YOUR FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

INFORMACIÓN DEL NUEVO PACIENTE

☐ Bedford
☐ Lewisville
☐ Benbrook
☐ Justin
☐ Boyd

Aunque somos Su Médico de Familia (YFM) y estamos comprometidos con la atención compasiva, debemos ejercer la diligencia debida adecuada al recetar analgésicos opioides para el dolor crónico. El abuso de medicamentos recetados ha alcanzado proporciones epidémicas en nuestra sociedad. Por lo tanto, la política de nuestra clínica es que se debe realizar un estudio adecuado antes de dispensar una receta de opioides. Este trabajo incluirá la revision de los registros previos de la farmacia/clínica, la evaluación mediante pruebas de diagnóstico y de laboratorio, y la finalización aceptable de una prueba de detección de drogas en la orina que arroje los resultados esperados. Los ejemplos comunes de analgésicos opioides incluyen hidrocodona, morfina, oxicodona, fentanilo, préstamos y metadona.

- Traiga su licencia de conducir y tarjetas de seguro junto con su documentación completa de paciente nuevo para programar su cita. Se espera el pago de los servicios en el momento del servicio (copagos, coseguro, pago privado). Excepto efectivo y tarjetas de crédito (Visa, American Express, MasterCard, y Discover).
- **Si nuestro personal le ha indicado que obtenga informes de imágenes y/o películas, tráigalos a su cita. Nuestra oficina los requiere como parte de su consulta.** ***Si no temenos sus películas en el momento de su cita, debe ser reprogramado.***
- NO SE PERMITEN NIÑOS EN LA CLÍNICA. Muchos de nuestros pacientes están en sillas de ruedas y andadores y vemos demasiadas personas para tener niños en la clínica. No te verán si traes a tus hijos.
- Si tiene inglés como segundo idoma, para brindarle el mejor servicio de atención médica, haga arreglos para que alguien lo acompañe a su visita y pueda traducirlo. Queremos que comprenda completamente su diagnóstico y pronóstico y que responda cualquier pregunta que pueda tener.

Tu Sita Es: _____

****Si no ha llenado o completado el paquete de nuevo paciente, por favor llegue 30 minutos antes de su cita.**

Deseamos que su visita sea lo más cómoda posible, así que no dude en contactarnos si tiene alguna pregunta o inquietud.

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____

FECHA:_____

Es este su nombre legal? ☐Sí ☐No

Si no, NOMBRE LEGAL: _____ Nombre(s) anteriores?

_____

_____

INGRESO DE NUEVOS PACIENTES

EDAD DEL PACIENTE: _____ GÉNERO: M ☐ F ☐

DIRECCIÓN:

_____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

SEGURIDAD SOCIAL(SSN):_____

LICENCIA DE CONDUCIR #: _____

ESTADO CIVIL: ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Soltero ☐ Divorciado

ETNICIDAD: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano or Latino

IDIOMA PREFERIDO: _____

RAZA: ☐Nativo Americano ☐Asiático ☐Negro/Afroamericano ☐Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacifico ☐Blanco ☐Otro

RELIGIÓN:_____

EDUCACIÓN: _____

CORREO ELECTRÓNICO:_____

☐@yahoo.com ☐@gmail.com ☐@hotmail.com

MÉTODO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO: ☐Teléfono de Casa ☐Teléfono Móvil ☐Teléfono del Trabajo ☐Correo Electrónico

MÉDICO DE REFERENCIA:_____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

OTROS MÉDICOS : _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

RELACIÓN: _____

TELÉFONO DE EMERGENCIA: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO:_____

DIRECCIÓN:_____

RELACIÓN:_____ TELÉFONO:_____

SEGURIDAD SOCIAL (SSN): _____

EMPLEADOR:_____

TELÉFONO DEL EMPLEADOR:_____

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____
FECHA:_____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

COMPAÑIA DE SEGUROS:_____
(Proporcione la tarjeta en la recepción)
NOMBRE DEL ASEGURADO:_____
FECHA DE NACIMIENTO:_____
SEGURIDAD SOCIAL DEL ASEGURADO (SSN): _____
RELACIÓN PACIENTE ☐Yo ☐Cónyuge ☐Dependiente

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Su Médico Familia o compañia de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos.

