



Bienvenidos a Rheumatology Partners of Houston

www.RPHdocs.com

Estimado paciente,

Estamos felices de que nos haya elegido para su atención reumatológica. Nuestro equipo está comprometido a brindarle atención compasiva y experta en un ambiente cómodo y profesional.

Para ayudar a garantizar que su visita transcurra sin problemas, revise la siguiente información importante:

Hora de llegada

1. Pacientes nuevos: Llegue al menos **30 minutos** antes de su cita programada para tener tiempo suficiente para procesar la documentación.
2. Pacientes establecidos: Llegue 15 minutos antes de la hora de su cita.

Para ayudar a acelerar el proceso de registro, le recomendamos encarecidamente que complete su documentación antes de su cita. Esto nos ayudará a atenderlo de manera más eficiente y a mantener los horarios de las citas al día.

Qué llevar

Cuando llegue, esté preparado para presentar:

1. Una forma válida de identificación (como una licencia de conducir vigente)
2. Su tarjeta de seguro

Si su plan de seguro requiere una referencia, debe comunicarse con su médico de atención primaria y pedirle que envíe la referencia a nuestra oficina antes de su cita. Desafortunadamente, es posible que no podamos verlo sin una referencia registrada.

Política de cancelación y no presentación - Entendemos que las circunstancias pueden cambiar, pero tenga en cuenta nuestra política de cancelación:

1. Las citas deben cancelarse con al menos 24 horas de anticipación.
2. Se aplicará un cargo de \$50 por no presentarse a las citas canceladas menos de 24 horas antes de la hora programada o perdidas sin previo aviso. Esta tarifa debe pagarse antes de que se pueda programar su próxima cita.

Aceptamos las siguientes formas de pago:

1. Dinero en efectivo
2. American Express, Visa, MasterCard, Discover
3. Cheques personales

Para obtener detalles adicionales sobre nuestra práctica y servicios, visítenos en www.RPHdocs.com.

Esperamos asociarnos con usted en su viaje de atención médica y le agradecemos que nos confíe su atención.

Rheumatology Partners of Houston



Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Rheumatology Partners of Houston, LLC (RPH) está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a notificarle sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este aviso o si desea obtener más información sobre las prácticas de privacidad de RPH, comuníquese con nosotros al 281-315-8130.

Cómo RPH puede usar o divulgar su información de salud:

RPH recopila información de salud de usted y la almacena en un gráfico y en una computadora. Este es su expediente médico. La historia clínica es propiedad de **RPH**, pero la información de la historia clínica le pertenece a usted. **RPH** protege la privacidad de su información de salud. La ley permite que **RPH** use o divulgue su información de salud para los siguientes propósitos:

1. Tratamiento. Podemos divulgar su información de atención médica a otros profesionales de la salud con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Ejemplo: Revisiones de su expediente por parte de un médico a quien podamos involucrar en su atención.
2. Pago: Podemos divulgar su información de salud a su proveedor de seguros con el propósito de pago u operaciones de atención médica. Ejemplo: "Como cortesía a nuestros pacientes, presentaremos un estado de cuenta detallado a su compañía de seguros con el fin de pagar a **RPH** por los servicios de atención médica prestados. Si usted paga por sus servicios de atención médica personalmente, nosotros, como cortesía, le proporcionaremos un estado de cuenta detallado para su compañía de seguros con el fin de reembolsarle. El estado de cuenta contiene información médica, incluido el diagnóstico, la fecha de la lesión o afección, y códigos que describen los servicios de atención médica recibidos"
3. Operaciones regulares de atención médica: podemos divulgar su información de salud a un miembro del personal para que pueda procesar el papeleo, ingresar información de la computadora, completar formularios de informes, para copiar o enviar por fax y que su condición médica, diagnóstico y tratamiento puedan ser visibles para ellos en su trabajo diario. "Si se le pide a un miembro del personal que copie los registros que se enviarán a otro médico a petición suya".
4. Notificación y comunicación con la familia: podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación, su condición general o en caso de su muerte. Si puede y está disponible para aceptar u objetar, le daremos la oportunidad de objetar antes de realizar esta notificación. Si usted no puede o no está disponible para estar de acuerdo u objetar, nuestros profesionales de la salud usarán su mejor criterio en la comunicación con su familia y otras personas.
5. Requerido por la ley: según lo requiera la ley, podemos usar y divulgar su información de salud.
6. Salud pública: según lo requiera la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar el abuso o negligencia infantil; denunciar la violencia doméstica; informar a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) problemas con productos y reacciones a medicamentos; y reportar la exposición a enfermedades o infecciones.
7. Actividades de supervisión de la salud: podemos divulgar su información de salud a las agencias de salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y otros procedimientos.
8. Aplicación de la ley/Procedimientos judiciales y administrativos: podemos divulgar su información de salud en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial. Podemos divulgar su información de salud a un oficial de la ley para fines tales como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumplir con una orden judicial o citación y otros fines de aplicación de la ley.
9. Información de la persona fallecida / Donación de órganos: podemos divulgar su información de salud a médicos forenses, médicos forenses y directores de funerarias. Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos y tejidos.



