

# StDavid's HEART & VASCULAR

## Formulario de Registro para el Paciente

(Por favor escriba con letra de molde o de imprenta)

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

*Cuál es su número preferido:*

Número de Teléfono de Casa: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_  Número de Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Número de Teléfono Móvil: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Raza/Etnia: \_\_\_\_\_

Contacto en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Primario: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Número de Teléfono Secundario: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Médico de Cabecera o Primario: \_\_\_\_\_ Médico que nos Recomendó: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación/Profesión: \_\_\_\_\_

Dirección Laboral: \_\_\_\_\_ Número de Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Plan Médico

Su(s) tarjeta(s) de plan médico o prueba de tener un plan médico vigente debe ser presentada al momento del servicio.

**Nombre del Plan Médico Principal o Primario:** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Beneficiario:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Beneficiario:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre del Plan Médico Secundario:** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Beneficiario:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Beneficiario:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre del Plan Médico Terciario:** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Beneficiario:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento del Beneficiario:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Asignación y Autorización de Beneficios para Pacientes con Plan Médico

Por este medio asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los cuales tengo derecho incluyendo Medicare, plan médico privado y otros planes médicos a St. David's Heart & Vascular, PLLC. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos, pagos compartidos (co-insurance y copay en inglés) y deducibles. Yo autorizo la divulgación de porciones de mi récord médico al grado que sea necesario para determinar mis beneficios, obtener pagos y reembolso. Yo autorizo a que hagan reclamos a mi plan médico y a que mi plan decida asignar mis beneficios.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Persona que lo representa**

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

### \*\*\*Reconocimiento Financiero para Pacientes sin Plan Médico\*\*\*

A aquellos pacientes que no estén cubiertos por un plan médico, se les espera pagar el monto completo al momento del servicio. Yo acepto que soy responsable financieramente por todos los cargos incurridos durante mi visita o servicio obtenido.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Persona que lo representa**

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

# StDavid's HEART & VASCULAR

## CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE

### Consentimiento General informado para Cuidado y Tratamiento Médico

**PARA EL PACIENTE:** *Usted tiene derecho como paciente a ser informado acerca de su condición médica, tratamiento y/o procedimientos quirúrgicos recomendados para que así usted pueda tomar la decisión de someterse o no al tratamiento después de conocer los riesgos y peligros envueltos. En este momento, no se le ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este consentimiento es simplemente para obtener su permiso para llevar a cabo la evaluación necesaria para determinar el tratamiento y/o el procedimiento adecuado según su condición médica. Este consentimiento estará vigente hasta que usted lo anule de forma escrita.*

Mediante este consentimiento usted nos autoriza a realizar exámenes médicos, análisis y tratamientos necesarios. Con su firma a continuación usted indica que (1) reconoce que este consentimiento es de carácter continuo después de haber obtenido un diagnóstico médico específico y de haber recibido una recomendación de tratamiento; y (2) acepta someterse al tratamiento en este consultorio u otro consultorio de nuestra propiedad.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento médico con su doctor acerca del propósito, riesgos y beneficios de cualquier examen ordenado. Por favor, no dude en consultar con su médico si usted tiene preguntas e inquietudes acerca de cualquier tratamiento y examen médico recomendado. Usted tiene el derecho de interrumpir nuestros servicios en cualquier momento.

Yo, voluntariamente pido a un doctor de St. David's Heart & Vascular, proveedor de nivel medio o secundario como enfermera avanzada o especializada (NP por sus siglas en ingles), asistente certificado para trabajar como doctor (PA por sus siglas en inglés), enfermera clínica y a otros proveedores o asistentes médicos según sea necesario para llevar a cabo mi tratamiento, pruebas o exámenes médicos por la condición médica que me ha traído a St. David's Heart & Vascular, PLLC. Yo entiendo que si se me recomienda realizar pruebas o exámenes adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me será pedido leer y firmar otro documento donde daré mi consentimiento antes de llevar a cabo dichas pruebas o procedimientos.

Certifico que he leído y entendido en totalidad las declaraciones anteriores; y que doy mi consentimiento en su totalidad y voluntariamente a todo su contenido.

---

**Firma del Paciente o Persona que lo Representa**

---

**Fecha**

---

**Nombre en Letra de Molde del Paciente o Representante**

---

**Parentesco**

---

**Nombre en Letra de Molde del Testigo del Empleado**

---

**Título Laboral del Empleado**

---

**Firma del Testigo del Empleado**

---

**Fecha**

# St David's HEART & VASCULAR

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

PARA ST. DAVID'S HEART AND VASCULAR

Enviar Fax al (512) 407-1941

HISTORIAL MÉDICO SOLICITADO A INSTITUCIÓN O DOCTOR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo la divulgación de cualquier información de mi expediente médico como estime St. David's Heart and Vascular para mi cuidado cardiológico. Entiendo que esta información divulgada puede contener exámenes o pruebas médicas, diagnósticos y/o tratamiento para el VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, desórdenes psiquiátricos o mentales, abuso de drogas y/o de alcohol. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar dicho documento. Yo entiendo que el trato que recibo de Austin no cambiará si me niego a firmar esta autorización.

