



Datos del Paciente Nuevo

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Número de celular: _____

Número de trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Número de Seguro Social: _____

Sexo: Varón Mujer Transexual

Estado civil: Soltero Casado Divorciado
 Viudo/a Separado legalmente

Médico de cuidado principal: _____

Doctor de referencia: _____

¿Cómo escuchó de nosotros?

TV Radio Correo directo Diario

Referencia personal Referencia Médica Internet

Otro: _____

DATOS DEL SEGURO MEDICO

PRIMERA Compañía de Seguro: _____

Número de Póliza (Número de Identificación): _____ Número de Grupo _____

Nombre del Tenedor de Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Tenedor de Póliza: _____

Número de Seguro Social Tenedor de Póliza: _____ Empleador del Tenedor de Póliza _____

Relación al Paciente: _____

SEGUNDA Compañía de Seguro: _____

Número de Póliza (Número de Identificación): _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Tenedor de Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Tenedor de Póliza: _____

Número de Seguro Social Tenedor de Póliza: _____ Empleador del Tenedor de Póliza _____

Relación al Paciente: _____

Si usted tiene seguro adicional, favor de dar esta información directamente a la recepcionista al presentarse.

¿Es esto una lesión resultando de un accidente automovilístico? Sí No

DATOS DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Relación al Paciente: _____

Contact Phone Number: _____

Si el paciente es menor de edad, favor de anotar los nombres de los padres/tutores:

Nombres: _____

OTROS DATOS

Farmacia de Preferencia: _____

Ubicación de la Farmacia: _____

Raza: _____

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Sí, me gustaría recibir información sobre proveedores nuevos, servicios ofrecidos, eventos, lanzamientos de nuevas clínicas, etc. del NMSI.



Historial médico del paciente

DATOS DEL PACIENTE

¿Qué problemas le trajeron aquí hoy día? _____

Fecha: _____ ¿Cuáles de los siguientes empeoran los síntomas?
 Nombre del Paciente: _____ ¿Estaciones del año? _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ ¿Otro? _____

HISTORIAL MÉDICO

Altura Actual: _____ ft _____ in Peso Actual: _____ lbs

Por favor, marque "Sí" o "No" para indicar cualquiera de las siguientes quejas:

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------------|---|-------------------------------|---|
| Problemas/terapia de Alergias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas /Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Hipertensión (presión sanguínea alta) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desorden de sangrado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de respiración/Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas estomacales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sinusitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| IVH/SIDA | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sordera | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Otra diagnosis médica: _____

CIRUGÍAS (INCLUYENDO LAS AMÍGDALAS Y LOS ADENOIDES) Y HOSPITALIZACIONES

Tipo de Cirugía	Fecha de Cirugía	Tipo de Hospitalización	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL

Por favor, indique si algún pariente ha tenido cualquiera de las enfermedades siguientes. De ser así, favor de indicar qué pariente ha tenido la enfermedad.

- | | | | |
|-------------------------|---|------------------------|---|
| Problemas de oído | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ | Desorden de sangrado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ |
| Alergia/Eczema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ | Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ | Problemas de Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ | Artritis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ |
| Problemas con anestesia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ | Problemas de los senos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ |

- ¿Fuma? Sí No De ser así, ¿cuánto? _____
 De no ser así, ¿fumaba previamente? Sí No De ser así, ¿cuánto tiempo/cuánto? _____
 ¿Consume bebidas cafeína Sí No De ser así, ¿cuántas por día? _____
 ¿Consume drogas de forma recreativa? Sí No De ser así, ¿con qué frecuencia? _____
 ¿Consume alcohol? Sí No De ser así, ¿cuántas bebidas alcohólicas consume cada vez? _____

¿En qué trabaja usted? _____

CONDICIONES DE VIVIENDA

- ¿De qué material está hecha su vivienda? (p. ej. Madera, estuco) _____ ¿Tiene ropa de cama de plumón? Sí No
 Tipo de calefacción (p. ej. Gas, eléctrico, estufa de combustible de madera) _____
 Does your home have a water leak: Sí No
 Tipo de aire acondicionado (p. ej. Refrigeración, evaporación) _____
 ¿Tiene su vivienda una pérdida de agua/proliferación moho? De ser así, ¿dónde? _____



Resumen de síntomas

Marque "Sí" o "No" para indicar si usted actualmente tiene cualquiera de los síntomas siguientes.