Firma del Paciente/Tutor:_____
Fecha:_____

HISTORIAL MÉDICO PASADO

Indique si ha padecido alguna de las siguientes condiciones médicas.
También tenga en cuenta el año en que ocurrieron.

_____Accidente de cerebrovascular
_____Agrandamiento de la próstata
_____Artritis
_____Asma
_____Ataques/Convulsiones
_____Ataques de pánico
_____Cálculos Renales
_____Cáncer
_____Colapso nervioso
_____Corazón reumático
_____Culebrilla
_____Depresión
_____Diabetes
_____Dolor de cabeza/migrañas
_____Enfermedad/ataque cardíaco
_____Enfermedades crónicas de la piel

_____Enfermedad Hepática
_____Enfermedad Renal
_____Enfermedad vascular periférica
_____Enfisema
_____Esclerosis multiple
_____Esquizofrenia/bipolar
_____Fibromialgia
_____Gonorrea
_____Gota
_____Hepatitis
_____Ictericia
_____Infección por Herpes
_____Infección urinaria
_____Insomnio
_____Insuficiencia cardíaca
_____Latidos cardíacos irregulares
_____Lupus
_____Menopausia
_____Neumonía

_____Otra anomaliá de la sangre
_____Otra enfermedad venérea
_____Presión arterial alta
_____Problemas hormonales
_____Sida or VIH
_____Sifilis
_____Soplo cardíaco
_____Tiroides
_____Tuberculosis
_____Úlcera péptica
_____Vesícula Biliar

Otras: _____
_____
_____
_____

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____

FECHA:_____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PASADOS

_____Fecha/Año_____

_____Fecha/Año_____

_____Fecha/Año_____

_____Fecha/Año_____

_____Fecha/Año_____

_____Fecha/Año_____

HISTORIA FAMILIAR

Enumere cualquier enfermedad, dolencia o elemento en su FAMILIA INMEDIATA (madre – cáncer de mama, padre – diabético, abuelo – enfermedad cardíaca).

_____

_____

_____

HISTORIA SOCIAL

Ocupación:

_____

Fumas? ☐Sí ☐No Cúantos paquetes/día?_____ Años?_____

Beber alcohol? ☐Sí ☐No Cuánto bebes?_____

Usar cualquier otra droga (marihuana, cocaína, etc.)? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, que?_____

Estado Civil: ☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado ☐Viudo

Vives solo(a)? ☐Sí ☐No
Si no, con quien vives?_____

HISTORIA REPRODUCTIVA

Mujeres:

Edad en que comenzo el ciclo menstrual: _____ Fecha del ultimo período: _____

Dificultad con los períodos? ☐Sí ☐No

Embarazos totales:_____ Cuantas nacimientos vivos? _____

Abortos espontáneos o abortos? ☐Sí ☐No Cuantas? _____

YOUR FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____

FECHA:_____

Cualquier problema médico asociado con el embarazo o cualquier otra enfermedad ginecológica? ☐Sí ☐No

Antecedentes de enfermedad mamaria? ☐Sí ☐No

Realiza exámenes de mama regulares? ☐Sí ☐No

Fecha de la última pruebe de Papanicolaou:_____

Fecha de la última mamografía:_____

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____

FECHA:_____

HISTORIA REPRODUCTIVA

Hombres:

Realiza autoexámenes testiculares regulares? ☐Sí ☐No

Cualquier problema con los testículos, la próstata o la infertilidad? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, explíquelo porfavor:_____

ALERGIAS

_____

FARMACIA

Nombre:_____ Ubicación:_____

MEDICAMENTOS ACTUALES **incluir la dosis y la frecuencia para cada

Medicación	Dosis	Frecuencia

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____

FECHA:_____

REVISIÓN DE SISTEMAS

En los últimos meses, ha tenido alguno de los siguientes síntomas o dificultades? Si tiene alguna dificultad que necesite más explicación, indíquelo y explíquelo en la sección de notas adicionales.

General	SÍ	NO
Pérdida de apetito	☐	☐
Fiebre o escalofríos	☐	☐
Ojos	☐	☐
Visión borrosa	☐	☐
Pérdida de vision	☐	☐
Cabeza/oído/nariz/garganta	☐	☐
Ronquera	☐	☐
Dificultad para tragar	☐	☐
Cardiovascular	☐	☐
Dolor de pecho	☐	☐
Hinchazón de piernas	☐	☐
Venas varicosas	☐	☐

Respiratorio	SÍ	NO
Dificultad para respirar	☐	☐
Sibilancias	☐	☐

Gastrointestinal	SÍ	NO
Náuseas y vómitos	☐	☐
Úlceras	☐	☐
Sangre en las heces	☐	☐
Cambios en los hábitos intestinales	☐	☐
Riñon/vejiga/orina	☐	☐
Dolor al orinar	☐	☐
Micción frecuente	☐	☐

Musculoesquelético	SÍ	NO
Dolor/rigidez significativos	☐	☐
Piel	☐	☐
Sarpullido	☐	☐
Erupciones frecuentes	☐	☐

Neurológico	SÍ	NO
Temblor	☐	☐
Convulsiones	☐	☐
Accidente cerebrovascular	☐	☐

Psiquiátrico	SÍ	NO
Enfermedad mental	☐	☐
Intento de suicidio	☐	☐
Depresión	☐	☐
Adicción a Drogas/alcohol	☐	☐
Dificultad con las actividades sexuales	☐	☐

Endocrino	SÍ	NO
Enfermedad de la tiroides	☐	☐

Hematológico/Linfático:	SÍ	NO
Moretones fáciles	☐	☐

Inmunológico	SÍ	NO
En ganglios linfáticos grandes/inflamados	☐	☐

Marque todo lo que corresponda :	SÍ	NO
Pérdida de peso reciente	☐	☐
Poca energía/fatiga	☐	☐
Visión doble	☐	☐
Dolor de ojos	☐	☐
Pérdida de audición	☐	☐
Dolor de oído	☐	☐
Palpitaciones	☐	☐
Ortopnea	☐	☐
Tos crónica	☐	☐
Acidez estomacal	☐	☐
Estreñimiento	☐	☐
Hemorroides	☐	☐
Sangre en la orina	☐	☐
Cambios en el patron urinario	☐	☐
Picazón	☐	☐
Mareos	☐	☐
Hormigueo	☐	☐
Pensamientos suicidas	☐	☐
Dificultad para dormir (insomnio)	☐	☐
Tolerancia al calor/frío	☐	☐
Sangrado fácil	☐	☐

Notas adicionales: _____

_____

YOUR FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____

FECHA:_____

CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN

Responda cada pregunta en relación con los ÚLTIMOS 30 DÍAS únicamente. Responda con la mayor sinceridad posible, no hay respuestas correctas o incorrectas. Si no está seguro de cómo responder, dé la mejor respuesta que pueda.

0 = nunca 1 = rara vez 2 = a veces 3 = a menudo 4 = muy a menudo

Con qué frecuencia ha tenido problemas para pensar con claridad o ha tenido problemas de memoria?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia la gente se queja de que no eres completamente necesario pruebas?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia ha tenido que ir a alguien que no sea su médico para obtener suficiente Alivio para los medicamentos (otro médico, sala de emergencias, amigo, etc.)?	0	1	2	3	4
Cuánto de su tiempo dedicó a pensar en medicamentos opioides? (tener suficiente, tomarlos, programa de dosificación, etc.)?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia ha tenido problemas para controlar su ira? (Gritos, furia en la Carretera, etc.)?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia ha tomado sus medicamentos de manera diferente a como se los recetaron?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia ha necesitado tomar analgésicos pertenecientes a otra persona?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia has pensado seriamente en lastimarte?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia se ha preocupado por cómo está manejando sus medicamentos?	0	1	2	3	4

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____

FECHA:_____

Con qué frecuencia otras personas se han preocupado por cómo está manejando sus medicamentos?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia has tenido un argumento?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia ha tenido que visitor la sala de emergencias?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia ha tenido que hacer una llamada de emergencia o presentarse en la clínica sin cita previa?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia te has enfadado con la gente?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia ha tenido que tomar más medicamento de las prescritas?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia ha pedido prestados analgésicos a otra persona?	0	1	2	3	4
Con qué frecuencia ha usado su medicamento para el dolor para síntomas que no sean para el dolor (para ayudar a dormir, mejorar el estado de ánimo, o aliviar el estrés)?	0	1	2	3	4