HIPAA Notice of Privacy Practices *continued*

10. Investigación: podemos divulgar su información de salud a investigadores que realicen investigaciones que hayan sido aprobadas por una Junta de Revisión Institucional.
11. Seguridad pública: podemos divulgar su información de salud a las personas apropiadas para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona en particular o del público en general.
12. Compensación laboral: podemos divulgar su información de salud según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación laboral.
13. Recordatorios: es posible que nos comuniquemos con usted para brindarle recordatorios de citas o para brindarle información sobre otros tratamientos o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
14. Causas benéficas: podemos comunicarnos con usted para participar en actividades de recaudación de fondos para campañas de donación de sangre, bancos de alimentos que recaudan donaciones u otras entidades benéficas con las que podamos estar involucrados para beneficiar a los necesitados.
15. Cambio de propiedad: en el caso de que RPH se venda o se fusione con otra organización, su información/registro de salud pasará a ser propiedad del nuevo propietario.
16. Emergencias: podemos divulgar su información de salud, para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia u otra persona responsable de su atención, sobre su condición médica o en caso de una emergencia o de su muerte.

Rheumatology Partners of Houston no puede usar ni divulgar su información de salud Excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, **RPH** no usará ni divulgará su información de salud sin su autorización por escrito. Si usted autoriza a **RPH** a usar o divulgar su información de salud para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

Sus derechos sobre la información de salud

1. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. **RPH** no está obligado a aceptar la restricción que usted solicitó.
2. Usted tiene derecho a recibir su información de salud a través de un medio alternativo razonable o en un lugar alternativo.
3. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud.
4. Usted tiene derecho a solicitar que **RPH** modifique su información de salud que sea incorrecta o esté incompleta. **RPH** no está obligado a cambiar su información de salud y le proporcionará información sobre **la denegación de RPH y cómo puede estar en desacuerdo con la denegación**.
5. Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud realizadas por **RPH**, excepto que **RPH** no tiene que rendir cuentas de las divulgaciones descritas en las partes (tratamiento), (pago), (operaciones de atención médica), (información proporcionada a usted), (listados de directorios) y (ciertas funciones gubernamentales) de la sección I de este Aviso de Prácticas de Privacidad.
6. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Si desea obtener una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer uno o más de estos derechos, marque con un círculo las áreas de preocupación y devuélvalo a la recepcionista para que lo revise.

Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad

RPH se reserva el derecho de modificar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro, y de hacer que las nuevas disposiciones entren en vigor para toda la información que mantiene, incluida la información que se creó o recibió antes de la fecha de dicha modificación. Hasta que se realice dicha modificación, **RPH** está obligado por ley a cumplir con este Aviso. Los avisos revisados se publicarán en el consultorio y se entregarán a cada nuevo paciente a medida que llegue para recibir atención.

Quejas

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, pídale a la recepcionista que hable con nuestro administrador de la práctica. Si no está satisfecho con la forma en que esta oficina maneja una queja, puede presentar una queja formal ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (DHHS); Le proporcionaremos la dirección para presentar su Conforme. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja.