Información a ser divulgada:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Exámenes Físicos         | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso Médico | <input type="checkbox"/> Informa de Alta Médica                           |
| <input type="checkbox"/> Consultas Médicas        | <input type="checkbox"/> Informes Operativos      | <input type="checkbox"/> Reportes de Cateterizaciones Cardíacas           |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de Esfuerzo      | <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas      | <input type="checkbox"/> Monitores Holter/ Monitores de Eventos Cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorios | <input type="checkbox"/> Radiografía del Pecho    | <input type="checkbox"/> Radiología                                       |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiogramas          | <input type="checkbox"/> Escáner Nuclear          | <input type="checkbox"/> Reportes Vasculares                              |
| <input type="checkbox"/> Polisomnografía          | <input type="checkbox"/> Estudio del Sueño        | <input type="checkbox"/> Procedimientos Electrofisiólogos                 |

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Especifique Fecha del Servicio: \_\_\_\_\_

\*Nota: Si no especifica la fecha, se solicitará la información más reciente disponible en su expediente médico.

Esta autorización no vence. Se puede revocar pero no retroactivamente en historial médico ya recibidos de buena fe.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/ Tutor Legal/ Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

# StDavid's HEART & VASCULAR

## FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, SEGÚN LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

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

### Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio.

\_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio, que describe las formas en que el consultorio/la clínica podrá usar y divulgar mi información de atención médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad designado en el aviso si tengo alguna pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el prestador o por sus socios comerciales. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los propósitos descritos en el Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio.

### Divulgación a amigos y/o miembros de la familia

**¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA O A OTRA PERSONA CON QUIEN EL PRESTADOR PODRÁ ANALIZAR SU AFECCIÓN MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿A QUIÉN?**

Doy permiso para que mi información protegida de salud sea divulgada con el propósito de comunicar resultados, conclusiones y decisiones de atención a los miembros de la familia y a otras personas que se indican a continuación:

	Nombre	Vínculo	Número de contacto
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica, y tal revocación o modificación deberá hacerse por escrito.

### Consentimiento para fotografiar o realizar otras grabaciones para operaciones de seguridad y/o atención médica

**Brindo mi consentimiento** \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) para que se tomen fotografías, se realicen grabaciones digitales o de audio, o para que se registren imágenes de mi persona por razones de seguridad, de atención al paciente y/o por razones de operaciones de atención médica del consultorio/la clínica (por ejemplo, actividades de mejora de calidad). Entiendo que la clínica conservará los derechos de propiedad de las imágenes o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a o copias de las imágenes y/o grabaciones cuando sea tecnológicamente factible, a menos que esté prohibido por ley. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones serán protegidas y guardadas de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que estoy identificado no serán divulgadas ni utilizadas sin una autorización específica por escrito mía o de mi representante legal, a menos que esté de otro modo permitido o sea exigido por ley.

**-O-**

**No brindo mi consentimiento** \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) para que se tomen fotografías, se realicen grabaciones digitales o de audio, ni para que se registren imágenes de mi persona por razones de seguridad, de atención al paciente o de operaciones de atención médica del consultorio/la clínica (por ejemplo, actividades de mejora de calidad).

### Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensajes de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica:

Queremos estar conectados con nuestros pacientes. Los pacientes de nuestro consultorio/nuestra clínica podrán ser contactados por correo electrónico, llamadas a su teléfono celular (incluidos mensajes pregrabados/de voz artificial y/o llamadas de un dispositivo de marcación automática) y/o mensajes de texto para confirmar una cita, para recibir comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para recibir recordatorios/información general sobre salud. Si en algún momento, usted proporciona una dirección de correo electrónico, un número de teléfono celular, una dirección o un número para mensajes de texto, a continuación, usted entiende que podrá recibir estas comunicaciones del consultorio/de la clínica. Usted podrá rechazar estas comunicaciones en cualquier momento (consultar la página siguiente). El consultorio/la clínica no cobra por este servicio, pero se podrán aplicar las tarifas de mensajes de texto estándar o de minutos de teléfono celular, según los brinde su plan inalámbrico (comuníquese con su proveedor para conocer planes y detalles sobre precios).

**Autorizo** para recibir mensajes de texto con recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud en general es y **el número de teléfono celular que es** \_\_\_\_\_.

**Autorizo** para recibir mensajes de correo electrónico con recordatorios de citas y recordatorios/comentarios/información general sobre salud y **el correo electrónico que es** \_\_\_\_\_.

