### Bienvenido a nuestra oficina

### Por favor complete este formulario de forma legible. Por favor, solicite ayuda si es necesario.

**Fecha**:

**Primer Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Segundo Nombre**: \_\_\_\_\_\_ **Apellido**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección**:

**Ciudad**: **Estado**: **Código** **postal**:

**Marque la casilla de verificación para el número de teléfono de contacto preferencial:**

##### 🞏**Casa**: 🞏**Celular**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏**Trabajo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sexo** (marcar): [ ]  Hombre [ ]  Mujer **Fecha de nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Seguro Social**#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estado civil** (marcar): [ ]  Soltero [ ]  Casado [ ]  Divorciado [ ]  Separado [ ]  Viudo

**Raza** (marcar): [ ]  Blanca [ ]  Asiático [ ]  Negra/Africana/Americana [ ]  Hawaiana [ ]  Islas del Pacifico [ ]  Otro

**Etnicidad** (marcar): [ ]  Hispano / Latino [ ]  No Hispano / Latino **Idioma hablado**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre, número de teléfono y dirección de la farmacia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Padre o Persona Responsable**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O [ ]  YO MISMO

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocupación**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Seguro con el empleador** (marcar): [ ]  Si [ ]  No

**Nombre de su contacto de emergencia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médico Primario (PCP)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección del** **médico Primerio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, entregue su tarjeta de seguro y su tarjeta de identificación con foto a la recepcionista para que podamos hacer una copia. Gracias.**

**Consentimiento para el tratamiento**

Por la presente autorizo **Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM),** DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A., para examinar y tratarme como paciente. También autorizo ​​tales tratamientos y procedimientos, según lo considere necesario el médico, incluyendo pero no limitado a, medicamentos, muestras de sangre, muestras de orina u otras terapias. Soy consciente de que la práctica medicinal no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados que pueden obtenerse mediante examen y tratamiento. Por la presente certifico que entiendo la autorización anterior.

Firma del paciente / Guardián Fecha

Imprimir Nombre del paciente/ Guardián Relación al Paciente

FILOSOFÍA DE LA OFICINA / POLÍTICAS FINANCIERAS / POLÍTICAS DE CITAS / POLÍTICAS DE REFERIDOS

FILOSOFÍA DE LA OFICINA

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para informarle que vamos a pasar tanto tiempo como sea necesario con usted para abordar plenamente sus problemas médicos. Esto nos permite explicar nuestras sugerencias y recomendaciones en profundidad y responder a cualquier pregunta que pueda tener durante su visita. Nuestro personal programa a los pacientes acordadamente y tratamos de ser lo más eficiente posible para agilizar su entrada y salida de esta oficina. Por favor, este consiente de que valoramos su tiempo. Sin embargo, dada la naturaleza impredecible de nuestro trabajo, no es raro tener un período de espera prolongado. En muchas ocasiones, nos demoramos por asuntos como los problemas médicos de los pacientes que requieren atención inmediata, llamadas a hospitales, llamadas médicas y / o emergencias. Estas cuestiones son imprevistas y deben abordarse adecuadamente. No dejamos esta oficina hasta que todos los pacientes sean atendidos y todos sus problemas médicos sean verificados.

Animamos sus comentarios y sugerencias. Gracias.

Iniciales Fecha

## POLÍTICAS FINANCIERAS

## Estaremos seguros de discutir nuestros honorarios antes del comienzo de su tratamiento. El pago de los honorarios por los servicios prestados se espera en el momento en que los servicios se prestan. Presentamos un seguro como cortesía a nuestros pacientes. Sin embargo, requerimos co-pagos a pagar en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Discover, and AMEX). Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de $ 35.

Iniciales Fecha

## Reconozco y entiendo la Política

**POLÍTICAS DE CITAS**

Dado que nuestra profesión se basa en un horario de citas, le pedimos que demuestre su consideración llamando con anticipación si no puede mantener una cita. Nos gustaría ofrecer ese puesto a otro paciente que necesita ver al médico. Este aviso es para informarle que si no le da a nuestra oficina un aviso de cancelación de 24 horas, habrá un cargo de **cancelación de $ 25.00 por cada cita** perdida facturada a su cuenta que no pueda ser llenada por su seguro. El pago de esta cuota se pedirá en la siguiente cita.

Por favor tenga en cuenta que se requieren chequeos repetidos de su salud debido a la posibilidad de un resultado adverso. El no cumplir con las citas planteadas implica ciertos riesgos para nuestra capacidad de tratarlo adecuadamente y puede poner en peligro su salud.