**Estas prácticas de privacidad están actualmente en vigor y permanecerán en vigor hasta nuevo aviso.*



RHEUMATOLOGY PARTNERS OF
HOUSTON, LLC

129 Vision Park Blvd., Ste. 206, Shenandoah, TX 77384
4747 Bellaire Blvd., Ste. 150, Bellaire, TX 77401
O: 281-315-8130 F: 281-315-8131 & 281-315-8132

Solicitud de autorización por escrito del paciente con respecto a la divulgación de información de salud
(Amigos y familiares, no médicos)

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

De acuerdo con las regulaciones de HIPAA, autorizo a **Rheumatology Partners of Houston, PLLC** a discutir y divulgar información sobre mi condición médica, citas, facturación y tratamiento a las personas que se enumeran a continuación. Contactos autorizados:

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

☐ No deseo dar acceso a mi información médica protegida a nadie más que a mí mismo con respecto a mi condición médica. Cómo ponerse en contacto conmigo:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Representante Legal

Si el paciente tiene un representante legal que firmará los formularios por él, complete la información a continuación:

Legal Representative Name (Print)

Legal Representative Email

Legal Representative Signature

Legal Representative Contact (cellphone)



Políticas de reumatología

No show y política de cancelación

Si no puede asistir a su cita, le pedimos que llame a nuestra oficina de inmediato para cancelar lo antes posible para que podamos satisfacer las necesidades médicas de nuestra comunidad.

Una vez cancelada, la hora de su cita se ofrecerá a otro paciente que necesite tratamiento urgente. Si es necesario cancelar su cita programada, requerimos un aviso previo de al menos 24 horas hábiles. Por ejemplo, si su cita está programada para el martes a las 3 p.m., llame antes de las 3 p.m. del lunes. Las citas de los lunes deben cancelarse antes de las 12:00 p.m. del viernes anterior si es posible. Las citas tienen una gran demanda, por lo que es muy útil aprovechar el tiempo de cada cita para un paciente que lo necesite.

Las cancelaciones tardías y las cancelaciones en el mismo día se consideran como una cita "No Show"

Nuestros médicos agradecen su ayuda para hacer esto posible.

Cómo cancelar tu cita:

Para cancelar su cita, llame al 281-315-8130.

No se presenta

Un "No Show" es un paciente que pierde una cita sin cancelarla 24 horas hábiles antes de la cita programada. Si no se presenta en el momento de la cita programada, o si no llama con 24 horas de anticipación para cancelar, se registrará en su gráfico como "No Show". Se aplicará una tarifa a su cuenta de la siguiente manera:

1. Primera ausencia: \$50.00
2. No presentación posterior: \$75.00

Estas tarifas cubren las tareas administrativas asociadas con su cita, que aún ocurren incluso cuando no ha visto a su proveedor. Se requiere el pago de esta tarifa antes de programar cualquier cita adicional. Un paciente con una tercera ausencia en un período de 12 meses será considerado para ser dado de alta de la práctica.

Política de finalización de formularios

En Rheumatology Partners of Houston, entendemos que los pacientes pueden requerir documentación con fines de licencia médica o discapacidad. Completar estos formularios requiere tiempo, atención al detalle y una revisión exhaustiva de su historial médico y condición actual para garantizar respuestas precisas y completas.

Para atender estas solicitudes y mantener altos estándares de atención, se aplicarán las siguientes tarifas:

1. Formularios FMLA (Ley de Licencia Familiar y Médica): \$25.00
2. Formularios de discapacidad (a corto plazo, a largo plazo u otra documentación relacionada con la discapacidad): \$50.00

Estas tarifas cubren el tiempo y los recursos necesarios para revisar su historial, evaluar su condición y completar los formularios de manera precisa y profesional.

Tenga en cuenta:

1. Las tarifas deben pagarse antes de la finalización.
2. Espere de 7 a 10 días hábiles para el procesamiento del formulario.
3. Los formularios no se completarán durante las visitas al consultorio; Las solicitudes deben presentarse por separado.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, comuníquese con el personal de nuestra oficina para obtener ayuda.

Gracias por su comprensión y cooperación.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de hoy: _____

Firma del paciente: _____



Portal del Paciente

Rheumatology Partners of Houston ofrece un Portal del Paciente al que puede acceder en línea; el acceso al portal es gratuito para todos los pacientes de **RPH**.

¿Por qué inscribirse en el Portal del Paciente?

El Portal del Paciente es una herramienta en línea segura y conveniente que le permite ver y actualizar fácilmente partes de su información clínica y de salud. Está diseñado para ayudarlo a mantenerse informado y más comprometido con su atención. En los próximos meses, lanzaremos funciones adicionales que harán que el control de su salud sea aún más fácil, entre ellas:

1. Solicitudes de citas
2. Recordatorios de visitas
3. Solicitudes de reposición de recetas
4. Mensajería segura para preguntas no emergentes

Tenga en cuenta: El Portal del Paciente no está diseñado para preocupaciones de emergencia o cualquier problema que requiera una respuesta el mismo día. Para asuntos urgentes, comuníquese directamente con la oficina al 281-315-8130.

Para comenzar, solo necesitamos su dirección de correo electrónico para inscribirlo en el portal. Por favor, complete la siguiente sección:

☐ Me gustaría estar inscrito en el Portal del Paciente de Rheumatology Partners of Houston Mi dirección de correo electrónico es (en letra de imprenta):

☐ NO DESEO inscribirme en el Portal del Paciente de Rheumatology Partners of Houston porque:
(Por favor, marque una): ☐ No tengo una dirección de correo electrónico

☐ Rechazo la inscripción y no quiero proporcionar mi dirección de correo electrónico

Otro: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha de hoy: _____

Firma del paciente: _____



RHEUMATOLOGY PARTNERS OF
HOUSTON, LLC

129 Vision Park Blvd., Ste. 206, Shenandoah, TX 77384
4747 Bellaire Blvd., Ste. 150, Bellaire, TX 77401
O: 281-315-8130 F: 281-315-8131 & 281-315-8132

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Contacto: _____

Por la presente, autorizo a _____ a divulgar la siguiente información de mi registro de salud que cubre el período desde/hasta _____, si no especifico un período, autorizo la divulgación de registros durante toda la duración de la atención con el proveedor. **(marque todas las casillas que correspondan a continuación).**

Nombre, dirección, teléfono y número de fax del proveedor:

☐	Registro médico completo (incluye información sobre el seguro, datos demográficos, documentos de referencia y registros médicos). Si esta casilla está marcada, no marque ninguna casilla adicional.				
☐	Notas de Progreso/Visita al Consultorio	☐	Informes de Radiología/Imágenes	☐	Registros de quimioterapia/infusión
☐	Informes de laboratorio	☐	Informes de patología	☐	Registros de facturación/pago
Otro:					

La información se dará a conocer a: **Rheumatology Partners of Houston, LLC** Office # 281-315-8130

129 Vision Park Blvd., Ste 206
Shenandoah, TX 77384
FAX# 281-315-8132

4747 Bellaire Blvd., Ste 150
Bellaire, TX 77401
FAX# 281-315-8131

Dra. Carmen Pérez-Masuelli

Dra. Kalpita Hatti

Dra. Leslie Wilson

La información se divulga para los siguientes fines:

☐	Tratamiento continuado	☐	Discapacidad	☐	Abogado/Litigios	☐	Otro
--------------------------	------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	------------------	--------------------------	------

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que la revoque por escrito. Entiendo que, de acuerdo con las leyes estatales y/o federales aplicables (Ley de Práctica Médica de Texas o Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos), se podría volver a divulgar los registros recibidos de otro médico u otro proveedor de atención médica involucrado en mi atención o tratamiento.

Imprimir Nombre del Paciente/Representante

Legal Firma del Paciente/Representante Legal

Fecha

REVOKE/CANCEL THIS AUTHORIZATION

Signature of Patient/Legal Representative

Date



Consentimiento general para el tratamiento y reconocimiento: inicial de cada sección

_____ **Consentimiento médico:** Doy mi consentimiento para recibir atención médica, tratamiento, pruebas, imágenes y procedimientos según lo consideren necesario los proveedores de **Rheumatology Partners of Houston, LLC (RPH)**, incluidos los médicos, asistentes médicos y su personal clínico. Esto incluye el uso de medicamentos, productos sanguíneos, patología, radiología y otros servicios recomendados para mi atención. Entiendo que no se han dado garantías con respecto a los resultados del tratamiento. También autorizo el examen, el uso, el almacenamiento o la eliminación adecuada de cualquier tejido o líquido extraído durante mi atención. En caso de exposición accidental de mi sangre o fluidos corporales al personal de atención médica, y si no puedo dar mi consentimiento a tiempo, autorizo pruebas limitadas de hepatitis A, B, C y VIH para proteger a las personas involucradas en mi atención.