**-O-**

**No acepto** \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación por mensajes de texto.

**No acepto** \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación a través de llamadas al teléfono celular.

**No acepto** \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación por correo electrónico.

**Nota: Esta clínica usa una Historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que usted acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su conveniencia en todas nuestras clínicas afiliadas que compartan una historia clínica electrónica con la que usted esté relacionado.**

**Divulgación de información.**

Por medio del presente, permito que el consultorio/la clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica relativa a servicios anteriores prestados por otros prestadores afiliados a HCA podrá ponerse a disposición de posteriores prestadores afiliados a HCA para coordinar la atención. La información de atención médica podrá ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable de realizar pagos en nombre del paciente, con el fin de verificar la cobertura o aclarar preguntas acerca de los pagos, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser divulgada a la persona designada por mi empleador cuando los servicios prestados estén relacionados con una reclamación de indemnización por accidente de trabajo.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de la información de atención médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o compañías aseguradoras para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal apropiada para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, antecedentes y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso del médico, notas del enfermero, consultas, informes psicológicos y/o psiquiátricos, tratamientos por abuso de drogas y alcohol, y resúmenes de alta médica.
- Las leyes federales y estatales podrán permitir que este centro participe en organizaciones con otros prestadores de atención médica, compañías aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas, para que estas personas y entidades compartan mi información de atención médica entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, mejorar la exactitud y aumentar la disponibilidad de mis historias clínicas, disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información, agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad, y otros propósitos permitidos por ley. Entiendo que este centro podrá ser miembro de una o más de tales organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, afecciones de discapacidad intelectual, información genética, afecciones de dependencia química o enfermedades infecciosas incluidas, entre otras, enfermedades de transmisión sanguínea, tales como VIH y SIDA.

Firma del paciente/padre/tutor/representante del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (en letra imprenta) del paciente/padre/tutor/representante del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



**Solo si ha brindado previamente su consentimiento para recibir comunicación por mensaje de texto/llamada a teléfono celular/correo electrónico y desea retirar el consentimiento Rechazo/Revocación de comunicaciones por correo electrónico y/o mensajes de texto o llamadas a teléfono celular. En otras palabras, no deseo que mi dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil se sigan utilizando para las comunicaciones mencionadas anteriormente.**

\_\_\_ Por el presente, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios e información médica en general por **mensajes de texto.**

\_\_\_ Por este medio, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios e información médica en general mediante **llamadas a teléfono celular.**

\_\_\_ Por el presente, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios y salud en general a través de **correo electrónico.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/representante del paciente: \_\_\_\_\_

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

# StDavid's HEART & VASCULAR

POR FAVOR COMPLETE LA FORMA ENTERA SI HAN PASADO MAS DE TRES AÑOS DESDE SU ÚLTIMA VISITA. POR FAVOR ACTUALICE LAS ÁREAS QUE HAN HABIDO CAMBIOS SI HAN PASADO MENOS DE TRES AÑOS DESDE SU ÚLTIMA VISITA.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de Visita \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_

Sexo  Femenino  Masculino Médico Primario o de Cabecera \_\_\_\_\_

¿USTED TIENE UN TESTAMENTO VITAL O UNA CARTA PODER PATA ATENCIÓN MÉDICA?  SÍ  NO  
¿USTED SE HE PUESTO LA VACUNA CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL?  SÍ  NO FECHA \_\_\_\_\_  
¿USTED SE HA PUESTO LA VACUNA CONTRA LA PULMONÍA?  SÍ  NO FECHA \_\_\_\_\_

.....

Por favor marque cualquier cosa qua halla sido diagnosticado:

## SU HISTORIAL MÉDICO

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Aneurisma Aortica             | <input type="radio"/> Enfermedad de las arterias carótidas  | <input type="radio"/> Enfermedad del riñón           |
| <input type="radio"/> Fibrilación auricular         | <input type="radio"/> Insuficiencia cardíaca                | <input type="radio"/> Ataque al corazón              |
| <input type="radio"/> Anemia                        | <input type="radio"/> Trastornos de la coagulación          | <input type="radio"/> Enfermedad arterial periférica |
| <input type="radio"/> Angina de pecho               | <input type="radio"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="radio"/> Apnea del sueño                |
| <input type="radio"/> Alteración del ritmo cardiaco | <input type="radio"/> Diabetes                              | <input type="radio"/> Derrame cerebral/AIT           |
| <input type="radio"/> Asma                          | <input type="radio"/> Soplo cardíaco                        | <input type="radio"/> Desmayo                        |
| <input type="radio"/> Cáncer                        | <input type="radio"/> Colesterol alto                       | <input type="radio"/> Enfermedad de tiroides         |
| <input type="radio"/> Miocardiopatía                | <input type="radio"/> Presión arterial alta                 | <input type="radio"/> Venas varicosas                |

