



# Esteban N. Berberian, M.D.

**Dirección de Envío:**  
P.O. Box 1939  
Channelview, TX 77530

**Medicina Interna**  
Teléfono: (281) 247-8020  
Fax: (281) 247-8026

**Dirección de la Instalación:**  
15201 East Freeway, #103  
Channelview, TX 77530

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTO CUIDADOSAMENTE.**

*Entendemos que su información de salud es personal para usted, y estamos comprometidos a proteger su información. Este Aviso de prácticas de privacidad (o "Aviso") describe cómo usaremos y divulgaremos la información protegida y los datos que recibimos o creamos relacionados con su atención médica.*

**Nuestros deberes:** La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud y darle este Aviso que describe nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. También estamos obligados a seguir los términos de la Notificación actualmente vigente. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización, excepto en las siguientes situaciones:

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información de salud mientras proporcionamos, coordinamos o administramos su atención médica. Por ejemplo, la información obtenida por un técnico, médico u otro miembro de su equipo de atención médica se registrará en su registro y se utilizará para determinar el curso del tratamiento que debería funcionar mejor para usted. También podemos proporcionarle a otros proveedores de atención médica su información para ayudarlo a tratarlo. Un ejemplo de esto podría ser si lo derivamos a un especialista para recibir más atención o si solicitamos una prueba que requiere información de salud, como una resonancia magnética.

**Pago:** Usaremos y divulgaremos su información médica para obtener o proporcionar una compensación o reembolso por brindarle atención médica. Por ejemplo, podemos enviarle una factura a usted o a su plan de salud. La información que figura en la factura o que la acompaña puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados. Como otro ejemplo, podemos divulgar información sobre usted a su plan de salud para que el plan de salud pueda determinar su elegibilidad para el pago de ciertos beneficios.

**Operaciones de atención médica:** Usaremos y divulgaremos su información de salud para tratar ciertos aspectos administrativos de su atención médica y para administrar nuestro negocio de manera más eficiente. Por ejemplo, los miembros de nuestro personal médico pueden usar la información en su registro de salud para evaluar la calidad de la atención y los resultados en su caso y otros similares. Esta información se utilizará en un esfuerzo por mejorar la calidad y la eficacia de la atención médica y los servicios que brindamos.

**Socios de negocio:** Hay algunos servicios prestados en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Podemos divulgar su información de salud a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Sin embargo, requerimos que el socio comercial tome precauciones para proteger su información de salud.

**Comunicación con la familia:** Podemos divulgar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información de salud relevante para la participación de esa persona en su atención. Le pediremos que ponga por escrito qué miembros de la familia, etc. desea tener acceso a información sobre su tratamiento y atención.

**Investigación:** De conformidad con la ley aplicable, podemos divulgar información a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su información de salud.

**Director de funerales, forense y médico forense:** De conformidad con la ley aplicable, podemos divulgar información de salud a directores de funerarias, médicos forenses y examinadores médicos para ayudarlos a llevar a cabo sus funciones.

**Organizaciones de obtención de órganos:** De conformidad con la ley aplicable, podemos divulgar información de salud a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos con el propósito de donación y trasplante de tejidos.

**Administración de Alimentos y Drogas:** Podemos divulgar a la FDA información de salud relacionada con eventos adversos, defectos del producto o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir el retiro, reparación o reemplazo del producto.

**Salud pública:** Según lo exige la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, incluido el abuso y negligencia infantil.

**Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:** Podemos divulgar su información de salud a agencias gubernamentales apropiadas, como agencias de protección social o de servicios para adultos, si creemos razonablemente que es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Supervisión de salud:** Para supervisar el sistema de atención médica, los programas de beneficios del gobierno, las entidades sujetas a la regulación gubernamental y las leyes de derechos civiles para las cuales la información de salud es necesaria para determinar el cumplimiento, podemos divulgar su información de salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley, como auditorías y leyes civiles, investigaciones administrativas o penales.

**Procedimiento judicial:** Podemos divulgar su información de salud en respuesta a solicitudes realizadas durante procedimientos judiciales y administrativos, como órdenes judiciales o citaciones.