_____ **Derecho a rechazar el tratamiento:** Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas con respecto a toda mi atención y tratamientos, y que debo pedirle a mi profesional de la salud que aclare o explique más a fondo cualquier cosa que no entienda. Este derecho incluye el derecho a rechazar cualquier tratamiento que no desee.

_____ **Reconocimiento de recepción de los derechos del paciente y aviso de prácticas de privacidad:** Reconozco que ambos avisos, el Aviso de Derechos/Responsabilidades del Paciente y el Aviso de Prácticas de Privacidad están disponibles para estar en el consultorio.

_____ **Divulgación de información médica:** Autorizo a **RPH** a divulgar cualquier información necesaria para facilitar el procesamiento de reclamaciones de atención médica y la auditoría de los pagos relacionados con mi atención/tratamiento de **RPH**. También doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier información que sea necesaria para mi atención a otros centros, agencias o proveedores de atención médica, según lo indique o lo exija la ley. Esta orden permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí, por escrito.

_____ **Cesión de beneficios de seguro:** Por la presente cedo todos los beneficios médicos y médicos mayores aplicables a los que tengo derecho a **RPH**. Autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) de seguros, incluidos Medicare, Medigap, Medicare Advantage, seguros privados y cualquier otro plan de salud o beneficios médicos, a emitir pagos directamente a **RPH** por los servicios que me brindan. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por mi seguro.

_____ **certificación de Medicare:** Certifico que la información que he proporcionado para el pago de Medicare es precisa. Autorizo la divulgación de información médica u otra información relevante a la Administración del Seguro Social y sus agentes, según sea necesario para procesar esta o otras reclamaciones relacionadas con Medicare. Solicito que los beneficios autorizados se paguen en mi nombre. *(Se aplica solo si la cobertura de Medicare está vigente).*

_____ **Consentimiento para obtener un historial de recetas externo:** Por la presente, autorizo a **RPH** y a sus proveedores a acceder a mi historial de recetas externas a través de nuestro software de gráficos. Entiendo que esto puede incluir información de recetas proporcionada por otros proveedores de atención médica, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia no afiliados a **RPH**. Reconozco que este historial puede incluir medicamentos recetados en los últimos años y puede ser revisado por mis proveedores y su personal autorizado con el fin de brindar una atención segura y eficaz.



RHEUMATOLOGY PARTNERS OF
HOUSTON, LLC

129 Vision Park Blvd., Ste. 206, Shenandoah, TX 77384
4747 Bellaire Blvd., Ste. 150, Bellaire, TX 77401
O: 281-315-8130 F: 281-315-8131 & 281-315-8132

Consentimiento general para el tratamiento y reconocimiento *continuo*

_____ **Acuerdo financiero:** certifico que la información del seguro que he proporcionado es precisa, completa y actual y que no existe ninguna otra cobertura o seguro. Entiendo que soy financieramente responsable ante **RPH** por los cargos no pagados en virtud de este acuerdo. Soy responsable de todos los cargos por servicios que no están cubiertos por mi plan de seguro de salud o por los cuales soy responsable del pago bajo mi plan de seguro de salud. **RPH** hará todo lo posible para notificarme con anticipación si un servicio no está cubierto. Soy responsable y acepto pagar todos los copagos, deducibles y saldos de responsabilidad del paciente en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado.