GENERAL					
Escalofríos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Subida/pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sueño de día	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
ALERGIA					
Estornudos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Caída de mocos pos-nasal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Alergia ambiental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tapadera de oídos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
OÍDO, NARIZ, GARGANTA					
Dolor o picazón de oído	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pérdida de fluido de los oídos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sordera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ruidos en el oído/acufeno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mareos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Presión/dolor de seno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de olfato	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas de ronquido/apnea	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Despeje de garganta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Carraspera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sequedad/picazón de garganta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas vocales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dificultad con tragar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
RESPIRATORIO					
Tos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tos con sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sibilancia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Falta de aire	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
OJOS					
Dolor de ojos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Lagrimo o picazón de ojos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
GASTROINTESTINAL					
Malestar estomacal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Acidez	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
NEUROLÓGICO					
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Insensibilidad, hormigueo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Desmayos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Debilidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
ENDOCRINO					
Se siente más caliente que los demás	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Se siente más frío que los demás	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO					
Glándulas hinchadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Traspiración nocturna	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas de hemorragia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Salen moretones fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
CARDÍACO					
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
MÚSCULOS/ESQUELETO					
Dolor de coyuntura	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dolor de musculo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
PIEL					
Erupción	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Urticaria	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Picazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cambios de piel o cabello	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
MENTAL					
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ansiedad o pánico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



Información sobre medicamentos

MEDICAMENTOS TOMADOS EN LA ACTUALIDAD

Nombre del Medicamento	Dosis	Motivo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MEDICAL HISTORY

Nombre del medicamento al cual el paciente tiene alergia:

Tipo de reacción al medicamento:

- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____
- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____
- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____
- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____
- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____
- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____
- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____
- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____
- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____
- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____
- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____
- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____
- Erupción o urticaria Anafilaxia Fiebre Problemas digestivos Otro _____

¿Tiene usted alergia al látex? Sí No

¿Tiene usted alergia a la cinta médica? Sí No



Consentimiento y aceptaciones

Favor de
marcar abajo
con iniciales

Certifico que la información que he proporcionado en estos formularios es correcta hasta donde llegue mi conocimiento. No tendré responsable ni a mi doctor ni a ningún miembro de su personal por errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Certifico que la información que he proporcionado en estos formularios es correcta hasta donde llegue mi conocimiento. No tendré responsable ni a mi doctor ni a ningún miembro de su personal por errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, darás su consentimiento a nuestro uso y divulgación de sus operaciones protegidas

Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes que decidas firmar el consentimiento presente o no. Nuestro aviso provee una descripción de nuestras actividades de pago y opciones de cuidado de salud, de los usos y divulgación que tal vez hagamos con su información médica, y otros asuntos importantes concernientes a su información médica protegida. Una copia de nuestro aviso está disponible en el escritorio de la recepción. Sugerimos que lo lea cuidadosamente y completamente antes de firmar este consentimiento.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad tales se encuentren descritas en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, lo cual contendrá los cambios. Dichos cambios tal vez apliquen a cualquiera de su información médica protegida que retenemos.

Se puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión del aviso, en cualquier momento al comunicarse con:

Steve Harris
3917 West Rd., Suite 250 | Los Alamos, NM 87544
Phone: 505.661.4147 | Fax: 505.661.0075

Derecho de derogación: Usted tendrá el derecho de derogar este consentimiento en cualquier momento al proporcionarnos por escrito con el aviso de su derogación entregado a la persona de contacto nombrado arriba. Debe entender que la derogación de este consentimiento no afectará acción alguna que tomamos basado en este consentimiento antes de recibir la derogación, y que es posible que le rehusemos tratamiento futuro o continuar con tratamiento si es que usted deroga este consentimiento.

MENSAJES

Doy permiso a la oficina para dejar mensajes en la máquina contestadora/correo de voz/mensajes de texto/correo electrónico proporcionado en este formulario.

POLÍTICA FINANCIERA

New Mexico Sinus Institute (ENT Associates of Los Alamos, LLC) se dedica a proveerle con cuidado médico de alta calidad en la forma más rentable posible. Para lograr esto, dependemos de su pago puntual para los servicios que proporcionamos.

Los copagos, cuando sean aplicables, se deben pagar en el momento de la cita. El pago de todos los servicios se debe entregar o programar en el momento de la visita. Ofrecemos un descuento para las facturas que se paguen en el acto.

Las tarjetas del seguro y de identificación deben presentarse en cada visita. Se requiere información de seguro correcta y actualizada para asegurar el pago puntual y apropiado de los reclamos. Los pacientes deben hacerse cargo de saber qué es lo que su seguro cubrirá.

Los pacientes se harán responsables para todos los servicios no cubiertos por las compañías de seguro. Los pacientes serán responsables por cualquier servicio proveído que no sea cubierto por el seguro. Si necesita cancelar una cita, favor de llamar con 24 horas de anticipación. Si usted cancele tres citas, no podremos programarle más citas en el futuro.

Una autorización previa no constituye una garantía que los servicios serán cubiertos.

Una evaluación completa de Oído, Nariz y Garganta tal vez requiera el uso de un endoscopio de fibra óptica, una limpieza de oído u otro procedimiento menor por lo cual tal vez haya un deducible o copago aparte de los honorarios para la visita a la oficina.

Firma del Paciente o del Tutor: _____ Fecha: _____

Aclaración: _____ Fecha de nacimiento: _____



***** SE PUEDE REHUSAR EL FIRMAR ESTE ACEPTACIÓN *****

Yo, _____, (favor de escribir su nombre legal completo) afirmo de que se me ha mostrado la Política de Privacidad de esta Oficina, y me han ofrecido una copia de la mi misma para guardar para mis archivos.

Por la presente, doy a la Oficina permiso para dejarme mensajes en la máquina contestadora/correo de voz/mensajería de texto/Correo electrónico en:

- Mi teléfono celular (marque con iniciales) _____
- Mi correo electrónico (marque con iniciales) _____
- Mi casa (marque con iniciales) _____
- Mi trabajo (marque con iniciales) _____

Doy permiso a las siguientes personas para recibir información en mi beneficio de esta oficina:

Nombre de la persona: _____ Relación de parentela: _____
(p. ej. madre, amigo, esposo/a)

Nombre de la persona: _____ Relación de parentela: _____
(p. ej. madre, amigo, esposo/a)

Nombre de la persona: _____ Relación de parentela: _____
(p. ej. madre, amigo, esposo/a)

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

PARA EL USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Nosotros intentamos obtener acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el acuse porque:

- El individuo rehusó firmar
- Barreras de comunicación impidieron la obtención del acuse
- Una situación de emergencia impidió que obtuviéramos el acuse
- Otro: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____



Solicitud para la divulgación de registros médicos

RIO RANCHO
3791 Southern Blvd., Ste. 100
Rio Rancho, NM 87124
Ph: 505.994.9435
Fax: 505.896.9789

LOS ALAMOS
3917 West Rd., Ste. 250
Los Alamos, NM 87544
Ph: 505.661.4147
Fax: 505.661.4199

ROSWELL
303 W Country Club Rd.
Roswell, NM 88201
Ph: 505.994.9435
Fax: 505.896.9789

TAOS
1399 Weimer Rd., Ste. 700
Taos, NM 87571
Ph: 505.661.4147
Fax: 505.661.4199

HOBBS
3900 N Lovington Hwy, Ste. 300
Hobbs, NM 88240
Ph: 505.994.9435
Fax: 505.661.4199

Para: _____

POR LA PRESENTE, YO AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LOS REGISTROS MÉDICOS DE:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

FAVOR DE ENVIAR LOS REGISTROS MÉDICOS POR CORREO O FAX A:

New Mexico Sinus Institute
3917 West Rd., Suite 250, Los Alamos, NM 87544
Ph: 505.661.4147 Fax: 505.661.0075

INFORMACIÓN QUE SE REQUIERE:

- _____ Todos Los Registros
- _____ Resumen de Descarga del Hospital
- _____ Laboratorio
- _____ Reporte de Patología
- _____ Estancia de Hospital
- _____ Inmunizaciones Únicamente
- _____ Reporte Operativo

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____