**Cumplimiento de la ley:** Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su información de salud a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Estas circunstancias incluyen informes requeridos por ciertas leyes (como el informe de ciertos tipos de heridas), de conformidad con ciertas citaciones u órdenes judiciales, informes de información limitada sobre identificación y ubicación a pedido de un oficial de la ley, informes sobre presuntas víctimas de delitos a solicitud de un oficial de la ley, que informa de muertes, crímenes en nuestras instalaciones y crímenes en emergencias.

**Reclusos:** Si es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al oficial de la ley. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

**Amenazas a la salud o seguridad públicas:** Podemos divulgar o usar información de salud cuando creemos de buena fe, de acuerdo con los estándares éticos y legales, que es necesario prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente o es necesario identificar o detener a un individuo.

**Funciones gubernamentales especializadas:** Sujeto a ciertos requisitos, podemos divulgar o usar información de salud para personal militar y veteranos, para actividades de seguridad nacional e inteligencia, para servicios de protección para el Presidente y otros, para determinaciones de idoneidad médica para el Departamento de Estado, para instituciones correccionales y otras leyes situaciones de custodia de cumplimiento y para programas gubernamentales que proporcionan beneficios públicos.

**Compensación de trabajadores:** Podemos divulgar información de salud cuando esté autorizado y sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares.

**Otros usos:** (1) Recordatorios de citas: Nuestra práctica es hacer un esfuerzo razonable para comunicarnos con usted para recordarle su próxima cita. Esto se hará dejando un mensaje genérico en casa o en el trabajo o en su contestador automático, si no podemos comunicarnos con usted en persona. (2) Avisos de retiro: Nuestra práctica es enviar avisos de retiro para notificarle que es hora de un examen. Hacemos esto enviando postales con un mensaje genérico. (3) Notificación de resultados: si los resultados de su laboratorio, los informes de radiología o cualquier otro informe regresan, el personal tratará de comunicarse con usted por persona o, de lo contrario, dejará un mensaje en su contestador automático en el que se indicarán sus resultados. Si ha firmado una autorización para dejar resultados en su contestador automático, el personal lo hará. (3) Describirle o recomendarle alternativas de tratamiento.

(4) Brindar información sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Prohibición de otros usos o divulgaciones:** No podemos hacer ningún otro uso o divulgación de su información personal de salud sin su autorización por escrito. Una vez otorgada, puede revocar la autorización escribiendo a la persona de contacto escrita a continuación.

Es comprensible que no podamos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso.

**Derechos individuales:** Usted tiene muchos derechos sobre la confidencialidad de su información de salud. Tienes el derecho:

Para solicitar restricciones en la información de salud que podemos usar y divulgar para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar estas solicitudes. Para solicitar restricciones, envíe una solicitud por escrito a la siguiente dirección.

Para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud sobre usted de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para realizar dicha solicitud, debe escribirnos a la dirección que figura a continuación y decirnos cómo o dónde desea que nos contactemos.

Para inspeccionar u obtener una copia de su información de salud. Debe enviar su solicitud por escrito a la siguiente dirección. Si solicita una copia de su información de salud, podemos cobrarle una tarifa por el costo de la copia, el envío por correo u otros suministros. En ciertas circunstancias, podemos denegar su solicitud de inspeccionar o copiar su información de salud. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de atención médica con licencia revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

Para modificar la información de salud. Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Para solicitar una enmienda, debe escribirnos a la siguiente dirección. También debe darnos una razón para respaldar su solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmendar su información de salud si no está por escrito o no proporciona una razón para respaldar su solicitud. También podemos denegar su solicitud si:

La información no fue creada por nosotros, a menos que la persona que creó la información ya no esté disponible

Para hacer la enmienda, la información no es parte de la información de salud mantenida por o para nosotros, no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar, o es precisa y complete

Para recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud. Debe enviar una solicitud por escrito a la siguiente dirección. No toda la información de salud está sujeta a esta solicitud. Su solicitud debe indicar un período de tiempo, no más de 6 años y no puede incluir fechas anteriores al 24 de marzo de 2003. Su solicitud debe indicar cómo desea recibir el informe (en papel, electrónicamente). La primera contabilidad que solicite dentro de un período de 12 meses es gratuita. Para contabilidad adicional, podemos cobrarle el costo de proporcionar la contabilidad. Le notificaremos este costo y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en cargos.