## ENFERMEDADES HISTORIALES

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Ansiedad                         | <input type="radio"/> Moretones o sangrado fácil       | <input type="radio"/> Flebitis o inflamación |
| <input type="radio"/> Artritis                         | <input type="radio"/> VIH/SIDA                         | <input type="radio"/> Fiebre reumática       |
| <input type="radio"/> Coágulos en las venas o pulmones | <input type="radio"/> Problemas del hígado o hepatitis | <input type="radio"/> Úlceras estomacales    |
| <input type="radio"/> EPOC/Enfisema pulmonar           | <input type="radio"/> Menopausia                       | <input type="radio"/> Tuberculosis           |
| <input type="radio"/> Depresión                        | <input type="radio"/> _____                            | <input type="radio"/> _____                  |
| <input type="radio"/> _____                            |  |  |

**CIRUGÍAS CARDÍACAS ANTERIORES**

- Reparación de AAA
- Ablación cardíaca
- Reparación de DSA
- Bypass coronaria
- Cateterización cardíaca
- Cardioversión
- Stent carotideo
- Stent coronario
- DCI
- LARIAT
- Marcapasos
- Stent periférico
- La reparación o reemplazo de la válvula

**OTRA HISTORIA QUIRÚRGICA**

- Apendectomía
- Liberación del túnel carpiano
- Catarata
- Cesárea
- \_\_\_\_\_
- Reparación de la fractura
- Vesícula biliar
- Reemplazo de cadera
- Histerectomía
- \_\_\_\_\_
- Reemplazo de rodilla
- Cirugía de rodilla
- Amigdalectomía
- Vasectomía o ligadura de trompas

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR**

<i>Relación</i>	<i>Viva o muerta</i>	<i>Alteración del ritmo cardíaco</i>	<i>Enfermedad de las arterias coronarias</i>	<i>Trastornos de la coagulación</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Ataque al corazón</i>	<i>Enfermedad del corazón</i>	<i>Insuficiencia cardíaca</i>	<i>Colesterol alto</i>	<i>Presión arterial alta</i>	<i>Derrame cerebral/AIT</i>	<i>Muerte cardíaca súbita</i>	<i>Venas varicosas</i>	<i>Insuficiencia venosa</i>
Madre														
Padre														
Hermana														
Hermano														
Tía materna														
Tío materno														
Tía paterna														
Tío paterno														
Abuela materna														
Abuelo materno														
Abuela paterna														
Abuelo paterno														

- Adoptado
- historial familiar desconocido

## HISTORIA SOCIAL

¿Consumo de alcohol incluyendo cerveza?  Sí  No

¿Cuántas bebidas toma por semana? \_\_\_\_\_ vasos de vino  
\_\_\_\_\_ latas de cerveza  
\_\_\_\_\_ tragos de licor  
\_\_\_\_\_ bebidas mezcladas

¿Ha utilizado drogas ilegales o ha abusado medicamentos?  Sí  No

¿En caso afirmativo, el cual? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Fuma usted?  Nunca  Ex fumador, ponga la fecha \_\_\_\_\_  Actual fumador

¿Años fumando? \_\_\_\_\_ ¿Paquetes por día? \_\_\_\_\_

¿Actualmente utiliza el tabaco sin humo?  Nunca  Ponga la fecha \_\_\_\_\_  Usuario actual

Si fuma, ¿estás listo para dejar de fumar?  Sí  No

¿Hace ejercicio regularmente?  Sí  No

¿Bebe usted cafeína?  Sí  No

## ALERGIAS

¿Alguna vez ha tenido reacción al contraste de rayos x?  Sí  No

¿Es alérgico al yodo o mariscos?  Sí  No

¿Tiene alergias a medicamentos?  Sí  No

En caso afirmativo, escriba el nombre de la medicina \_\_\_\_\_

---

---



# StDavid's HEART & VASCULAR

## Lista de Medicamentos

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor incluya los medicamentos con receta médica y medicamentos sin receta. También incluya medicinas herbales y vitaminas. **Por favor actualice esta lista de medicamentos antes de su cita y tráigala consigo a cada visita.**

	Medicamento	Dosis	Frecuencia
Ex	Metoprolol tartrate	25 mg	Dos veces al día
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

# StDavid's HEART & VASCULAR

## REVISIÓN DE SISTEMAS CLINICOS Por favor marque lo que corresponda o aplique

### General

- Perdida de apetito
- Escalofríos
- Fiebre
- Debilidad generalizada
- Malestar/Fatiga
- Sudores nocturnos
- Aumento de peso
- Perdida de peso

### Ojos

- Visión borrosa
- Visión doble
- Perdida de visión

### Respiratorio

- Tos
- Tosiendo sangre
- Faltade aliento
- Trastornos del sueño debido a la respiración
- Ronquidos
- Chillido/Respirar con dificultad
- Dispositivo de soporte respiratorio

### Piel

- Enrojecimiento
- Mala cicatrización de heridas
- Erupción o sarpullido

### Oídos/Nariz/Garganta

- Congestión
- Dolor de cabeza
- Perdida de la audición
- Ronquera
- Hemorragias nasales
- Dolor de garganta
- Zumbido en los oídos

### Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Dolor de pierna al caminar
- Coloración azulada a la piel
- Dificultad para respirar al hacer esfuerzos
- Latidos del corazón irregular
- Inflamación de las piernas
- Aturdimiento
- Dificultad para respirar al estar acostado
- Palpitaciones
- Despertar falta de aliento
- Desmayo

### Endocrino

- Intolerancia del frio
- Intolerancia del calor
- Sed excesiva
- Hambre excesiva
- Orina excesiva

### Musculoskeletal

- Dolor de espalda
- Caídas
- Dolor de articulaciones
- Hinchazon de los articulaciones
- Calambres musculares
- Debilidad muscular

### Hematología

- Sangrado
- Moretones con facilidad/Sangrado

### Gastrointestinal

- Distensión abdominal
- Dolor abdominal
- Anorexia
- El cambio en los hábitos intestinales
- Incontinencia intestinal
- Estreñimiento
- Diarrea
- Dificultad para tragar
- Acidez
- Vómitos de sangre
- Sangre roja brillante en el excremento
- Hemorroides
- Ictericia
- Materia fecal de color negro
- Nausea
- Vomito

### Genitourinario

- Incontinencia de la vejiga
- Disminución de apetito sexual
- Dolor al orinar
- Dolor de costado
- Orina frecuentemente
- Sangre en la orina
- Vacilación al orinar
- Vaciado incompleto de orinar
- Orina excesiva de noche
- Urgencia urinaria

### Neurológico

- Parálisis breve
- Dificultad de concentración
- Perturbación de coordinación
- Somnolencia diurna
- Mareo
- Debilidad en una región del cuerpo
- Aturdimiento
- Perdida de equilibrio
- Entumecimiento
- Convulsiones
- Cambio sensorial
- Temblores

### Psiquiátrico

- Estado mental alterado
- Depresión
- Alucinaciones
- Insomnio
- Perdida de memoria
- Nervioso/Ansiedad
- Abuse de sustancias
- Ideas suicidas

### Alergias

- Alergias ambientales
- Urticaria

# Evaluación de Trastornos del Sueño

## ¿Qué es la apnea del sueño?

La apnea del sueño es uno de los trastornos respiratorios más comunes. Se refiere a una variedad de problemas respiratorios que una persona puede experimentar mientras duerme.

La lista a continuación describe muchos de los síntomas de la apnea del sueño. A menudo su pareja es quien reconoce estos síntomas y el paciente usualmente no está enterado de estas inusuales irregularidades en su respiración mientras duerme. Algunas personas que padecen de la apnea del sueño pueden parar y volver a respirar nuevamente hasta cien veces en una misma noche.

## ¿Cuáles son los Riesgos y Factores Asociados con los Trastornos Respiratorios?

La apnea del sueño y el roncar incrementan el riesgo de padecer de presión arterial alta, insuficiencia cardíaca, derrame cerebral, accidentes de carro, accidentes en el trabajo entre otros efectos y esto se debe a no dormir lo suficiente.

El **80%** de los pacientes con presión arterial alta incontrolable sufren de un trastorno respiratorio del sueño.

El **50%** de los pacientes que padecen de insuficiencia cardíaca sufren de un trastorno respiratorio del sueño.

El **45%** de los pacientes con presión arterial alta sufren de un trastorno respiratorio del sueño.

El **30%** de los pacientes con enfermedades del corazón sufren de un trastorno respiratorio del sueño.

## ¿Cómo se trata el trastorno respiratorio del sueño?

La buena noticia es que el trastorno respiratorio del sueño se puede tratar fácilmente. Hay un sinnúmero de opciones disponibles que pueden mejorar su calidad de vida.

Casi la mitad de los estadounidenses sufren de trastornos respiratorios del sueño. Por favor, llene esta encuesta para ayudar a identificar su factor de riesgo.

- Yo ronco o me han dicho que ronco.
- Me han dicho que paro de respirar cuando duermo o a veces despierto roncando, jadeando o con sofocación.
- Tengo problemas para quedarme dormido(a) durante la noche.
- Me siento fatigado(a) durante el día.
- Me siento con sueño o me quedo dormido(a) a veces durante el día.
- Mi calidad del sueño es pobre y no me siento descansado(a) al despertar.
- He sido diagnosticado(a) con uno de los siguientes: presión arterial alta, fibrilación auricular o insuficiencia cardíaca.