YOUR FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

- ☐ Bedford
- ☐ Lewisville
- ☐ Benbrook
- ☐ Justin
- ☐ Boyd

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Yo, _____ (Nombre del paciente) doy permiso para que Su Médico Familiar me brinde tratamiento medico y permito que Su Médico Familiar solicite beneficios de seguro para pagar la atención que recibo.

Entiendo que : ***(Por favor ponga sus iniciales en cada uno).***

_____Su Médico Familiar tendrá que enviar la informacion de mis registros médicos a mi compañia de seguros.

_____Debo pagar mi parte de los costos.

_____Debo pagar el costo de los servicios si mu seguro no cubre o no tengo seguro.

_____Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.

_____Tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi proveedor.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Padre o Tutor (LETRA DE IMPRENTA): _____

Nombre del Padre o Tutor: _____

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (PHI)

POR USO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD PARA REALIZAR OPERACIONES DE PAGO DE TRATAMIENTOS Y ATENCIÓN MÉDICA Y POLÍTICA ANTIDISCRIMINATORIA.

Yo, _____(Nombre del paciente), poe la presente declaro que al firmar este consentimiento, reconozco y acepto lo siguiente:

1) El Aviso de Privavidad de el Consultorio me ha sido proporcionado antes de firmar el consentimiento. El Aviso de Privavidad incluye una descripción completa de los usos y/o divulgaciones de mi información de salud protegida (PHI) necesaria para que la Práctica me brinde tratamiento, y también necesaria para que la Práctica obtenga el pago por ese tratamiento y lleve a cabo sus operaciones de atención médica. El Consultorio me explicó que el Aviso de Privacidad estará disponible para mí en el future a pedido mío. El Consultorio ha explicado con más detalle mi derecho a obtener una copia del Aviso de Privacidad antes de firmar este consentimiento y me ha alentado a leer el Novato de Privacidad antes de firmar este consentimiento y me ha animado a leer el Aviso de Privacidad detenidamente antes de firmar este consentimiento.

2) El Consultorio se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en su Aviso de Privacidad, de conformidad con la ley aplicable.

3) Entiendo eso y doy mi consentimiento para los siguentes recordatorios de citas que utilizará el Consultorio: (a) una tarjeta postal que se me envíe por correo a la dirección que proporcioné; y (b) telefonear a mi casa y dejar un mensaje en mi contestador automático o con una persona que conteste el teléfono; (c) mensaje de texto a mi teléfono móvil.

4) El Consultorio puede usar y/o divulgar mi PHI (que incluye información sobre mi salud o condición y el tratamiento que se me brindó) para que el Consultorio me trate y obtenga el pago por ese tratamiento, y según sea necesario para que el Consultorio lleve a cabo su operaciones sanitarias específicas.

5) Entiendo que tengo derecho a solicitar que el Consultorio restrinja cómo se usa y/o divulga mi PHI para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago está obligada a aceptar ninguna restricción que haya solicitado. Si el Consultorio está de acuerdo con la restricción solicitada, entonces la restricción es vinculante para el Consultorio.

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

6) Entiendo que este consentimiento es válido por siete años. Ademas, entiendo que tengo derecho a revocar este consentimento por escrito en cualquier momento para todas las transacciones futuras, con el entendimiento de que dicha revocación no se aplicará en la medida en que el Consultorio ya haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

7) Entiendo que si revoco este consentimiento en cualquier momento, el Consultorio tiene derecho a negarse a tratarme.

8) Entiendo que si no firmo este consentimiento que evidencia mi consentimiento para los usos y divulgaciones descritos para mí anteriormente y contenidos en el aviso de privacidad, entonces el Consultorio no me tratará.

