

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (eCW)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(En letra de imprenta)

Nombre legal del paciente: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Nombre completo preferido (si es diferente del anterior): _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono particular (línea fija): _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono laboral: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identidad de género: Mujer Hombre Mujer transgénero a hombre Hombre transgénero a mujer Genderqueer Elige no especificar
 Categoría de género adicional no incluida en la lista _____

Raza: Indio americano/nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico Negro/afroamericano Blanco
 Hispano Elige no especificar Otro que no figura en la lista _____

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Elige no especificar

Idioma preferido: Inglés Español Lenguaje de señas Japonés Mandarín Coreano Francés Indio: Hindi, Tamil, Gujarati, etc.
 Swahili Ruso Árabe Vietnamita Criollo haitiano Bosnio/Croata/Serbio/Serbocroata Albanés
 Birmano Tagalo Farsi-Irani/Persa Portugués Camboyano Otros que no figuran en la lista _____

Número de Seguro Social del paciente: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente)

(Información utilizada para los estados de cuenta del paciente)

Parte responsable: Otro paciente Garante El paciente mismo Marque aquí si la información de dirección y teléfono es la misma que la del paciente

Nombre de la parte responsable: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: DD ___/MM ___/AAAA ___ Sexo: Femenino Masculino

Número de Seguro Social de la parte responsable: _____ - _____ - _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO: Presente sus tarjetas de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____

Número de teléfono: _____ ¿Tiene un testamento en vida? Sí No

Relación del contacto de emergencia con el paciente: _____ Tutor

Domicilio: _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Ext. _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a recibir información sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico que se va a utilizar, para que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o un procedimiento después de conocer los riesgos y peligros que implica. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un intento de obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuados para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) autoriza el tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho a discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le sea indicada. Si tiene alguna inquietud sobre alguna prueba o tratamiento que haya indicado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a un médico o proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la afección por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante personal en letra de imprenta: _____ Vínculo con el paciente: _____

Sección A: Esta sección se debe completar para todas las Autorizaciones					
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		Últimos 4 dígitos de SSN (opcional):	
Nombre de instalación:		Nombre del receptor:			
Dirección de instalaciones:		Dirección 1:			
Correo electrónico paciente:		Dirección 2:			
		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Entrega de solicitud (si se deja en blanco, se proporcionará una copia impresa): <input type="checkbox"/> Copia impresa <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/>					
Medios electrónicos, si están disponibles (por ej., unidad USB, CD/DVD)					
Dirección de correo electrónico (Si anteriormente marcó correo electrónico. Escriba en letra de imprenta y legible):					
Esta autorización vencerá noventa días a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario a continuación: (Ingrese la fecha o el evento, pero no ambos.)					
Fecha:			Evento:		
Objetivo de la divulgación:					
Descripción de la información que se utilizará o divulgará					
¿Esta solicitud es para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces este es el único artículo que usted puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para otros artículos a continuación. <input type="checkbox"/> No, entonces usted puede seleccionar tantos artículos a continuación como necesite.					
Descripción:	Fechas:	Descripción:	Fechas:	Descripción:	Fechas:
<input type="checkbox"/> Toda la PHI en la historia clínica <input type="checkbox"/> Formulario de admisión <input type="checkbox"/> Informes de dictado <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Consumo/expulsión <input type="checkbox"/> Prueba clínica <input type="checkbox"/> Listas de medicamentos <input type="checkbox"/> Información operativa		<input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Prueba/terapia especial <input type="checkbox"/> Tiras de ritmo cardíaco <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de transferencia		<input type="checkbox"/> Resumen de parto/nacimiento <input type="checkbox"/> Examen de obstetricia <input type="checkbox"/> Diagrama de flujo posparto <input type="checkbox"/> Factura detallada: <input type="checkbox"/> UB-92: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	
Por este medio, reconozco y estoy de acuerdo con que la información divulgada puede contener información de abuso de alcohol, consumo de drogas, información genética, psiquiátrica, análisis para la detección del VIH, resultados del VIH o información sobre el SIDA.					
(Iniciales)					
Entiendo que:					
1. Me puedo negar a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, pago, inscripción o derecho a recibir beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación. Los detalles adicionales se encuentran en la Notificación de prácticas de privacidad. 4. Si el solicitante o el receptor no es un plan médico o proveedor de atención médica, la información divulgada podría no estar protegida por las leyes federales de privacidad y podría divulgarse de nuevo. 5. Comprendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por un cargo razonable de copia si la solicito. 6. Obtengo una copia de este formulario después de firmarlo.					
Sección B: ¿La solicitud de PHI se hace con fines de marketing o implica la venta de la PHI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es "Sí", el plan médico o el proveedor de atención médica deben completar la Sección B, de lo contrario, pase a la Sección C.					
¿El receptor recibirá remuneración financiera a cambio del uso o la divulgación de esta información?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "Sí", describa cómo:					
¿Puede el receptor de la PHI intercambiar la información por remuneración financiera en el futuro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Sección C: Firmas					
He leído lo expuesto anteriormente y autorizo la divulgación de información médica protegida según lo especificado.					
Firma del paciente/representante del paciente:				Fecha:	
Nombre en letra de imprenta del representante del paciente:				Relación con el paciente:	