Para recibir una copia impresa de este Aviso a pedido, puede recoger una copia de este o enviar una solicitud por escrito a la dirección a continuación. Todas las solicitudes para restringir el uso de su información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, para inspeccionar y copiar información de salud, para modificar su información de salud o para recibir un informe de divulgaciones de información de salud deben hacerse por escrito al contacto persona enumerada a continuación.

**Quejas:** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja a nuestro oficial de privacidad en la dirección que se indica a continuación. Para fines de documentación, todas las quejas deben hacerse por escrito. También puede presentar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**Persona de contacto:** Para todas las preguntas, solicitudes o para obtener más información relacionada con la privacidad de su salud, comuníquese con el oficial de privacidad en:

**Esteban N. Berberian, MD PA**  
P.O. Box 1939  
Channelview, TX 77530  
**ATTENTION: PRIVACY OFFICER**

### **Cambios a este aviso Single**

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y aplicar las prácticas revisadas a la información de salud sobre usted que ya tenemos. Cualquier revisión de nuestras prácticas de privacidad se describirá en un Aviso revisado que se publicará de manera destacada en nuestras instalaciones..

**Fecha de entrada en vigencia del aviso: 15 de octubre de 2019**



# Esteban N. Berberian, M.D.

13111 East Freeway Suite 106  
Houston, Texas 77015

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE PARA TODOS LOS PACIENTES:

El día de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_ Seguridad Social # \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

### DIRECCIÓN:

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

*Ciudad*

*Estado*

*Código Postal*

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Apartado/a

### PADRE, ESPOSO O PARTE RESPONSABLE (si es diferente del paciente)

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

*Ciudad*

*Estado*

*Código Postal*

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### COBERTURA DE SEGURO - PRIMARIO:

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Dirección del centro de reclamos: \_\_\_\_\_

*Ciudad*

*Estado*

*Código Postal*

Nombre del titular de la póliza (asegurado): \_\_\_\_\_

Titular de la póliza (asegurado) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo:  M  F

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del grupo o #: \_\_\_\_\_

Tipo de póliza:  HMO  PPO  POS  OTRO

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

*Ciudad*

*Estado*

*Código Postal*

Si el paciente es niño, seleccione relación:  Madre  Padre

Otro \_\_\_\_\_

Paciente :

Años :

Fecha :

**COBERTURA DE SEGURO - SECUNDARIO:**

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Dirección del centro de reclamos: \_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código Postal*

Nombre del titular de la póliza (asegurado): \_\_\_\_\_

Titular de la póliza (asegurado) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del grupo o #: \_\_\_\_\_

Tipo de póliza:  HMO  PPO  POS  OTHER

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_  
*Ciudad Estado Código Postal*

Si el paciente es niño, seleccione relación:  Madre  Padre

Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:**

En caso de emergencia, ¿a quién se debe notificar?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (día): ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono (noche): ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento?  SI  NO en caso afirmativo, por favor enumere:

\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:**

¿Le da permiso a nuestra oficina para discutir su información médica con miembros de la familia?

SI  NO En caso afirmativo, proporcione sus nombres y números de teléfono a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (día): ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono (noche): ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (día): ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono (noche): ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (día): ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono (noche): ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Años :** \_\_\_\_\_

**Fecha :** \_\_\_\_\_

### **RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

Mi firma a continuación indica que he recibido y / o revisado una copia del Aviso de usos y divulgaciones de información médica protegida de mi médico (Aviso de prácticas de privacidad). Me dieron la opción de firmar un formulario de consentimiento del paciente por separado.

Firma del paciente o parte responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **RECIBO DE LA POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE:**

Mi firma a continuación indica que he recibido y / o revisado una copia de la Política de Responsabilidades Financieras del Paciente de mi médico.

Firma del paciente o parte responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN**

Yo, el abajo firmante, tengo un seguro con \_\_\_\_\_ y asigno directamente al Dr. Esteban N. Berberian, todos los beneficios médicos, si los hay, que de otra manera me serán pagables por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por mi seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos mis envíos de seguros.

