



Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Directiva Anticipada / Testamento Vital / Poder Notarial / DNR

Entiendo que tengo derecho a aceptar y rechazar el tratamiento médico y a ejercer mi derecho e implementar una Directiva Anticipada. Una directiva anticipada se refiere a cualquier documento legal que informa a los miembros de la familia y al personal médico cómo desea ser tratado si está hospitalizado y no puede comunicar sus deseos.

Por favor, marque las siguientes declaraciones que correspondan: Nos gustaría una copia para nuestros registros.

_____ He ejecutado una Directiva Anticipada.

_____ NO he ejecutado una Directiva Anticipada.

Marque la(s) que tiene(n) y puede proporcionar copias de ellas a nuestra oficina:

_____ Testamento vital

_____ Poder notarial médico duradero

_____ No resucitar (DNR, por sus siglas en inglés)

Firma

Nombre

_____/_____/20_____
Fecha



Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización para Recoger Recetas

Puede haber ocasiones en las que necesite que un amigo o familiar recoja una orden de medicamentos recetados (script) en el consultorio de su médico. Para que podamos entregar una receta a su familiar o amigo, necesitaremos tener un registro de su nombre. Antes de entregar la receta, la persona designada deberá presentar una identificación válida con fotografía y firmar por la receta.

Marque solo una casilla a continuación.

No quiero designar a nadie para que recoja mi receta de medicamentos.

Deseo designar a la siguiente persona para que recoja una orden de medicamentos recetados en mi nombre:

Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de firma del paciente

Paciente / Padre / Representante del paciente

Nombre del Paciente/Padre/Representante del paciente (en letra de imprenta): _____

Farmacia Primaria: _____ Dirección: _____

Teléfono de la farmacia: _____ Fax de la farmacia: _____

Firma

Nombre

_____/_____/20_____
Fecha



Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Formulario de Responsabilidad del Paciente

1. El paciente es responsable por proporcionar a Aegis Medical Group la información más correcta, activa y actualizada sobre su seguro antes de cada visita.
2. Aegis Medical Group facturará al seguro proporcionado más recientemente por el paciente. Si la información proporcionada por el paciente es inexacta y el seguro rechaza el reclamo, el paciente será responsable del saldo de la visita. Tenga en cuenta que con algunas compañías de seguros hay plazos de presentación oportunos y es fundamental proporcionar información correcta en el momento del servicio. La presentación oportuna significa que es posible que el plan de seguro del paciente no pague el reclamo después de un cierto período de tiempo después del servicio.
3. Los pacientes son responsables del pago de los copagos en el momento del servicio.
4. Los pacientes son responsables de pagar cualquier coseguro aplicable, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro.
5. Aegis Medical Group no es responsable de saber qué cubre o no cubre cada plan de seguro individual. Si el paciente tiene preguntas sobre su plan y qué servicios están cubiertos, debe comunicarse con su compañía de seguros de salud.
6. En caso de que el plan de salud de un paciente determine que un servicio *es "no pagadero"*, el paciente será responsable del cargo completo y aceptará pagar los costos de todos los servicios prestados.
7. Los pacientes tienen derecho a consultar con su seguro sobre la cobertura antes de recibir cualquier servicio prestado por Aegis Medical Group
8. La póliza de seguro de salud del paciente es un contrato entre el paciente y su compañía de seguros de salud o empleador. Es responsabilidad del paciente saber si su seguro tiene reglas o regulaciones específicas, como la necesidad de referencias, precertificaciones, autorizaciones previas y límites en los cargos para pacientes ambulatorios, independientemente de si nuestros médicos participan.
9. El paciente es responsable de saber si nuestro médico está dentro de la red de su plan de seguro y si los servicios están cubiertos. Cualquier saldo aplicado a una tarifa fuera de la red será responsabilidad del paciente.
10. Si el paciente no tiene seguro, el paciente se compromete a pagar por los servicios médicos que se le presten en el momento del servicio.
11. Es posible que Medicare no cubra algunos de los servicios que recomienda el médico del paciente. Se informará al paciente con anticipación y se le entregará un Aviso Anticipado de Beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés) para que lo lea y firme. El ABN ayudará al paciente a decidir si desea recibir servicios, sabiendo que puede ser responsable del pago. Los pacientes deben leer atentamente el ABN.
12. El paciente acepta que, a cambio de los servicios que le brinda Aegis Medical Group, pagará su cuenta en el momento en que se preste el servicio o en el momento del procesamiento de la reclamación del seguro. Si es necesario un plan de pago, el paciente entiende que el acuerdo es solo para saldos vencidos y que todos los copagos, coseguros y/o deducibles futuros, deben pagarse en el momento del servicio. Si los copagos, coseguros y/o deducibles son asignados por la compañía de seguros o el plan de salud del paciente, éstos acuerdan pagarlos a Aegis Medical Group.

