

S PS

Firma del proveedor: Revisé personalmente la historia de abajo.



CEDARS-SINAI
GRUPO MÉDICO

Pediatría y adultos, Oídos, nariz y garganta
Otorrinolaringología, Operación de cabeza y cuello

INSTRUCCIONES: Marque si tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas.

GENERALES:

Pérdida de peso reciente sin explicación

OJOS:

Visión doble

CORAZÓN:

Dolor de pecho

PULMONES:

Tos con sangre

GI:

Vómitos

GU:

Sangre en la orina

NEUROLÓGICOS:

Pérdida de la consciencia

PSIQUIÁTRICOS:

Alucinaciones

HEMATOLOGÍA:

Sangrado fácil

PIEL:

Sarpullido

Ninguno de los anteriores

Gracias por completar este cuestionario. Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los puntos mencionados arriba, hágasela a su médico cuando tenga su cita.

Firma (del paciente o tutor): _____ Fecha: _____



Información de paciente nuevo (mayores de 13 años)

Nombre _____ Fecha _____

Ocupación _____ Empleador _____

Médico de atención primaria (PCP) _____

Médico que remite _____

Motivo de la visita _____

Historia médica pasada y actual (marque todas las que se apliquen)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido (GERD) | <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo, año) _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Trastorno cardíaco/pulmonar: _____ | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Operaciones pasadas (tipo y año aproximado) _____

Alergias (al entorno, a la comida, a los medicamentos) _____

Medicamentos de rutina y dosis _____

Marque las casillas abajo si tiene alguna historia familiar de las siguientes enfermedades. Mencione quién de su familia se vio afectado.

- | | | | |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Cáncer | Tipo de cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida temprana de la audición | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Historia social

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ¿Ha fumado tabaco alguna vez? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Si respondió Sí, _____ cajetillas/día durante _____ años |
| ¿Dejó de fumar? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Si respondió Sí, ¿hace cuánto tiempo? _____ |
| ¿Ha masticado tabaco alguna vez? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | |
| ¿Bebe alcohol? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Si respondió Sí, _____ tragos al día/semana/mes |
| ¿Otro consumo de sustancias? _____ | | | |

Viaje próximo o evento familiares importantes _____



Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRANSMISIÓN ELECTRÓNICA DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y USO DE COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

N.º de expediente médico: _____

La información médica protegida (PHI) es cualquier información del expediente médico o juego de expedientes designados que se pueden usar para identificar a una persona y que se creó, usó o reveló en el curso de la prestación de un servicio de atención médica, como diagnóstico o tratamiento. Para algo distinto a resultados de pruebas, debe completarse una autorización válida en cumplimiento de HIPAA. También puede autorizarnos a que revelemos su PHI a máquinas contestadoras, fax o correo electrónico. Para garantizar su privacidad, no dejaremos mensajes que incluyan PHI en dispositivos para contestar llamadas sin tener su permiso. También puede autorizarnos a que demos su PHI confidencial a otras personas. Los resultados de pruebas relacionadas con VIH, hepatitis, abuso de sustancias o malignidad/cáncer necesitan su autorización previa para transmitirse por medios electrónicos (correo de voz, fax, correo electrónico, MyCSLink).

Cuando nos da su información de contacto, nos autoriza a nosotros y a nuestros agentes a que usemos cualquier dirección postal, dirección de correo electrónico, teléfono (línea fija, inalámbrico, residencial o comercial) para comunicarnos con usted en relación con información de citas, resultados de pruebas, instrucciones para el alta u otra información clínica, y en lo relacionado con información de la cuenta u otra información pertinente a los servicios médicos. También está de acuerdo en aceptar llamadas en vivo o de marcación automática y otros mensajes a estos números o direcciones donde podamos dejar mensajes grabados.

Autorizo a los médicos o al personal a que se comuniquen conmigo por estos medios:

- Fax: _____
- Correo de voz en el teléfono: _____
- Dirección de correo electrónico: _____
(El correo electrónico no es una opción disponible desde todos los consultorios médicos.)

Nombre de la persona alterna a la que elijo para recibir mi PHI: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Firma: (Paciente o persona legalmente autorizada para dar el consentimiento para la revelación) _____

Fecha: _____

Esta autorización deberá permanecer en vigor hasta que yo le notifique por escrito sobre cualquier cambio. El gerente de Información Médica revisará su solicitud y responderá por escrito si no puede acceder a su solicitud. Si tiene alguna pregunta o preocupación, puede comunicarse con el gerente de Información Médica al 310-248-7058.



CEDARS-SINAI®

Medical Group

Un aviso a nuestros apreciados pacientes

Durante su visita a nuestro departamento de ENT, su médico posiblemente determine que es necesario usar endoscopios (instrumentos especiales con luz) como parte de su evaluación. Esto permitirá a su médico hacerle un examen sumamente minucioso de los senos paranasales y la garganta cuando sea necesario. Aunque esto es normalmente de rutina para nuestra especialidad, la mayoría de las compañías de seguros lo consideran una “operación” o un “procedimiento en el consultorio”, y puede reflejarse como tal en su estado de facturación o en la explicación de beneficios. Además, su médico también necesita que se haga un audiograma, conocido también como prueba auditiva. Cada uno de estos servicios tendrá como consecuencia un cargo más y, por lo tanto, una responsabilidad económica más para usted. Queremos que esté informado de estos servicios, de modo que no haya sorpresas ni preocupaciones después de que salga de nuestro consultorio.

Firme abajo para aceptar que recibió la notificación del consultorio relacionada con endoscopías/audiogramas hechos en el consultorio y que está al tanto de que pueden hacerse durante su visita.

Paciente/tutor

Fecha

8635 W. Third Street, Suite 590W
Los Angeles, CA 90048