**Número Total de Cuadros Marcados:** \_\_\_\_\_

# StDavid's HEART & VASCULAR

## AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Fecha de entrada en vigor: 23 de septiembre de 2013**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad al marcar el número principal instalación en (512) 206-3600.

En cada ocasión que visite el hospital, médico u otro proveedor de atención médica, se genera un expediente de su visita. Generalmente, este expediente contiene sus síntomas, exploración y resultado de exámenes, diagnósticos, tratamiento, un plan para atención o tratamiento en el futuro e información relacionada con la facturación de sus cuentas. Este aviso aplica para todos los expedientes que se generen en el centro, ya sean generados por el personal del centro, los representantes del mismo o su médico personal. Su médico personal podría tener políticas o avisos diferentes con respecto al uso y divulgación que el médico haga de su información médica generada en el consultorio o clínica del médico.

### **Nuestras responsabilidades:**

Nos encontramos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica, proporcionarle una descripción de nuestras prácticas de privacidad y de notificarle en caso de que ocurra una violación a la información médica protegida que no esté garantizada. Nosotros cumpliremos con los términos de este aviso.

### **Usos y divulgaciones:**

#### **Cómo podemos usar y divulgar información médica sobre usted.**

Las siguientes categorías describen ejemplos de las formas en las que usamos y divulgamos la información médica:

**Para tratamiento:** Nosotros podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamientos o servicios. Nosotros podremos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras(os), personal técnico, estudiantes de medicina u otros integrantes del personal del centro que participen en su atención en el centro. Por ejemplo: es posible que un médico que lo atienda por una pierna rota necesite saber si tiene diabetes, porque esta enfermedad puede hacer que el proceso de curación sea más lento.

Diferentes departamentos de este centro también pueden compartir información médica sobre usted con la finalidad de coordinar diferentes cosas que usted pueda necesitar, tales como prescripciones, trabajo de laboratorio, comidas y rayos X. Nosotros podremos proporcionar a su médico o a un proveedor de servicios de salud copias de varios reportes que podrían ayudarle a brindar el tratamiento después de que le den de alta en este centro.

**Para los pagos:** Nosotros podríamos usar y divulgar la información médica sobre su tratamiento y sus servicios para facturar y cobrar los pagos ya sea a usted, a su aseguradora o a un tercero encargado del pago. Por ejemplo, es posible que necesitemos proporcionar información sobre usted a su aseguradora acerca de su cirugía para que ellos nos paguen o le reembolsen el costo del tratamiento. También podríamos informar a su plan médico acerca del tratamiento que recibirá para determinar si su plan lo cubre o no.

**Para operaciones de atención médica:** Los integrantes del personal médico y/o el equipo de mejoramiento de la calidad podrían usar la información en su expediente médico para evaluar la atención y los resultados de su caso y otros similares. Los resultados entonces se utilizarán para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención para todos los pacientes que atendemos. Por ejemplo, podríamos combinar la información médica de muchos pacientes para evaluar la necesidad de nuevos servicios o tratamiento. Podríamos divulgar la información a los médicos, las enfermeras o los estudiantes de medicina para fines educativos. Y podríamos combinar la información médica que tenemos con aquella de otros centros para ver en dónde podemos mejorar. Podemos eliminar la información que lo identifique de este conjunto de información médica a fin de proteger su privacidad.

**Recaudación de fondos:** Podríamos comunicarnos con usted para recaudar fondos para el centro; sin embargo, usted tiene el derecho a elegir no recibir tales comunicados.

También podríamos usar y divulgar la información médica:

- Para recordarle que tiene una cita para atención médica;
- Para evaluar su satisfacción con nuestros servicios;
- Para comentarle acerca de posibles alternativas de tratamiento;
- Para comentarle acerca de beneficios o servicios relacionados con la salud;
- Para actividades sociales relacionadas con el mejoramiento de la salud o la reducción de costos de atención médica;
- Para llevar a cabo programas de capacitación o evaluar la competencia de los profesionales de atención médica; y
- Para una base de datos de elegibilidad para Medicaid y base de datos de elegibilidad para el Programa de seguro médico para los niños (Children's Health Insurance Program), en caso de ser aplicable.

Al divulgar información, principalmente recordatorios de citas y actividades de facturación/cobranza, podemos dejar mensajes en su máquina contestadora o buzón de voz.

**Socios comerciales:** Existen algunos servicios que se proporcionan en nuestra organización a través de contratos con Socios comerciales. Como ejemplo están los servicios que proporcionen los médicos en el departamento de urgencias y radiología, determinadas pruebas de laboratorio y un servicio de copias que usamos al realizar copias de su expediente médico. Cuando se contraten estos servicios, podríamos divulgar su información médica a nuestros socios comerciales para que ellos puedan realizar el trabajo que les solicitamos y facturarle a usted o al tercero encargado del pago por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información médica, los socios comerciales están obligados por ley federal a salvaguardar su información de manera adecuada.