Compensación Laboral y Reclamos de Automóviles

Aegis Medical Group **no** acepta y/o presenta reclamos de compensación laboral o de automóviles.

He leído lo anterior y entiendo el contenido de este formulario. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta y estoy satisfecho con mi conocimiento actual sobre las políticas de Aegis Medical Group con respecto a las responsabilidades del paciente.

Firma_____
Nombre_____/_____/20_____
Fecha



Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Formulario de consentimiento para tratar

1. Yo _____ (nombre del paciente) doy permiso para que **Aegis Medical Group** me brinde tratamiento médico.
2. Autorizo a **Aegis Medical Group** solicitar beneficios de seguro para pagar la atención que recibo.
3. Yo entiendo que:
 - **Aegis Medical Group** tendrá que enviar la información de mi expediente médico a mi compañía de seguros.
 - Debo pagar mi parte de los costos.
 - Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o no tengo seguro.
4. Yo entiendo que:
 - Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
 - Tengo derecho a hablar de todos los tratamientos médicos con mi médico.

Firma

Nombre

_____/_____/20_____
Fecha



Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Qué lo trae a verme hoy?¿Tiene alguna alergia a medicamentos?: Penicilina Sulfa Tetraciclina _____**Historial de salud familiar**

Esto se refiere SOLO sus parientes de sangre (genéticos)

| Tipo de relacion | Con vida (V) o fallecido (F) | Edad actual/edad a fallecimiento | Causa de Muerte (si aplica) | Condiciones de salud que deberíamos saber |
|---|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---|
| Padre | | | | |
| Madre | | | | |
| Hermano(s) | | | | |
| Hermana(s) | | | | |
| Abuelo materno | | | | |
| Abuela materna | | | | |
| Abuelo paterno | | | | |
| Abuela paterna | | | | |
| Hijos (as) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fui adoptado (a) | | | | |

Su(s) condiciones de salud crónicas

| Condición crónica | Año en que fue diagnosticado/a | Condición crónica | Año en que fue diagnosticado/a |
|--|--------------------------------|---|--------------------------------|
| Diabetes | | Hipertensión | |
| <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Asma | | Colesterol alto | |
| <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | | Hipotiroidismo | |
| Fallo cardiac congestivo | | Depresión (en su vida) | |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Desfibrilador | | Reflujo acido (GERD) | |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular (AFib) <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca | | <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C | |
| Enfermedad vascular periférica | | <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Osteoartritis | |
| <input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> PE (coágulo de sangre) | | Disfuncion erectil | |
| Dolor de pecho estable (angina) | | Apnea del sueño | |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> epilepsia | | <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma | |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral (Stroke) <input type="checkbox"/> Ataque isquemático transitorio (TIA) | | Parkinsons | |
| <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Alzheimer | | Válvula: <input type="checkbox"/> Mecánica <input type="checkbox"/> Cerdo <input type="checkbox"/> Vaca | |
| Artritis reumatoide | | Cáncer: | |
| <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> SIDA | | <input type="checkbox"/> Chemo Tx <input type="checkbox"/> Radiación | |
| Neuropatía <input type="checkbox"/> mano/brazo(s) <input type="checkbox"/> pies/pierna(s) | | Dependencia <input type="checkbox"/> drogas <input type="checkbox"/> alcohol | |
| Migrañas | | Amputación: ¿dónde? | |

Firma

Nombre

Fecha

_____/_____/20____



Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Revisión de sistemasPor favor, circule todo lo que ha experimentado en los **últimos 6 meses**

| | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Fiebre / Escalofríos | Mareos/vueltas | Desmayo | Olvido | Dolor de cabeza |
| Sudoración | Debilidad | Pérdida/aumento de peso | Entumecimiento | Nerviosismo |
| Ronquidos fuertes | Suena durante el día | Problemas para dormir | Desequilibrio | Urticaria/erupción (rash) |
| Diarrea | Indigestión/acidez | Estreñimiento | Náuseas | Vómito |
| Sangrado rectal | Heces de color oscuro | Dolor abdominal | Orina frecuente | Sangre en la orina |
| Dolor al orinar | Incontinencia urinaria | Problemas al tragar | Hematomas | Picor |
| Cambios en la piel | Llagas que no curan | Cambios en la visión | Dolor de oídos | Pérdida de audición |
| Secreción del oído | Ronquera | Zumbido en los oídos | Sangrado de la nariz | Dolor de garganta |
| Problemas sinusales | Problemas con los dientes /encías | Congestión | Tos | Dificultad para respirar |
| Palpitaciones | Dolor/malestar en el pecho | Hinchazón de las piernas | Varices | Dolor en las piernas al caminar |
| Sed | Hambre | Frío/ardor en los pies | Dolor articular | Secreción de los senos/pezones |
| Secreción vaginal | Masa en el seno | Secreción del pene | Masa en el testículo | Coito doloroso |