POLÍTICA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN

Iniciales_____ Discriminación o acoso contra cualquier miembro de Su Familia Médica (médicos, enfermeras practicantes, personal de oficina o pacientes) debido a la edad, ascendencia, color, discapacidad según se define en la sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973 y la ley da las Américas con discapacidades, género identidad y/o expression, estado civil y paternidad, origen nacional, embarazo, raza, religion, orientación sexual, estado de veteran o cualquier otra catergoría protegida por la ley federal o estatal está prohibida y no séra tolerada, ni ninguna persona por esas razones ser excluido de la participación o negado los beneficios de cualquier programa o actividad dentro de Su Familia Médica.

He leído y entiendo el aviso anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción de una manera que puedo entender.

_____ _____

Nombre de la Persona (IMPRESO) Firma de Individuo

_____ _____

Firma de Representante Legal Relación
(Apoderado, tutor o padre si es menor de edad)

Fecha de Firma: _____

Testigo: _____ Título:_____

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

Acuse de Recibo de la Revisión del Aviso de Consultorio de Privacidad

He revisado el aviso de consultorios de privacidad de esta oficina, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este document.

_____
Firma del paciente o representante

_____
Fecha

_____
Testigo (YFM Empleado) Título de Testigo

Enumere a las persona(s) a las que desea que tengan acceso a su información médica, incluido el acceso al portal:

NOMBRE:_____RELACIÓN:_____

NOMBRE: _____RELACIÓN:_____

NOMBRE: _____RELACIÓN:_____

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA

Como parte de nuestro compromise continuo de tartar a nuestros pacientes, consideramos que su comprensión completa de nuestras políticas financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, hable con nuestro especialista en facturación antes de tratamiento.

SEGURO Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Iniciales_____ El pago se require en el momento en que se prestan los servicos, a menos que se haya hecho otro arreglo por adelantado. Esto incluye copagos aplicables, pagos de coseguro y deducibles para las companies de seguros con las que temenos contrato. YFM acepta efectivo, cheques personales del estado, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Hay un cargo por servicio de $30.00 para la devolución de cheques.

Iniciales_____ Entiendo que si tengo un seguro soy la parte responsable y que tener un seguro no garantiza el pago de los servicios que me brinden. Autorizo la presentación de mi reclamo a la compañia de seguros mencionada anteriormente. YFM factura a las compañias de seguros participantes como cortesía a nuestros pacientes. Se exceptúa a los pacientes de pagar su deducible y/o conseguro/copago en el momento del servicio. ***Debe presentar una tarjeta de seguro en cada visita. Si usted y su(s) dependiente(s) no presentan una tarjeta de seguro válida en el momento de su visita, séra responsable del costo total de la visita.***

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Iniciales_____ Entiendo que algunos, o quizás todos los servicios que recibo, no están cubiertos o mi compañia de seguros no los considera razonablemente necesarios. En caso de que mi compañia de seguros determine que un servicio no está cubierto, entiendo que seré responsable de los servicios prestados. Los médicos en el consultorio no podrán cambiar su curso normal de tratamiento debido a servicios no cubiertos o limitaciones de los beneficios de mi seguro. El pago de los servicios no cubiertos vencerá al final del servicio o al recibir un estado de cuenta de YFM.

ARREGLOS DE PAGO

Iniciales_____ Entiendo que los pacientes con un saldo pendiente de 30 días o más deben hacer arreglos de pago antes de programar citas. Los planes de pago deben ser establecidos por el paciente en persona y se deducirán automáticamente de la tarjeta de crédito/débito especificada en ese acuerdo.

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

PACIENTES MENORES

Inciales_____ Independientemente del estado civil, YFM solicitará al adulto que acompaña al paciente el pago adeudado en el momento en que se preste el servicio al paciente menor de edad. Si un padre que no sea el que acompaña al paciente al consultorio es legalmente responsable de la cuenta, se deberá presentar en el consultorio una copia de la sentencia judicial. Los menores y dependientes deben presentar una tarjeta de seguro válida en cada visita si se va a presentar un reclamo. Además, el menor no puede recibir tratamiento médico sin el consentimiento firmado de un padre o tutor legal.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Iniciales_____ Entiendo que YFM presentará mis reclamos y me ayudará de cualquier manera razonablemente posible para que se paguen mis reclamos. Entiendo que mi compañia de seguros puede necesitar que les proporcione cierta información directamente y es mi responsabilidad cumplir con las solicitudes.