**Directorio:** Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio del centro mientras usted sea paciente en el mismo. Dicha información puede incluir su nombre, ubicación en el centro, su estado general (p.ej. bueno, estable) y sus afiliaciones religiosas. Esta información puede ser proporcionada a miembros del clero y, excepto por su afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por su nombre. Si quisiera optar por no aparecer en el directorio del centro, por favor pida el Formulario de Exclusión al personal de admisión o al funcionario de privacidad del centro.

**Personas involucradas en su atención o Pago por su atención y/o Propósitos de notificación:** Podemos revelar información médica sobre usted a algún amigo o familiar que participe en su atención médica o que le ayude a pagar por su atención, así como para notificar o ayudar a notificar sobre su ubicación y estado general (lo cual puede incluir su identificación o localización) a un familiar, a su representante personal o a otra persona responsable de su atención. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad que asista en casos de desastre con la finalidad de asistir en la comunicación de este aviso.

**Investigación:** El uso de la información médica es importante para el desarrollo de nuevos conocimientos y el mejoramiento de la atención médica. Podemos usar o divulgar información médica para estudios de investigación, pero únicamente cuando se cumplan todos los requisitos federales y estatales para proteger su privacidad (tales como usar únicamente información que no le identifique siempre que sea posible). Es posible que se comuniquen con usted para preguntarle si desea participar en un estudio de investigación.

**Comunicados futuros:** Podemos comunicarnos con usted por medio de boletines, correos y otros medios con respecto a opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas para el manejo de enfermedades, programas de bienestar, proyectos de investigación u otras iniciativas o actividades comunitarias en las que participe nuestro centro.

**Acuerdo de atención médica organizada:** Este centro y los integrantes del personal médico han organizado y le presentan este documento a manera de notificación conjunta. La información se compartirá en la medida en que sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, los pagos y las operaciones de atención médica. Los médicos y cuidadores pueden tener acceso a la información médica protegida en sus consultorios como material de apoyo para la revisión de tratamientos previos, ya que estos datos podrían afectar el tratamiento actual.

**Entidad afiliada cubierta:** La información médica protegida estará disponible para el personal del centro en centros locales afiliados en caso de ser necesario para llevar a cabo un tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los cuidadores en otros centros podrán tener acceso a la información médica protegida en sus ubicaciones como material de apoyo para la revisión de los tratamientos previos, ya que estos datos podrían afectar el tratamiento actual. Por favor comuníquese con el Funcionario de privacidad del centro para obtener más información acerca de los centros específicos que están incluidos en estas entidades afiliadas cubiertas.

**Intercambio de información médica/Organización regional de información médica:** Es posible que las leyes federales y estatales nos permitan participar en organizaciones junto con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y/u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas con la finalidad de que estas personas y entidades compartan la información médica sobre usted entre ellos a fin de cumplir metas que podrán incluir, entre otras: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de sus expedientes médicos; disminuir el tiempo necesario para tener acceso a su información; añadir y comparar su información con propósitos de mejoramiento de calidad, así como para otros fines permitidos por la ley.

**Según lo exija la ley.** Podríamos divulgar información cuando así lo requiera la ley.

**Según lo permita la ley,** también podríamos usar y divulgar la información médica a los siguientes tipos de entidades, entre otras:

- Administración de Medicamentos y Alimentos (la FDA)
- Autoridades de la Salud Pública o autoridades jurídicas encargadas de la prevención y el control de enfermedades, lesiones o discapacidades
- Prisiones
- Representantes de Compensación a los trabajadores (Workers' Compensation)
- Organizaciones para la donación de órganos y tejidos
- Autoridades del mando militar
- Agentes de supervisión de la salud
- Directores de funerarias y médicos forenses
- Agencias de Seguridad Nacional e Inteligencia
- Servicios de protección para el Presidente y otros servicios similares
- Una persona o personas capaces de prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o la seguridad

**Aplicación de la ley:** Podemos divulgar la información médica a un oficial de la ley para propósitos tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o para reportar un crimen.

**Para procedimientos judiciales o administrativos:** Podemos divulgar información médica protegida según lo permita la ley en relación con procedimientos judiciales o administrativos, por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, orden de cateo o citación.

**Autorización requerida:** Debemos obtener su autorización por escrito para poder usar o divulgar las notas de psicoterapia, usar o divulgar su información médica protegida para propósitos de marketing o para vender su información médica protegida.

**Requisitos específicos de cada estado:** Muchos estados tienen requisitos aplicables a los reportes, los cuales incluyen actividades comunitarias relacionadas con el mejoramiento de la salud o la reducción de costos en la atención médica. Algunos estados tienen leyes de privacidad independientes que podrían contemplar requisitos legales adicionales. Si las leyes de privacidad del estado son más rigurosas que las federales, entonces la ley estatal se antepone a la ley federal.