## Reconozco y entiendo la Política

Iniciales Fecha

## POLÍTICAS DE REFERIDOS

## Desafortunadamente, nuestra oficina no puede monitorear activamente el estado de referido de cada paciente. Los pacientes son responsables de obtener sus referidos de su médico Primario antes de cada visita. Tenga en cuenta que la mayoría de las oficinas requieren un aviso de 7 días antes de su cita. Si no tiene un referido para su visita, su cita será programada para otro día. Por favor, asegúrese de comunicarse con nuestra oficina antes de su cita para asegurarse de que se ha recibido su referido correctamente codificado y con la fecha correcta. La mayoría de los planes requerirán un nuevo referido para cada visita.

Iniciales Fecha

Reconozco y entiendo la Política

***Si su seguro no requiere un referido para la visita al consultorio, por favor***

***coloque sus iníciales para verificar que está informado de la política en caso de que su seguro cambie.***

***Gracias.***

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

**ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN DE SEGUROS**

Yo, el abajo firmante, tengo cobertura de seguro y asigno y apruebo directamente a **Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM),** DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A, todos los beneficios médicos, pagaderos por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, no pagados por el seguro. Por la presente autorizo ​​al médico a revelar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo ​​el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros. Soy responsable de cualquier honorario legal que Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM), DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A.,incurra para la recaudación completa de los pagos.

Firma del Paciente / Guardián Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente / Guardián impreso

## AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

## (Solo firme si usted tiene Medicare o cualquier otro seguro a través del Medicare)

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se hagan a mi nombre para **Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM)**,DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A.**,** por cualquier servicio que me haya proporcionado ese médico. Autorizo ​​a cualquier titular de información médica acerca de mí o *Administración de financiamiento de atención médica* y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se haga el pago y autorice la entrega de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se indica "otro seguro de salud" en el punto 9 del CMS 1500 formulario o en cualquier otro lugar en otros formularios de reclamación aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza la entrega de la información al asegurador o agencia mostrada. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor aceptara la determinación de cargo del proveedor de Medicare como el cargo completo y el paciente es responsable únicamente por el deducible, el coaseguro y los servicios no cubiertos. El coaseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo del proveedor de Medicare.

***Si actualmente no tiene un seguro de Medicare o un plan de Medicare, por favor, inicie para verificar que se le informa de la política en caso de que su seguro cambie. Gracias.***

Firma del Paciente / Guardián Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente / Guardián impreso

**H.I.P.A.A. Entrega de información médica protegida del paciente**

**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si desea que renunciemos a sus derechos protegidos y le proporcionemos mensajes, información o resultados a su cónyuge, a otro significativo o a un miembro de su familia, por favor indique a continuación. No podremos ayudar a ninguna persona (s) que no figure en este formulario.

\*\*Una identificación válida con foto será requerida cuando recoja cualquier artículo en la oficina.

Asegúrese de actualizar esta información según sea necesario, para cambios en las preferencias.

Mi información médica protegida puede ser compartida con las siguientes personas:

**Nombre: Relación:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podemos discutir:** | **Somos autorizados para entregar:** |
| Información de Cita: [ ] Sí [ ] No | Registros médicos: [ ] Sí [ ] No |
| Datos de facturación: [ ] Sí [ ] No | Medicamentos recetados / de muestra: [ ] Sí [ ] No |
| Información médica: [ ] Sí [ ] No | Órdenes prescritas: [ ] Sí [ ] No |

**Nombre: Relación:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podemos discutir:** | **Somos autorizados para entregar:** |
| Información de Cita: [ ] Sí [ ] No | Registros médicos: [ ] Sí [ ] No |
| Datos de facturación: [ ] Sí [ ] No | Medicamentos recetados / de muestra: [ ] Sí [ ] No |
| Información médica: [ ] Sí [ ] No | Órdenes prescritas: [ ] Sí [ ] No |

**Nombre: Relación:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podemos discutir:** | **Somos autorizados para entregar:** |
| Información de Cita: [ ] Sí [ ] No | Registros médicos: [ ] Sí [ ] No |
| Datos de facturación: [ ] Sí [ ] No | Medicamentos recetados / de muestra: [ ] Sí [ ] No |
| Información médica: [ ] Sí [ ] No | Órdenes prescritas: [ ] Sí [ ] No |

**Nombre: Relación:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podemos discutir:** | **Somos autorizados para entregar:** |
| Información de Cita: [ ] Sí [ ] No | Registros médicos: [ ] Sí [ ] No |
| Datos de facturación: [ ] Sí [ ] No | Medicamentos recetados / de muestra: [ ] Sí [ ] No |
| Información médica: [ ] Sí [ ] No | Órdenes prescritas: [ ] Sí [ ] No |