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Pediatric Gastroenterology Associates of Houston
Questionario de nuevo paciente

Historia de nacimiento

¿Qué hospital / centro de parto? _____

¿Cesárea o parto vaginal? _____

¿Cuál fue el peso al nacer? _____

¿Cuál era la edad gestacional del bebé al nacer? _____

¿Cuánto tiempo estuvo el bebé en el hospital? _____

Enumere cualquier problema / complicación:

Historial médico pasado

Enumere los problemas médicos actuales del paciente: ninguna

Enumere todas las cirugías en la vida del paciente: ninguna

Cirugía:	Fecha:	Cirujano:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enumere los medicamentos actuales del paciente: ninguna

Nombre:	Frecuencia / Dosis / Fuerza:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Enumere cualquier alergia (medicamentos, alimentos, otros):

Enumere cualquier otro especialista médico que el paciente haya visto (ENT, Alergólogo, cardiólogo, etc.)

¿Cuántos días de escuela perdió el paciente en el último año?

¿Cuál es el nombre de su compañía actual de atención médica a domicilio?

Enumere cualquier equipo médico especial para el hogar (oxígeno, bomba de alimentación, monitor de apnea, etc.)

Historia Familiar

Enumere los hermanos del paciente: ninguno

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Género:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Alguien en la familia tiene alguna de las siguientes condiciones? (por favor marque todos los que apliquen):

- Enfermedad de Crohn Colitis ulcerosa Lupus
- Artritis Reumatoide Úlceras estomacales
- Enfermedad celíaca Enfermedad congénita
- Diabetes tipo I Migrañas

Historia social

¿El paciente asiste a algún tipo de guardería? Si No

¿Alguien a quien el paciente conoce fumar? Si No

Enumere las mascotas en el hogar u otros animales. a la que está expuesto el paciente. ninguno

Nombre de Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Quién vive con el paciente en casa?

¿En qué grado está actualmente el paciente?

¿Ha viajado el paciente recientemente? Si es así, ¿dónde y cuándo? No

¿Ha comido el paciente alimentos extraños o productos lácteos no pasteurizados? Si es así, ¿qué y cuándo?

Revisión de sistemas

Constitucional

Fiebre o escalofríos (reciente o recurrente)	Si	No
Sudores nocturnos	Si	No
Peso pérdida ganancia	Si	No
Energía disminuida	Si	No
Cambios de apetito	Si	No
Dificultad para subir de peso	Si	No
Dificultad para dormir	Si	No

Ojo

Vision Problems	Si	No
Yellow eyes	Si	No

Piel

Ictericia	Si	No
Sarpullido	Si	No

Neurológico

Dolores de cabeza frecuentes	Si	No
Convulsiones	Si	No
Retrasos del desarrollo	Si	No
Está o estuvo inscrito su hijo en ECI	Si	No
¿Su hijo requiere especial clases en la escuela?	Si	No
¿Requiere su hijo terapia?	Si	No

En caso afirmativo, identifique: (circule los siguientes)

Habla Idioma Physica Ocupacional

Cardiovascular

Soplo cardíaco o problema cardíaco	Si	No
Dolor de pecho	Si	No
Limitación de ejercicio	Si	No
Desmayos	Si	No
Diarrea	Si	No
Dificultad para tragar	Si	No
Vómito o saliva excesiva	Si	No
Estreñimiento	Si	No
Ardor de corazón	Si	No
Dolor abdominal frecuente	Si	No
Antecedentes de hierro u otra deficiencia nutricional.		
Úlceras de boca	Si	No
Heces blancas	Si	No

Alérgica / inmunológica

Eccema (piel seca, áspera o con picazón)	Si	No
Urticaria (urticaria)	Si	No
Alergias (rinitis alérgica, fiebre del heno, etc.)	Si	No

Endocrino

Demasiado caliente o demasiado frío	Si	No
Problemas de azúcar en la sangre (incluida diabetes)		
Hematomas / sangrado fáciles	Si	No
Toma pastillas anticonceptivas	Si	No

Psiquiátrico

Síntomas de ansiedad(preocupaciones excesivas)	Si	No
Síntomas de depresión (sin esperanza, indefenso, tristeza excesiva, llanto)	Si	No
Problemas de comportamiento (peleas en la escuela)		
Otras condiciones psiquiátricas	Si	No

Musculoesquelético

Dolor o inflamación articular.	Si	No
Debilidad muscular	Si	No

Otra

Tenga en cuenta cualquier otro síntoma importante no mencionado anteriormente:

