\_\_\_

Vive Solo \_\_\_\_\_

Retirado \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Exposiciones Industriales \_\_\_\_\_

Fumador \_\_\_\_\_

Ex Fumador \_\_\_\_\_ Fecha de dejar de Fumar \_\_\_\_\_

Consumo de Alcohol \_\_\_\_\_

Drogas Recreativas \_\_\_\_\_

Mamografía \_\_\_\_\_

Suplemento de Calcio \_\_\_\_\_

Historia Dietética \_\_\_\_\_

Ejerció \_\_\_\_\_

Cinturón de seguridad utilizado \_\_\_\_\_

Historia Familiar Mama \_\_\_\_\_ Papa \_\_\_\_\_ Familiares \_\_\_\_\_

Enfermedad de Arteria Coronaria

Hipertensión (Alta Presión)

Diabetes

Trastorno de Tiroides

Cáncer del Ceno

Cáncer del Colon

Otra condición \_\_\_\_\_

Colonoscopia \_\_\_\_\_

Examen Dental \_\_\_\_\_

Examen de la Vista \_\_\_\_\_

Conductor \_\_\_\_\_

Vacuna contra la Gripe \_\_\_\_\_

Vacuna del Tétano \_\_\_\_\_

Ultimo Papanicolaou \_\_\_\_\_

### Dispositivos de Ayuda

Silla de Ruedas \_\_\_\_\_

Camínate (Andadera) \_\_\_\_\_

Bastón \_\_\_\_\_

Muletas \_\_\_\_\_

Lentes \_\_\_\_\_

Audiófono \_\_\_\_\_

Dentaduras \_\_\_\_\_

Dr. Jerry T. Davis, D.O. \_\_\_\_\_ Dr. Tamara K. Hanby, D.O. \_\_\_\_\_ Dr. Scott M. Hughes, D.O. \_\_\_\_\_