Firma del asegurado / tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **AUTORIZACIÓN DE MEDICARE**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre al Dr. Esteban N. Berberian por cualquier servicio que me brinde el Doctor. Autorizo al titular de la información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiación de la Atención Médica y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica "otro seguro de salud" en el ítem 9 del formulario HCFA-1500 o en otros formularios de reclamo aprobados o reclamos enviados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información al asegurador o agencia que se muestra. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acepta aceptar la determinación del cargo del proveedor de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable solo del deducible, el coseguro y el servicio no cubierto. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo al proveedor de Medicare.

Firma del beneficiario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO**

Habiendo venido a Esteban N. Berberian, MD PA para evaluación o tratamiento, yo (o un representante autorizado en mi nombre) consiento y autorizo a Esteban N. Berberian, MD PA y otros miembros del personal involucrados en mi atención a administrar dichos procedimientos de diagnóstico, tratamiento o ambos, según lo consideren aconsejable para mantener mi salud y para evaluar y evaluar y tratar mi lesión o enfermedad. Entiendo que el proveedor responsable de mi cuidado tiene la responsabilidad de explicarme el propósito, los beneficios y los riesgos más comunes involucrados en el diagnóstico y el tratamiento de mi enfermedad o lesión, así como los cursos de tratamiento alternativos disponibles, y entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier examen, prueba o tratamiento sugerido.

Derecho a rechazar el tratamiento: al dar mi consentimiento general para el tratamiento, entiendo que me reservo el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento en particular recomendado o considerado médicamente necesario por mis proveedores de atención médica individuales. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados de mi evaluación y / o tratamiento.

Paciente / Otra persona legalmente responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



# Esteban N. Berberian, M.D.

13111 East Freeway Suite 106  
Houston, Texas 77015

VISITA INICIAL : 20\_\_

|                                   |                             |                                |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>Paciente :</b> _____           | <b>Años :</b> _____         | <b>Fecha:</b> _____            |
| <b>Fecha de nacimiento:</b> _____ | <b>Referido por :</b> _____ | <b>Doctor anterior :</b> _____ |

CC: \_\_\_\_\_

H.P.I.

### Reacción a medicinas:

- Penicilina / Sulfa  Aspirina
- Codeína
- Otro \_\_\_\_\_

### Alergias Ambientales:

- Comida  Insectos
- Plantas  Animales
- Látex
- Otro \_\_\_\_\_

### Medicamentos:

(Incluir sin receta)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_

### Vacunas:

- Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- Influenza (gripe) \_\_\_\_\_
  - Neumonía \_\_\_\_\_
  - Hepatitis \_\_\_\_\_
  - Tétanos \_\_\_\_\_
  - Otro \_\_\_\_\_

### Hospitalizaciones:

- Mes/Año: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Cirugías:

- Apendicectomía  Vesícula biliar
- Histerectomía  Catarata
- Corazón  Para perder peso
- Otro \_\_\_\_\_

### Lesiones:

- Huesos rotos  Esguinces
- Luxaciones  Corte / laceraciones
- Otro \_\_\_\_\_

### Transfusiones:

- Sí  No

### Historia familiar:

Compruebe si el pariente tenía alguno de estos:

- Presión alta  Enfermedad cardíaca
- Colesterol alto  Enfisema
- Diabetes  Migrañas
- Embolia  Asma
- Cáncer  Asma
- Otro \_\_\_\_\_

### Hábitos:

- Beber café / refresco
- Fumador \_\_\_ paquetes / día durante \_\_\_ años
- Actualmente fumando \_\_\_ paquetes / día
- Dejó de fumar \_\_\_ hace
- Mascar tabaco
- Beber alcohol \_\_\_ vasos / día
- Uso de drogas
- Uso de drogas intravenosas

### Historia social:

- Estado civil:
- Soltero  Casado
  - Viudo  Divorciado
  - Separado
- El mas alto nivel de educación:
- Primaria  Secundaria
  - A.A./A.S./Técnico  Grados

- Ocupación: \_\_\_\_\_
- Necesita asistencia diaria con:
- Bañarse  Vestirse
  - Aseo  Alimentación
  - Medicación  Transporte
  - Otro \_\_\_\_\_

Sexualmente activo:  Sí  No

Hace ejercicio regularmente  Sí  No

### Historia obstétrica:

- \_\_\_\_\_ Edad del primer ciclo menstrual
- \_\_\_\_\_ Número de embarazos
- \_\_\_\_\_ Número de partos vaginales normales
- \_\_\_\_\_ Número de cesáreas
- \_\_\_\_\_ Edad de inicio de la menopausia