_____ **Seguros que requieren referencias:** Estoy presentando la información de mi seguro para mi cita con la Dra. _____ en **RPH**. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que mi proveedor de atención primaria actual haya enviado una referencia válida, si se requiere una, a mi compañía de seguros para mi visita de hoy. ** Si no se ha obtenido una referencia, seré responsable de todos los cargos incurridos en la visita de hoy, incluidos los exámenes de laboratorio y radiografía, si corresponde. **

Recepción de Aviso de Prácticas de Privacidad

_____ Reconozco que he recibido una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA**, que describe cómo se puede usar y divulgar mi información de salud, y cómo puedo acceder a esta información. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede ser modificado según lo permita la ley, y que una copia actualizada siempre estará disponible a pedido y en el sitio web de la práctica en www.RPHdocs.com.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha de hoy: _____

Firma del paciente: _____



RHEUMATOLOGY PARTNERS OF
HOUSTON, LLC

129 Vision Park Blvd., Ste. 206, Shenandoah, TX 77384
4747 Bellaire Blvd., Ste. 150, Bellaire, TX 77401
O: 281-315-8130 F: 281-315-8131 & 281-315-8132

CUESTIONARIO PARA PACIENTES NUEVOS – REUMATOLOGÍA

Complete este cuestionario respondiendo a cada pregunta con la mayor precisión posible.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Dirección: _____
Proveedor de atención primaria: _____ Proveedor de referencia: _____
Estado Civil: ____ Casado ____ Soltero ____ Divorciado ____ Viuda ____ Otro _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Nombre & # del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS Y GARANTES

Compañía de Seguros Principal: _____ ID# _____ Group# _____
Compañía de seguros secundaria: _____ ID# _____ Group# _____
¿Quién es el garante (la persona financieramente responsable de esta cuenta)?
Nombre: _____
Relación con el paciente: _____ Teléfono #: _____

QUEJA PRINCIPAL / MOTIVO DE LA VISITA

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

¿Sientes algún dolor? (encierre en un círculo uno) **NO SÍ** En caso afirmativo, ¿dónde? _____

Si marcó SÍ, indique en la escala del 1 al 10 (siendo 10 el más alto), ¿cuál es su nivel de dolor? _____

MEDICAMENTOS

Haga una lista de todas las recetas y medicamentos de venta libre que toma regularmente. Si tiene una lista disponible, entregue una copia a la recepción o al asistente médico.

Nombre del medicamento	Dosis (e.g., 50 mg)	Frecuencia (e.g., once a day)	Razón para tomar

ALERGIAS

¿Es alérgico a algún medicamento? ____ SÍ ____ NO En caso afirmativo, haga una lista: _____

¿Es alérgico al contraste intravenoso? ____ SÍ ____ NO En caso afirmativo, haga una lista: _____

¿Alguna otra alergia? Incl. látex ____ SÍ ____ NO En caso afirmativo, haga una lista: _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre, dirección y número de teléfono de **la farmacia** local:

Nombre y número de teléfono de la farmacia de **pedidos por correo** (si se conoce):



RHEUMATOLOGY NEW PATIENT MEDICAL QUESTIONNAIRE

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

1) ¿Ha consumido o ha consumido alguna vez productos de tabaco? (encierre en un círculo uno) **SÍ** o **NO** En caso afirmativo, proceda a 1A y 1B, si no, salte a 2.

1a. Seleccione todas las que correspondan:

☐	Fumador actual	☐	Fumador actual, algunos días	☐	Fumador, estado desconocido
☐	Fumador ligero de tabaco	☐	Fumador empedernido de tabaco	☐	Ex fumador

1b. Seleccione todas las que correspondan:

☐	Cigarrillos	Cantidad por día:	☐	Cigarros	Cantidad por día:
☐	Sin humo	Cantidad por día:	☐	Pipa	Cantidad por día:

2) ¿Ha estado expuesto al humo de segunda mano (marque uno)? **SÍ** **NO**

3) ¿Bebe bebidas alcohólicas (marque uno)? **SÍ** **NO** En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

SI VIVOS			SI FALLECIÓ		
Año de nacimiento		Salud	Edad en el momento de la muerte	Causa	
Padre					
Madre					
	¿Cuántas(s) Hermana(s)?		Viviente?		Difunto?
	¿Cuántos(s) Hermano(s)?		Viviente?		Difunto?

Child(ren)

	¿Cuánta(s) hija(s)?	Viviente?		Difunto?	
	¿Cuánto (s) hijo(s)?	Viviente?		Difunto?	