#### **Sus derechos relacionados con la información médica**

Aunque su expediente médico es propiedad física de los profesionales de la salud o el centro que lo generó, usted tiene

**Derecho a:**

- **Inspeccionar y copiar:** Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica que podrá ser usada para la toma de decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye expedientes médicos y registros de facturación, pero no incluye las notas de psicoterapia. Podríamos rechazar la solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le rechaza el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise el rechazo. Otro profesional de la salud acreditado y seleccionado por el hospital revisará su solicitud y el rechazo. La persona que lleve a cabo la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.
- **Rectificación:** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos una rectificación. Tiene el derecho de solicitar una rectificación durante todo el tiempo que la información se encuentre en nuestro centro. Cualquier solicitud de rectificación debe enviarse por escrito al Funcionario de privacidad del centro. Podríamos rechazar su solicitud de rectificación, y si esto ocurriera, se le informará la razón del rechazo.
- **Un informe de divulgaciones:** Tiene el derecho de solicitar un informe de las divulgaciones. Esto es una lista de ciertas divulgaciones que hacemos de su información médica para propósitos distintos al tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica para las que no se requiere de una autorización.
- **Solicitud de restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación a la información médica que usamos o divulgamos acerca de usted para fines de tratamiento, pagos u otras operaciones de atención médica. También tiene el derecho de solicitar un límite a la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que participe en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no usemos o no divulguemos información acerca de una cirugía que haya tenido. Cualquier solicitud de restricción deberá ser enviada por escrito al Funcionario de privacidad del centro. Estamos obligados a aceptar su solicitud *solo* si 1) excepto cuando la ley establezca lo contrario, la divulgación sea para su plan de seguro médico y el propósito de la restricción está relacionado con el pago o las operaciones de atención médica (y no con el tratamiento), y 2) su información corresponda únicamente a los servicios de atención médica por los que usted ha pagado por completo. **No estamos obligados a aceptar cualquier otra solicitud.** Si estamos aceptamos otras solicitudes, nosotros cumpliremos con su solicitud a menos que la información se necesite para proporcionar un tratamiento de emergencia.
- **Solicitar comunicados confidenciales:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos en cierto modo o en cierta ubicación. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted a su trabajo en vez de en su casa. El centro permitirá solicitudes razonables para comunicados confidenciales en ubicaciones alternas y/o mediante medios alternativos únicamente si la solicitud se presenta por escrito y en ésta se incluye una dirección de correo donde la persona pueda recibir las facturas por los servicios otorgados en el centro y correspondencia relacionada con el pago de los servicios. Por favor, comprenda que nos reservamos el derecho de comunicarnos con usted por otros medio y en otras ubicaciones si usted no responde a cualquier comunicado nuestro que requiera respuesta. Le notificaremos de acuerdo a su solicitud original antes de intentar comunicarnos por otros medios o en otra ubicación.
- **Una copia en papel de este aviso:** Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le proporcionemos una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso por medio electrónico, tiene el derecho de recibir una copia en papel de este aviso. Si el centro tiene un sitio Web, usted puede imprimir o ver una copia de este aviso si hace clic en el enlace "Aviso sobre Prácticas de Privacidad". Para ejercer cualquiera de sus derechos, por favor obtenga los formularios correspondientes del Funcionario de privacidad y envíe su solicitud por escrito.

## MODIFICACIONES A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de hacer modificaciones a este aviso. En esos casos, el aviso modificado entrará en vigor para la información que ya tengamos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso actual se publicará en el centro y en nuestro sitio Web e incluirá la fecha de entrada en vigor. De igual manera, cada vez que usted se registra en el centro o se le admite para brindarle tratamiento o servicios de atención médica como paciente hospitalizado o ambulatorio, le ofreceremos una copia del aviso que esté en vigor en ese momento.

## **QUEJAS**

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en el centro mediante el proceso que se describe en la documentación de los Derechos del Paciente de este centro. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

**No se le sancionará por presentar una queja.**

## **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Otros usos y divulgaciones de la información médica que no estén contenidos en este aviso o que no estén previstos en las leyes que nos rigen, únicamente podrán realizarse sujeto a su autorización por escrito. Si nos otorga su permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca la autorización, ya no usaremos ni divulgaremos la información médica sobre usted por las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted entiende que nosotros no podemos cancelar cualquier divulgación que ya se haya hecho con base en su autorización, y que estamos obligados a conservar nuestros expedientes de la atención que le hemos proporcionado.

- **OFICIAL DE PRIVACIDAD CENTRO DE:** Por favor, marque el número de teléfono a continuación y pregunte por el oficial de privacidad instalación.
- **Número de Teléfono:** (512) 206-3600