

UROLOGICAL CONSULTANTS, PA

Account #:

Información del Paciente

Nombre de Paciente:	Núm. Seguro Social:
Dirección1:	Fecha de Nacimiento: Edad:
Dirección2:	Sexo:
Ciudad, Estado Código postal:	Estado Civil:
Teléfono (casa):	Trabajo:
Teléfono (celular):	Teléfono (trabajo):
Correo Electrónico:	Medico de referencia:
Contacto de Emergencia:	Medico de Atención Primaria:

Información De Seguro Medico

Seguro Primario	Seguro Secundario
Nombre de Seguro Medico:	Nombre de Seguro Medico:
Nombre del Titular de Póliza:	Nombre del Titular de Póliza:
Num.de Póliza:	Num.de Póliza:
Num. de Grupo:	Num. de Grupo:
Fecha de Nacimiento del Titular:	Fecha de Nacimiento de Titular:
Núm. de Seguro Social del Titular:	Núm. de Seguro Social del Titular:
Relación al Titular de Póliza:	Relación al Titular de Póliza:

Autorización

Asunción de Responsabilidad/Exención para Servicios No Cubiertos/Autorización Anual

Entiendo que mi póliza de seguro médico es un contrato entre mi compañía de seguro y yo. Como cortesía, Urological Consultants fracturara cargos que serán enviados a mi seguro médico como he indicado anteriormente. Por lo presente, autorizo los pagos de beneficios indicados para mí como indicado en términos de mi póliza, sean pagados directamente a Urological Consultants por servicios proporcionados. En algunos casos, gastos generados por servicios proporcionados por Urological Consultants pueden ser negados. Rechazos de pagos pueden ocurrir incluso cuando su médico crea que los servicios sean necesarios. Esto puede incluir pero no se limitan a evaluación de pruebas diagnósticas relacionadas a Disfunción Eréctil, Infertilidad, detección de cáncer y pruebas de transmisión sexual. Entiendo que soy financieramente responsable y estoy de acuerdo en pagar cargos que no sean cubiertos por mi seguro. Doy autorización a Urological Consultants y a sus agentes que hagan cargos a mi tarjeta de crédito, si deseo pagar mi cuenta por teléfono o por correo.

Consentimiento Para Usar y Revelar Información

El titular autoriza a Urological Consultants, PA usar, divulgar u obtener información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pagos, cuestiones administrativos relacionados con su salud permitida dentro de la ley.

Pacientes de Medicare-CMS Determinacion/Autorización Anual

Solicito se hagan los pagos autorizados por Medicare a Urological Consultants, PA por servicios proporcionados. Autorizo a cualquier portador de mi información médica brindar la información a HCFA.

He leído, comprendido y aprobado la totalidad de esta información.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

UROLOGICAL CONSULTANTS, PA

POLITICAS DE LA OFICIA

Con el fin de brindar atención eficaz para todos los pacientes, las siguientes pólizas se aplican:

- Todo paciente debe de traer una referencia, si es requerido por su compañía de seguro médico, tarjeta de seguro e identificación con fotografía.
- Todos los co-pagos serán cobrados al momento de la visita, sin excepción; como es requerido por su seguro.
- Se le dará otra cita si no puede pagar su con-pago o cualquier saldo pendiente en su cuenta, o si usted no puede proporcionar una referencia si su seguro lo requiere. Si usted no tiene su referencia, o comprobante de seguro, en el momento de su cita, puede elegir ser visto “fuera de la red” y usted será responsable por el pago en su totalidad en el momento de su cita.
- Habrá un cargo de \$25 por cheques cancelados. \$150 por cancelaciones de procedimiento si no se hacen antes de 48 horas.
- Para pacientes que en repetidas ocasiones pierden o cancelan citas sin adecuada notificación, la oficina reserva el derecho de requerir un depósito de \$100 antes de darle una cita. El depósito se aplicara a su cuenta.
- Los pacientes que lleguen tarde se les puede pedir que reprogramen su cita.
- Solicitudes de registro medico deben estar acompañados de una Autorización para la divulgación del Formulario de Información de Salud. Este proceso puede tener un cargo.
- Las solicitudes para llenar y completar formas (por ejemplo, un seguro de vida o de solicitudes de incapacidad, etc.) requiere un pago de \$30, y deben de ser pagados con cheque o en efectivo.