¿Salud de los niños?

Encierra en un círculo todas las condiciones que tienes o has tenido en el pasado

Anemia	Crohn / Colitis ulcerosa	Colesterol alto	Marcapasos
Ansiedad	EPOC	Latidos cardíacos irregulares	Psoriasis
Artritis	Depresión	Enfermedad renal	Uso de esteroides en los ojos
Asma	Diabetes	Enfermedad hepática	Úlcera estomacal
Trastorno hemorrágico	Enfisema	Presión arterial alta	Accidente cerebrovascular
Coágulo de sangre/TVP	Glaucoma	Migraña	Dolores de cabeza
Transfusión de sangre	Acidez estomacal/reflujo	Enfermedad cardíaca	Tuberculosis
Problemas de la médula ósea		Osteoporosis	Esclerosis múltiple
Cataratas	Ataque cardíaco/Cáncer de infarto de miocardio (tipo: _____)		
Hepatitis (tipo: _____)			



CUESTIONARIO MÉDICO PARA PACIENTES NUEVOS DE REUMATOLOGÍA

REVISIÓN DE SISTEMAS

Revise los síntomas que tiene actualmente o que ha tenido en el último año. Por favor, marque todo lo que corresponda.

GENERAL ☐ Fiebre ☐ Escalofríos ☐ Fatiga ☐ Pérdida de peso ☐ Aumento de peso	GASTROINTESTINAL ☐ Acedía ☐ Dolor abdominal ☐ Náuseas ☐ Vómito ☐ Diarrea / Heces blandas ☐ Estreñimiento ☐ Sangre en las heces ☐ Dificultad para tragar	PIEL ☐ Cambios de color en las yemas de los dedos ☐ Lesiones cutáneas nuevas o cambiantes ☐ Fotosensibilidad ☐ Erupciones ☐ Edema
OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA ☐ Cambios visuales ☐ Dolor o enrojecimiento de los ojos ☐ Secreción ocular ☐ Sequedad ocular ☐ Xerostomía ☐ Úlceras orales ☐ Glándulas del cuello agrandadas	URINARIO ☐ Aumento de la frecuencia urinaria ☐ Pérdida del control de la vejiga ☐ Dolor al orinar	NEURO/PSIQUIATRA ☐ Cefaleas ☐ Entumecimiento ☐ Hormigueo ☐ Mareos ☐ Desmayo ☐ Convulsiones ☐ Ansiedad ☐ Depresión ☐ Problemas para dormir
CARDIOVASCULAR/PULMONAR ☐ Dolor en el pecho ☐ Opresión en el pecho ☐ Palpitaciones ☐ Tos ☐ Dificultad para respirar ☐ Sibilancia	MUSCULOESQUELÉTICO ☐ Debilidad ☐ Dolor muscular ☐ Dolor de cuello ☐ Dolor de espalda ☐ Dolor en las articulaciones ☐ Hinchazón de las articulaciones	ENDOCRINO ☐ Intolerancia al calor ☐ Intolerancia al frío ☐ Sudoración nocturna

PRUEBA DE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN

Durante las últimas 2 semanas , ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?:	0 De nada	1 Varios días	2 Más de la mitad de los días	3 Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer las cosas				
Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado				



RHEUMATOLOGY PARTNERS OF
HOUSTON, LLC

129 Vision Park Blvd., Ste. 206, Shenandoah, TX 77384
4747 Bellaire Blvd., Ste. 150, Bellaire, TX 77401
O: 281-315-8130 F: 281-315-8131 & 281-315-8132

CUESTIONARIO MÉDICO PARA PACIENTES NUEVOS DE REUMATOLOGÍA

ANTECEDENTES MÉDICOS

1) ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses? _____ SI _____ NO En caso afirmativo, ¿cuándo
_____ por qué? _____

2) Enumere cualquier información adicional sobre su historial médico que su proveedor deba saber:

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Por favor, enumere todas las cirugías y las fechas:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Enumere cualquier otra información sobre su historial médico que el médico deba saber:

FIRMAS

A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi proveedor si tengo un cambio en mi salud.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Escriba el nombre del paciente o la relación del representante personal

con el paciente