FALTA DE PAGO

Iniciales_____ Entiendo que el saldo del estado de cuenta debe pagarse dentro de los 30 días para evitar cargos por multas por pago atrasado. Si mi cuenta tiene más de 90 días de atraso, recibiré una carta indicando que tengo 20 días para pagar mi cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que se acuerden con anticipación con un acuerdo de pago firmado. Entiendo que si el saldo permanece impago, YFM puede derivar mi cuenta a una agencia de cobro. Cualquier tarifa de la agencia de cobro, además de mi saldo pendiente de pago, será mi responsabilidad.

CITAS PERDIDAS Y CANCELACIONES TARDÍAS

Iniciales_____ Entiendo que si no puedo programar una cita, debo llamar dentro de las 24 horas anteriores a la hora de su cita para reprogramarla. Si no notifiqué a YFM antes de perder mi cita programada, entiendo que se me cobrará una tarifa de $25.00 por NO PRESENTARME por una visita al consultorio y $50.00 por un procedimiento. Esto debe pagarse antes de programar cualquier visita futura. Las citas perdidas frecuentes/no presentarse, o la reprogramación crónica pueden resultar en la terminación de la relación médico/paciente y en la liberación de YFM.

Firma del Paciente o Representante Autorizado: _____

Nombre Impreso de Arriba: _____

Fecha: _____

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGACIÓN MÉDICA (POR TELÉFONO O FAX)

Complete este formulario y entréguelo en la recepción.

El paciente autoriza a esta clínica a divulgar información médica relacionada con la atención clínica y el diagnóstico, incluidos los resultados de laboratorio en el historial médico, a los que enumeran a continuación: (médico de familia, médico remitido, familiares, abogado, etc.)

Médico de atención primaria_____

Teléfono _____

Nombre_____

Teléfono _____ Relación _____

Nombre_____

Teléfono _____ Relación _____

Nombre_____

Teléfono _____ Relación _____

Por la presente solicito y autorizo a YFM a divulgar y enviar la siguiente información:

☐ Registro Completo

☐ Hospitalario Completo

☐ Registros de _____ a _____ únicamente.

☐ Registros relacionados con las siguientes condiciones solamente: _____

_____

Esta preocupación está vigente hasta que se revoque por escrito. Nuestra oficina requiere el consentimiento del paciente por escrito para todas las solicitudes de información no relacionadas con los requistos de facturación.

_____ _____

Nombre del Paciente (IMPRESO) **Fecha**

_____ _____

Firma del Paciente o Tutor Legal **Relación con el Paciente**

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____

FECHA:_____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE- 9 (PHQ-9)

Durante las últimas dos semanas, con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? *(Marque "✓" para indicar su respuesta)*	**En absoluto**	**Varios días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2. Sentirse decaído, deprimido, o sin esperanza.	0	1	2	3
3. Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiando.	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía.	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso.	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo — o que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo oa su familia.	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar television.	0	1	2	3
8. Moviéndose o hablando tan despacio que otras personas podrían haberlo notado? o al contrario -- estar tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse a sí mismo de alguna manera.	0	1	2	3

Para codificación de oficina _____+_____+_____+ _____

=Puntaje total: _____

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____

FECHA:_____

Si ha marcado algún problema, que tan difícil le han resultado estos problemas para hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en el hogar o llevarse bien con otras personas?

Nada difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremada -mente difícilm
☐	☐	☐	☐

Desarrollado por Doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con beca educative de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar, o distribuir.

YOUR FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

HISTORIAL DEL SUEÑO Y FORMULARIO DE EXAMEN

☐ Bedford
☐ Lewisville
☐ Benbrook
☐ Justin
☐ Boyd

Su médico le solicita que complete el Formulario de Historial del Sueño que evalúa la necesidad de que usted tenga una prueba de sueño en el hogar fácil de usar. La prueba del sueño en el hogar determinará si tiene un trastorno del sueño. Los trastornos del sueño afectan negativamente a tu bienestar, especialmente a tu salud cardiovascular. Los trastornos del sueño se pueden tratar con eficacia.