Nuestras políticas están sujetas a cambio.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

AVISO SOBRE NUESTRAS PRACTICAS Y POLITICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO EXPLICA COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y COMPARTIDA Y COMO UD. PUEDE OBTENER ACSESO A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REVISAR CUIDADOSAMENTE.

Urological Consultants, PA tiene la obligación de mantener privada su información médica (PHI) y darle aviso en cuales circunstancias y con quienes podemos compartir esta información. Por general, al revelar su información de salud, debemos solamente revelar información relevante al propósito. Toda su información puede ser compartida si usted firma una autorización, si usted pide información para usted, para un médico sobre su salud o si esta es requerida por la ley. Debemos de avisarle cuando exista una brecha en la seguridad de su información. Debemos seguir las prácticas de privacidad de este aviso. Reservamos los derechos de cambiar el aviso de prácticas de privacidad, como indica la ley. Cambios a nuestras prácticas de privacidad se aplican a toda la información de salud. En caso de que hagamos cambios, una copia estará disponible en internet y en la oficina.

Sin permiso por escrito, podemos usar o revelar su información de salud para los propósitos siguientes:

- 1. Tratamiento:** Por ejemplo, un médico puede usar su información de salud para determinar opciones de tratamiento, como medicamentos o cirugía.
- 2. Pagos:** Para el propósito de que su seguro, pague por servicios y tratamientos médicos, debemos de mandar una factura con su identificación.
- 3. Administración de la Salud:** Es posible que necesitemos su diagnóstico, tratamiento y resultado para mejorar la calidad y costo de salud rendida. Esta administración, mejora calidad y costo; tal vez podría incluir la evaluación de sus médicos, enfermeras y otros profesionales de salud o examinar la eficacia de los tratamientos en comparación a otros pacientes en situaciones similares.

Además, podemos usar su información de salud para recordatorios de citas. Por ejemplo, podríamos revisar su información de salud para determinar fechas y horarios de su próxima cita y mandarle una carta postal para recordarle de su cita. También podríamos revisar su expediente para decidir que otro tratamiento o servicio le podría interesar. Por ejemplo, podríamos llamar a un paciente para notificarle que tenemos una oficina nueva de atención de Cáncer que ofrece nuevos tratamientos que pueden salvar vidas.

4. Requeridos por la ley: A veces tenemos que reportar información de salud a las autoridades, como oficiales de la ley, oficiales de la corte u oficiales de gobierno. Por ejemplo, podríamos tener que reportar abuso de violencia doméstica o heridas físicas. A veces tenemos el deber de responder a la orden de la corte u otra corte judicial o procedimientos administrados.

5. Actividades de salud pública: Podríamos tener que reportar su información de salud a autoridades para ayudar a prevenir o para controlar enfermedades. Esto puede incluir el uso de su expediente médico para reportar ciertas enfermedades, Avisos de nacimiento o de muerte, información para la FDA (Administración de Drogas y Alimentos) o información de abuso de niños. Tal vez tendremos que reportar problemas médicos a su trabajo que sean relacionados a el lugar de trabajo para que su trabajo pueda mantener seguridad adecuada.

6. Actividades de Salud no observadas: Podríamos compartir su información de salud a las autoridades para que puedan monitorear, investigar, inspeccionar, disciplinar o otorgar licencia a personas que trabajan en lugares de salud o para programas de asistencia del gobierno.

7. Actividades relacionadas a muerte: Compartir su información de salud a médicos forenses, directores de funerarias para que puedan administrar su muerte, como para identificar su cuerpo, para determinar la causa de muerte, o hacer preparativos de funeral.

8. Donación de órganos y ojos: Compartir información de salud a personal que se dedica a trasplantes de órganos y ojos de cadáveres para el propósito de donar.

9. Estudio de investigación: Bajo ciertas circunstancias, y solo después de aprobación especial, podríamos usar y compartir su información de salud para ayudar a realizar estudios de investigación.

10. Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad: Como es requerido por la ley y las normas de conducta ética, podemos revelar su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos, de buena fe, que es necesaria dicha liberación para prevenir o minimizar una seria y acercarse amenaza para usted o el público de la salud o la seguridad.

11. Bajo custodia de la ley, militar o de seguridad nacional: Si usted está involucrado con el seguro nacional, militar o actividades de inteligencia o si está bajo las autoridades oficiales o penales, podremos compartir su información de salud a las autoridades apropiadas.

12. Remuneración a los trabajadores: Podríamos compartir su información de salud a personas aprobadas para cumplir con leyes relacionadas a remuneración a los trabajadores o programas similares. Estos programas pueden proveer beneficios para condiciones médicas o heridas relacionadas a su trabajo.

13. Aquellos relacionados con su cuidado médico y pagos de tratamientos: Si tiene familia, parientes o amigos que lo cuidan o ayudan con pagos de su cuidado médico, podríamos compartir información importante sobre su salud. La información compartida a estas personas puede ocurrir mientras esta en nuestra oficina, por su condición general o muerte. Usted tiene derecho de negarse, solamente que este incapacitado o durante una emergencia. Además, podremos compartir su información de salud a organizaciones autorizadas en el manejo de rescates de desastres para que personas que lo cuidan puedan recibir información de su localidad y estado de salud. Dejaremos que usted decida si esta o no esta de acuerdo verbalmente a dicha revelación, a reserva que sea una emergencia. Es nuestro deber darle suficiente información para que pueda decidir si está de acuerdo o no de revelar su información de salud a otros involucrados en su cuidado médico.

14. Recaudación de fondos: Podemos usar su información para la recaudación de fondos. Con cada comunicación de recaudación de fondos, tenemos que darle oportunidad de negar recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos.

Con su consentimiento por escrito: Podemos usar y revelar su información de salud para lo siguiente:

1. Mercadeo: Excepto en casos de comunicación en persona o un regalo de valor nominal de parte de nosotros, no usaremos su información para propósitos de compras de producto o servicios sin su autorización.

2. Venta de Información de salud protegida: No revelaremos su información para el propósito de remuneración financiera sin su autorización.

NOTA: Otros usos y revelaciones no mencionados en este aviso solamente se harán con su autorización por escrito.

Si usted firma una forma de autorización, puede retraerse su autorización en cualquier momento, solamente que su retracción sea por escrito. Si gusta retirar su autorización, favor de someter por escrito directamente a nuestro Oficial de Privacidad.

Derechos de su Información de Salud

Usted tiene varios derechos con respecto a su información de salud. Si desea ejercer sus derechos, favor de comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad. Sus derechos, específicamente:

1. Inspeccionar y copiar su información de salud: Con algunas excepciones, tiene derecho de revisar y obtener copias su información de salud. Sin embargo, su derecho no se aplica a notas de psicología o información para procedimientos de corte de ley. Podremos cobrar una cuota razonable para darle copias.

2. Solicitud para modificar su información de salud: Si piensa que su información de salud esta incorrecta, puede pedir que se corrija.

3. Solicitud para tener restricciones con ciertos usos y revelaciones: Usted tiene derecho de pedir restricciones en cómo se revelara su información de salud, aun si su solicitud afecta su tratamiento o nuestros cobros o actividades de salud. O, quizás usted quisiera limitar información revelada a su familia o amigos implicados en su salud o pagos de cuidado médicos.

Tenemos obligación de aceptar solicitudes de restricciones de compartir información a seguros médicos si son solamente servicios o artículos médicos por los cuales usted, o alguien que lo representa, han pagado de su propio bolso el total.

4. Vías de comunicación confidencial de información de salud: Usted tiene derecho de pedir que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por diferentes métodos. Por ejemplo, usted puede desear recibir información de su salud en un cuarto privado o en forma escrita mandada por correo a un domicilio privado.

5. Recibir un registro de la información compartida de su salud: En algunos casos limitados, usted tiene derecho a pedir una lista de a quienes hemos compartido su información de salud durante los previos seis años. Lista incluirá: fecha(s) de cada revelación, quien recibió revelación de información de salud, breve descripción de información revelada, y la razón de revelación. Debemos cumplir con su solicitud dentro de 60 días, solamente que esté de acuerdo a una extensión de 30 días, y no podemos cobrar por la lista, solamente que quiera más de una copia al año. Además, no se incluyen revelaciones a usted, o por razones de tratamiento, pagos, manteamientos de salud, seguridad nacional, autoridad de leyes y ciertas actividades de salud.