**Nombre: Relación:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podemos discutir:** | **Somos autorizados para entregar:** |
| Información de Cita: [ ] Sí [ ] No | Registros médicos: [ ] Sí [ ] No |
| Datos de facturación: [ ] Sí [ ] No | Medicamentos recetados / de muestra: [ ] Sí [ ] No |
| Información médica: [ ] Sí [ ] No | Órdenes prescritas: [ ] Sí [ ] No |

**Nombre: Relación:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podemos discutir:** | **Somos autorizados para entregar:** |
| Información de Cita: [ ] Sí [ ] No | Registros médicos: [ ] Sí [ ] No |
| Datos de facturación: [ ] Sí [ ] No | Medicamentos recetados / de muestra: [ ] Sí [ ] No |
| Información médica: [ ] Sí [ ] No | Órdenes prescritas: [ ] Sí [ ] No |

Compruebo que doy mi consentimiento a las siguientes personas para tener acceso a mi salud protegida en función de mis preferencias seleccionadas. Soy consciente de que si una persona no aparece en este formulario, entonces no se proporcionará información.

Firma del Paciente / Guardián Fecha

Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (H.I.P.A.A.)

Consentimiento del Paciente al Uso y Entrega de Información de Salud para **el Tratamiento, Pago o Operaciones de Atención Médica**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, entiendo que como parte del, **Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM),** DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A.**,** Origina y mantiene registros en papel y / o electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de las pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

• Una base para planificar mi cuidado y tratamiento,

• Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado,

• Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura

• Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron realmente proporcionados y

• Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica, como la evaluación de la calidad y la revisión competente de los profesionales de la salud

Entiendo y recibiré un *aviso de prácticas de información****,*** (por favor pida copia en la recepción) que proporciona una descripción más completa de los usos y entrega de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

• El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,

• El derecho de solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud puede ser usada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica

Entiendo que Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM), DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A.**,** no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto la organización ya haya tomado medidas en dependencia de la misma. También entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme como lo permita la Sección 164.506 Del Código de Regulaciones Federales.

Yo entiendo que Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM), DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A., Se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y antes de su implementación, de acuerdo con la Sección 164.520 del Código de Reglamentos Federales. Debería Institute for Rheumatology & Integrative Medicine (IRIM), DBA: as: Alex M. Lam, M.D., P.A.**,** cambiar su notificación, enviarán una copia de cualquier notificación revisada a la dirección que he proporcionado.

**Explique aquí cualquier deseo de tener las siguientes restricciones al uso o entrega de su información de salud (Por ejemplo, no compartir información con el proveedor referente o el médico de familia):**

**Yo entiendo completamente y acepto / rechazo los términos de este consentimiento.**

Nombre del paciente Fecha

Firma del paciente / Guardián

Si el Guardián, el Nombre del Guardián (por favor imprima) Relación con el paciente

**NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Resumen de salud del paciente**

**Para tratarlo correctamente, es importante responder completamente a cada una de las preguntas que se enumeran a continuación. Si una pregunta no se aplica, responda con N/A (no aplicable).**

**Alergias**  [ ]  No hay alergias conocidas

Por favor liste cualquier alergia que tenga. Esto incluye medicamentos, alimentos y artículos ambientales.

Por favor, también expliqué la reacción a estas alergias.

|  |  |
| --- | --- |
| ALERGIAS | REACCIÓN |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**MEDICAMENTOS CORRIENTES / VITAMINAS / SUPLEMENTOS**  [ ]  Actualmente no está tomando nada

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del medicamento | Dosificación | ¿Con qué frecuencia toma? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**HISTORIA MÉDICA PASADA**

**HISTORIA CIRÚRGICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Cuando? | ¿Por qué? ¿Cuál fue el problema? ¿Parte del cuerpo? | ¿En qué hospital o clínica se realizó la cirugía? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**HISTORIA FAMILIAR**

Por favor, anote todos los antecedentes relevantes, incluyendo abuelos, padres, hermanos e hijos.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Abuelos maternos | Abuelos paternos | Madre | Padre | Hermanos | Hijos |
|  |  |  |  |  |  |

**NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Resumen de salud del paciente**

**Para tratarlo correctamente, es importante responder completamente a cada una de las preguntas que se enumeran a continuación. Si una pregunta no se aplica, responda con N/A (no aplicable).**

**HISTORIA SOCIAL**

Status marital: [ ] Soltero [ ] Casado [ ] Separado [ ] Divorciado [ ] Viuda

¿Tienes hijos? Si es así, ¿cuántos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio actualmente? Si es así, ¿cuántas veces por semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Actualmente bebe café, bebidas energéticas, bebidas con cafeína?