### Historial medico personal:

Alguna vez has tenido:

(Marque todo lo que corresponda)

- Presión alta  Glaucoma
- Enfermedad del corazón
- Problemas de la piel
- Diabetes  Cáncer
- Colesterol alto  VIH/SIDA
- Asma  Tuberculosis
- Problema de vejiga  Bronquitis  Fiebre reumática  Enfisema
- Úlcera péptica / reflujo
- Neumonía
- Colitis / enfermedad intestinal  Varicela
- Hepatitis  Sarampión
- Problemas de riñones
- Problemas de tiroides  Gonorrea
- Anemia  Sífilis
- Artritis / gota  Tos ferina
- Problemas de espalda  Escarlatina
- Polio / meningitis  Migrañas
- Infertilidad  Convulsiones
- Carrera  Vesícula biliar
- Envenenamiento  Depresión
- enfermedad mental
- Otro \_\_\_\_\_

### Pruebas previas:

- | Examen  | Fecha                                    |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> EKG                      | _____ <input type="checkbox"/> PSA _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiografía              | _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Papanicolaou             | _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo       | _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Mamografía               | _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Heces para sangre oculta | _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia             | _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Otro                     | _____                                    |

Paciente: \_\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Revisión de sistemas

### Constitucional

- Fiebre
- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Pérdida de apetito
- sudores nocturnos

### Cabeza / Ojos

- Dolores de cabeza
- Lesión en la cabeza
- Visión borrosa
- Cataratas
- Gafas / contactos

### Oído/Nariz/Garganta

- Dolor de oído / lesión
- Pérdida de audición
- Zumbido constante en el oído / s
- mareos
- Congestión nasal
- La nariz sangra
- Dolor de garganta
- Dentaduras
- Cavidades
- hinchazón / irritación de las encías

### Cardiorrespiratorio

- Dolor / presión en el pecho
- Palpitaciones
- Mareo
- Falta de aliento al acostarse

- Apagón / desmayo
- hinchazón de las piernas
- tos
- Falta de aliento
- Sibilancias
- Tosiendo sangre

### Gastrointestinal

- Problemas para tragar
- náuseas
- Vómitos
- Vómitos de sangre
- Acidez estomacal
- dolor abdominal
- Diarrea
- Estreñimiento
- Heces oscuras (heces)
- Sangre roja en las heces
- hemorroides
- ictericia
- Heces pálidas (heces)
- Hinchazón en el abdomen

### Genitourinaria

- micción dolorosa
- Urgencia repentina de orinar
- micción frecuente
- Dificultad para comenzar a orinar
- Infecciones frecuentes del tracto urinario

- Incontinencia
- Sangre en orina
- cálculos renales
- Problemas de próstata

### Ginecológica

- dolor pélvico
- Problemas menstruales
- Secreción vaginal
- Periodos perdidos
- Sensibilidad mamaria
- Secreción mamaria
- Bulto en el seno
- Menopausia
- Reemplazo hormonal

### Musculoesquelético

- Dolor articular
- hinchazón articular
- Enrojecimiento en las articulaciones
- Dolor de espalda / rigidez
- dolor de mandíbula

### Endocrina

- Intolerancia al calor
- intolerancia al frío
- Sed excesiva
- Hambre excesiva
- Volumen excesivo al orinar
- Glándulas inflamadas en el cuello

### Neurológica

- Debilidad
- Entumecimiento
- hormigueo
- temblores
- Dificultad con la memoria
- Ronquidos
- Somnolencia diurna
- Dolores de cabeza matutinos
- Convulsiones

### Psiquiátrica

- Ansiedad
- Tensión nerviosa
- Sentimientos de depresión
- pensamientos suicidas
- Hechizos de llanto
- Ira incontrolable
- Actualmente recibe tratamiento psiquiátrico
- Dificultad para conciliar el sueño
- Dificultad para quedarse dormido

### Integumentaria

- erupción cutánea
- Ampollas
- Pie de atleta
- hongo de la uña del pie
- Hongo de uña
- Pérdida de cabello
- Acné

## Información adicional / Notas para el paciente:

---

---

---

---

---

---

---

---