Fecha:_____ Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____
Envejecer:_____

Teléfono:_____Direccion de Casa :_____

Nombre de Medico:_____ Altura:_____ Peso:____libras.
BMI:_____

1) Alguna vez le han dado un dispositivo CPAP? ☐Sí ☐No (Fecha:_____)
2) Se siente cómodo con su CPAP y satisfecho con su uso? ☐Sí ☐No
3) Cuantas horas duermes en promedio por noche? ☐Menos de 4 horas ☐Más de 4 horas

Escala de somnolencia de Epworth

Qué tan probable es que se quede dormido mientras realiza las siguientes actividades? Utilice la siguiente escala: **0 = nunca** **1 = leve** **2 = moderado** **3 = alto**

1)	Ser pasajero en un vehículo motorizado durante 1 hora o más?	0 1 2 3 4
2)	Sentado y hablando con alguien.	0 1 2 3 4
3)	Sentado y leyendo.	0 1 2 3 4
4)	Viendo la televisión.	0 1 2 3 4
5)	Sentado inactivo en un lugar público.	0 1 2 3 4
6)	Acostarse a descansar por la tarde.	0 1 2 3 4
7)	Sentarse tranquilamente despúes del almuerzo sin alcohol.	0 1 2 3 4
8)	En un automóvil, mientras se detuvo durante unos minutos en el tráfico.	0 1 2 3 4

Parte I

1)	Le han dicho que ronca o rechina los dientes por la noche?	☐Sí ☐No
2)	Se despierta sin refrescarse, cansado, con sueno la mayor parte del tiempo o necesita tomar una siesta?	☐ Sí ☐No
3)	Tiene su familia antecedents de muerte prematura durante el sueño?	☐ Sí ☐No
4)	Tienes diabetes?	☐ Sí ☐No
5)	Alguna vez le han dicho que tiene enfermedad de las arterias coronarias?	☐ Sí ☐No
6)	Tiene la presión arterial alta?	☐ Sí ☐No
7)	Alguna vez ha experimentado ritmos cardíacos irregulares?	☐ Sí ☐No
8)	Tienes una enfermedad del corazón?	☐ Sí ☐No

YOUR
FAMILY MEDICAL
KEEPING YOUR FAMILY WELL

9) Tiene enfermedad pulmonar? ☐ Sí ☐No
10) Sufres de depresión? ☐ Sí ☐No
11) Tomas medicamentos para dormir? ☐ Sí ☐No
12) Experimenta dolores de cabeza matutinos? ☐ Sí ☐No
13) Sufres del síndrome de piernas inquietas? ☐ Sí ☐No
14) Sufres de insomnio? ☐ Sí ☐No
15) Sufres de narcolepsia? ☐ Sí ☐No

PARTE II

1) Alguna vez le han diagnosticado apnea del sueño? ☐ Sí ☐No
2) Se despierta con dolor en el pecho o dificultad para respirar? ☐ Sí ☐No
3) Alguien ha dicho que parece que deja de respirar mientras duerme? ☐ Sí ☐No
4) Tu próxima talla es más grande que 15"(mujer) or 16.5"(masculino)? ☐ Sí ☐No
5) Alguna vez has tenido un derrame cerebral? ☐ Sí ☐No
6) Alguna vez le han dicho que tiene insuficiencia cardaíaca congestiva? ☐ Sí ☐No
7) Tiene o ha tenido fibrilación auricular? ☐ Sí ☐No
8) Se despierta del sueño ahogándose o jadeando por aire? ☐ Sí ☐No
9) Despiertas o molestas a tu compañero de cama con las piernas pateando o moviéndose? ☐ Sí ☐No
10) Eres dormido, caminas, hablas, o actúas en tus sueños? ☐ Sí ☐No

Tamaño real del cuello

Firma del Paciente: _____ Fecha:_____

Si el paciente presenta una prueba de detección postivia o apnea del sueño, se ordenará un estudio del sueño en el hogar. ☐

Firma del Médico: _____ Fecha:_____

Mallampati Puntaje: _____

☐Marcas de dientes en la lengua
☐Sobremordida o mentón recesivo