Si es así, ¿cuántas / cuántas veces?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL TABACO**

 [ ]  No fumador

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estado de Fumar (marcar)  | ¿Cuántas veces al día?¿Cuán a menudo por semana? | Cigarrillos / Tabacco/ Vaporizador / Recreativo |
| [ ]  Actual fumador |  |  |
| [ ]  Fumador pasado |  |  |
| [ ]  Fumador social |  |  |

Si es un fumador pasado, ¿en qué año o cuánto tiempo ha pasado desde que dejó de fumar?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay alguna droga recreativa adicional que esté usando actualmente? Si es así, nombre de droga y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL ALCOHOL**

 [ ]  No bebedor

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Consumación del alcohol (marcar)  | ¿Cuántas veces al día?¿Cuán a menudo por semana? | Vino / Cerveza / Licor |
| [ ]  Bebedor actual |  |  |
| [ ]  Bebedor anterior |  |  |
| [ ]  Bebedor social |  |  |

Si tiene historia de consumir alcohol en el pasado, ¿en qué año o cuánto tiempo ha pasado desde que dejó de tomar?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LA FARMACIA**

Proporcione su información de su farmacia para que podamos prescribir electrónicamente sus recetas a la farmacia.

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PORTAL DEL PACIENTE**

Por favor, envíenos su dirección de correo electrónico para que podamos concederle acceso a su información de salud a través de nuestro Portal de Pacientes. El acceso a nuestro portal de Paciente le proporciona acceso a sus registros, servicios de mensajería directa, cancelación / confirmación de citas y envío de solicitudes de relleno.

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Encuesta De Balance Y Prevención De Caídas**

***Por favor, complete si tiene 55 años de edad o más***

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Para determinar si usted está a punto de caerse o tiene algún desbalance, por favor conteste estas series de preguntas a continuación. Si su respuesta es Si a una o más preguntas, usted puede estar en riesgo de caerse. La mejor forma de determinar si usted tiene un problema de desbalance seria compartiendo con su doctor cualquier preocupación, dudas, o temores acerca de caídas inesperadas por mareo o vértigo. De esa manera el doctor podrá darle recomendaciones y saber la causa de sus síntomas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Por favor lea la pregunta y cheque la respuesta (√) que mejor describa su problema.** | Si o A Menudo | Algunas Veces | No o Nunca |
| 1. ¿Usted pierde el equilibrio con frecuencia, o se siente mareada/o, o inestable?
 |  |  |  |
| 1. ¿Ha seguido experimentando mareos después de un accidente o después de sufrir alguna lesión?
 |  |  |  |
| 1. ¿Te sientes inestable al caminar o subir escaleras?
 |  |  |  |
| 1. ¿Sientes mareos al sentarse o levantarse de una posición sentada o acostada?
 |  |  |  |
| 1. ¿Caminar por el pasillo de un supermercado o parando junto a tráfico en movimiento te marea?
 |  |  |  |
| 1. ¿Siente mareo o nausea al mover la cabeza rápidamente?
 |  |  |  |
| 1. ¿Está usted mareada/o o inestable cuando te levantas por la mañana?
 |  |  |  |
| 1. ¿Alguna vez se cae o se siente como si estuviera a punto de caer, sin razón aparente?
 |  |  |  |
| 1. ¿Utiliza un andador, bastón o cualquier otra forma de ayuda para su movilidad?
 |  |  |  |
| 1. ¿Ha tenido una pérdida reciente, o disminución de la visión o la audición?
 |  |  |  |
| 1. ¿Tiene miedo de caer?
 |  |  |  |
| 1. ¿Usted ha experimentado mareos, vértigo o desequilibrio grave en los últimos seis meses?
 |  |  |  |
| 1. ¿Su problema de equilibrio ha causado problemas en su vida social?
 |  |  |  |
| 1. ¿Se ha caído más de una vez en el último año sin una causa obvia?
 |  |  |  |
| 1. ¿El mareo o desequilibrio interfieren con su trabajo o sus responsabilidades en el hogar?
 |  |  |  |

**Por favor llene la parte superior con su nombre y fecha, firme la encuesta en la parte inferior y entréguesela a su médico durante su visita.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Teléfono**