6. Obtener este aviso en copia impresa: Si lo solicita, usted puede en cualquier momento, recibir copias impresas de este aviso, con anticipación puede recibir una copia de aviso electrónico. Este aviso puede ser obtenido en nuestro sitio web, www.uroconsultants.com.

7. Quejas: Si piensa que su privacidad fue contravenida, puede presentar su queja con nosotros y con el Departamento Federal de Salud. No tomaremos represalias con usted por presentar su queja. Para presentar su queja, favor de llamar a nuestro Oficial de Privacidad, quien le dará asistencia y ayuda necesaria con los documentos.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre sus derechos de privacidad, o con información en este aviso, favor de llamar a nuestro Oficial de Privacidad 301-258-1919.

Reconocimiento De Recibo De Aviso Privacidad

Urological Consultants, PA ha puesto a su disposición un Aviso de Privacidad, en la cual explica cómo será su información de salud manejada, en diversas situaciones. Avisos de Privacidad se encuentran disponibles en cada oficina, igual en nuestro sitio web www.uroconsultants.com y disponible en forma impresa a petición. Si tiene preguntas sobre este aviso, pueden ser dirigidos a nuestro Oficial de Privacidad. Escriba sus iniciales en lo siguiente:

[] Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar Aviso de Privacidad de Urological Consultants, PA.

REVELACIONES DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (PHI):

Como se indica en nuestro Aviso de Privacidad, muchas revelaciones no requieren autorización. Sin embargo, hay situaciones que ocurren comúnmente para las cuales se necesita su consentimiento. Para que nuestra oficina pueda comunicarse más eficazmente con usted, y a la misma bes en cumplimiento con la ley Federal, favor de llenar lo siguiente. Usted puede actualizar su selección por escrito en cualquier momento.

Puede haber ocasiones en la cual nos gustaría hablar sobre su cuidado de salud con una persona que no sea usted. Favor indique a continuación con quien podemos hablar sobre su PHI, favor de incluir su relación y número de teléfono. Otros médicos no tienen que estar en la lista.

Por favor, indique donde podemos dejar un **mensaje detallado que pueda incluir PHI**. Si usted indica una selección, vamos a dejar un mensaje indicando el nombre de su médico y número de teléfono.

Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Es póliza general de esta oficina no comunicar su PHI a través de correo electrónico. Sin embargo, sabemos que en ciertas situaciones, puede ser la única forma de comunicación disponible. Comunicaciones por correo electrónico en esta oficina no son seguras. Email sin garantía está en riesgo de ser interceptado por un tercero no autorizado. Con el fin de enviar PHI por correo electrónico a través de un canal no seguro, necesitamos su consentimiento, nos reservamos el derecho de utilizar otras formas de comunicación, si consideramos el correo innecesario. Favor de escribir sus iniciales en su selección.

[] UCPA me ha hecho consiente de los riesgos asociados con el envío de correo electrónico a través de una red no segura. **SI** doy mi consentimiento para que PHI se ha enviada a mí por email a pesar del riesgo.

[] UCPA me ha hecho consiente de los riesgos asociado con el envío de correo electrónico a través de una red no segura. **NO** doy mi consentimiento para que PHI se ha enviada por email a mí.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

For office use only:

Patient Refused to Sign: _____ Employee Signature: _____

Patient Name: _____ Medical Record #: _____

Indicate which photo ID has been checked:

Driver's License: _____ State: _____ Date checked: _____

State ID: _____ State: _____ Employee Initials: _____

Military ID: _____ Other: _____ Specify: _____



Nombre:

Fecha:

PROBLEMA PRINCIPAL / PADECIMIENTO ACTUAL

Cuál es el motivo principal de la consulta?

ALERGIAS

Es Ud. alérgico a alguno de los siguientes medicamentos o sustancias?