Historial de fumar: NUNCA e fumado fumador ACTUAL EX fumador

Yo actualmente fumo: ____ (cantidad de paquetes diarios) por ____ (cantidad de años)

Yo antes fumaba: ____ (cantidad de paquetes diarios) por ____ (cantidad de años) y dejé de en ____ (año)

Historial de alcohol: Nunca he tomado actual tomador Antes tomaba y ahora noYo actualmente tomo ____ (cantidad de bebidas alcohólicas) Diario Semanal MensualYo antes tomaba ____ (cantidad de bebidas alcohólicas) Diario Semanal Mensual

Yo deje de tomar en ____ (año). He asistido a AA en el pasado ____ NO ____ SÍ

Historial de Drogas Ilícitas: He usado drogas ilícitas: NUNCA ACTUALMENTE ANTESTipo de droga: Marihuana Cocaína Metanfetamina Heroína Otra: __________
Firma_____
Nombre_____/_____/20_____
Fecha



Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Prevención y mantenimiento de su saludIndique la fecha de la **inyección/procedimiento MÁS RECIENTE**

| Tipo | MM/DD/AAAA | Tipo | MM/DD/AAAA | Tipo | MM/DD/AAAA |
|---------------------------|------------|--|----------------|--------------------------------|------------|
| Vacuna de influenza (flu) | | Mamografía | | Cateterización cardíaca | |
| Vacuna Covid | | Endoscopia (EGD) Y N de Barrett | _____ | Culebrilla (shingles) | |
| Vacuna contra la pulmonía | | Papanicolaou Última mens: Histerectomía: Y N | _____ _____ | ECHO (ultrasonido del corazón) | |
| Herpes zóster | | Densidad ósea (DEXA) | | Prueba de estrés | |
| Serie de hepatitis B | | Colonoscopia Polipos: Y N | | Radiografía de pecho | |
| Examen de la vista | | | | Examen de próstata / PSA | |

Transfusión de sangre (s)

Indique las fechas y el motivo de la transfusión (es)

| Fecha(s) | Razón (es) |
|----------|------------|
| | |
| | |

Hospitalizaciones en el último año

Motivo de la hospitalización

Fecha

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

Historia quirúrgica (todas las cirugías mayores)

Tipo de procedimiento

Fecha

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Firma

Nombre

Fecha

/ / 20__



Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

| | | |
|--|--|--|
| | | 1 2 3 4 <input type="checkbox"/> según sea necesario |
| | | 1 2 3 4 <input type="checkbox"/> según sea necesario |
| | | 1 2 3 4 <input type="checkbox"/> según sea necesario |
| | | 1 2 3 4 <input type="checkbox"/> según sea necesario |
| | | 1 2 3 4 <input type="checkbox"/> según sea necesario |

Otros proveedores que participan en mi cuidado de salud

| Tipo | Nombre del Doctor | Número de teléfono |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Cardiólogo | | |
| Dermatólogo | | |
| ENT (oído/nariz/garganta) | | |
| Gastroenterólogo | | |
| Ginecologo | | |
| Nefrólogo | | |
| Oncólogo | | |
| Oftalmólogo | | |
| Ortopeda | | |
| Psiquiatra (consejero) | | |
| Neumólogo | | |
| Reumatólogo | | |
| Urólogo | | |
| Pulmonólogo | | |

Firma

Nombre

Fecha

/ ____ / 20 ____



Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Mi último médico de atención primaria fue:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Escala de sueño

Fecha en que se completó esta forma: _____

En los pasados **SEIS (6) meses**,
¿Qué posibilidades hay de que se dormite o que se quede dormido en las siguientes situaciones?

Utilice la siguiente escala para seleccionar el número más apropiado para cada situación enumerada.

0= nunca dormita

1 = ligera posibilidad de dormir

2= probabilidad moderada de dormir

3= alta probabilidad de dormir

Situación

**Posibilidad de dormir
(seleccione # desde arriba)**

| | |
|--|-------|
| Sentarse y leer | _____ |
| Viendo televisión | _____ |
| Sentado inactivo en un lugar público (teatro/reunión) | _____ |
| Como pasajero en un cuidado x 1 hora sin descanso | _____ |
| Como pasajero en un automóvil mientras está detenido en el tráfico | _____ |
| Acostado para descansar en la tarde | _____ |
| Sentado y conversar con un amigo | _____ |
| Sentado en silencio después del almuerzo sin alcohol | _____ |

TOTAL: _____

Firma

Nombre

_____/_____/20_____
Fecha