NO tengo ninguna alergia

Alergeno	Sí	No	Reacción
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contraste lodado IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cipro / Ciprofloxacín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levaquin / Levofloxacín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Macrobid / Nitrofurantoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros (por favor describa):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MEDICAMENTOS

Por favor agregue todos los medicamentos con las dosis que este tomando. **Incluya medicamentos sin receta, etc. SI TIENE UNA LISTA DE MEDICAMENTOS, ENTREGUELA.**

Marque el cuadro si **NO** toma medicamentos

Medicamento	Dosis

CIRUGIA PREVIA

Se la ha practicado alguna de estas cirugías? Marque el cuadro apropiado.

Marque aquí si **NO** ha tenido cirugías or procedimientos

Cirugía Urológica (Médico revisará detalles con usted)	Sí	No	Fecha
Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vejiga o Incontinencia Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Escroto / Testículo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cirugía Abdominal	Sí	No	Fecha
Apéndice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vesícula biliar (colecistectomía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingle (inguinal)?		Lado?	<input type="checkbox"/>
Ombligo (umbilical)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Resección Intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colostomía o ileostomía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reparación de Aneurisma Abdominal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cirugía Ginecológica	Sí	No	Fecha
Histerectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cirugía del Cerebro, Cabeza o Cuello	Sí	No	Fecha
Carótida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cirugía del Tórax	Sí	No	Fecha
Revascularización Coronaria (bypass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Válvula cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stent cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cirugías Ortopédicas	Sí	No	Fecha
Reemplazo de cadera o rodilla? Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Otras Cirugías (por favor enumere):	Fecha

HISTORIAL MEDICO

Ha recibido tratamiento para alguno de los siguientes padecimientos?

Marque el cuadro correcto.

Padecimiento	Sí	No	Padecimiento	Sí	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glándula adrenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demencia / Demencia de Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma / Enfisema pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EII (enfermedad de Crohn / colitis ulcerosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos / Trombosis / Tromboembolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (cuáles):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Osteoporosis / Osteopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión de la médula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión / Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de tiroides, otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones de la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo gástrico (ERGE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras (cuáles):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado de tubo digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

HISTORIA FAMILIAR

Tiene parientes de primer grado con cualquiera de las siguientes condiciones?

Marque el cuadro correcto.

Padecimiento	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos renales (piedras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (cuáles):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES PERSONALES

Complete las siguientes preguntas.

Pregunta	Respuesta
Estado civil?	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho
Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí, diario <input type="checkbox"/> Sí, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Ya no <input type="checkbox"/> No, nunca
Desde cuando fuma?	
Cuántos cigarrillos al día?	
Cuándo dejó de fumar?	

ANTECEDENTES PERSONALES (CONTINUADO)

Complete las siguientes preguntas.

Pregunta	Respuesta
Utiliza el tabaco sin humo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Ya no <input type="checkbox"/> No, nunca
Cuántas bebidas por semana?	
Qué bebe?	<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Bebidas fuertes <input type="checkbox"/> Vino
Cuándo dejó de tomar?	
Usa drogas recreativas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, cuáles?	<input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Otros (especificar):
Cuántas bebidas cafeinadas toma al día?	
Ha tenido una transfusión sanguínea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuál es su idioma preferido?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otros / Rehusó
Cuál es su raza?	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Indio Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Originario de Hawaii o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Eskimo <input type="checkbox"/> Desconocido / Otros / Rehusó
Cuál es su origen étnico?	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No Hispano or Latino <input type="checkbox"/> Rehusó
Cuál es su trabajo o empleo?	
Para quién trabaja?	

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Tiene síntomas relacionados con los siguientes? Marque el cuadro correcto.

Síntomas Generales	Sí	No
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ojos	Sí	No
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oídos Nariz y Garganta	Sí	No
Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cardiovascular	Sí	No
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respiratorio	Sí	No
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silbidos o estertores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gastrointestinal	Sí	No
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náusea / vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en los hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Músculo-esquelético	Sí	No
Dolor crónico de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Piel, Uñas, Pelo	Sí	No
Ronchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia de cáncer de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neurológico	Sí	No
Adormecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hematológico, Linfático	Sí	No
Ganglios inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Endócrino	Sí	No
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolerancia al frío o al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>