

# COASTAL PULMONARY ASSOCIATES

| (Por favor imprima)   |  | REGISTRO DE PACIENTE              |  |                               |                           |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)  |  |                                   |  |                               |                           |
| DOMICILIO   |  | CIUDAD                            |  | ESTADO                        | CODIGO POSTAL             |
| NUMERO DE SEGURO SOCIAL   |  | FECHA DE NACIMIENTO               | EDAD   | SEXO                          | ESTADO MARITAL<br>C S D V |
| CORREO ELECTRONICO  |  | NUMERO DE TELEFONO PRIMARIO       |  | NUMERO DE TELEFONO SECUNDARIO |                           |
| FARMACIA DE PREFERENCIA (NOMBRE, DOMICILIO Y TELEFONO)  |  |                                   |  |                               |                           |
| MEDICO DE REFERENCIA (NOMBRE Y TELEFONO)  |  |                                   | MEDICO DE ATENCIO PRIMARIA (NOMBRE Y TELEFONO) |                               |                           |
| INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA   |  |                                   |  |                               |                           |
| NOMBRE  |  | RELACION AL PACIENTE              |  | NUMERO DE TELEFONO            |                           |
| DOMICILIO   |  | CIUDAD                            |  | ESTADO                        | CODIGO POSTAL             |
| INFORMACION DE SEGURO PRIMARIO  |  |                                   |  |                               |                           |
| COMPANIA DE SEGURO  |  |                                   | NUMERO DE TELEFONO                             |                               |                           |
| DIRECCION DE LA COMPANIA DE SEGURO  |  |                                   |  |                               |                           |
| NOMBRE DEL SUSCRIPTOR   |  | FECHA DE NACIMIENTO               | SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR                   |                               | RELACION AL PACIENTE      |
| NUMERO DE GRUPO   |  | NUMERO DE POLIZA O IDENTIFICACION |  | FECHA EFFECTIVA               |                           |
| INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO  |  |                                   |  |                               |                           |
| COMPANIA DE SEGURO  |  |                                   | NUMERO DE TELFONO                              |                               |                           |
| DIRECCION DE LA COMPANIA DE SEGURO  |  |                                   |  |                               |                           |
| NOMBRE DEL SUSCRIPTOR   |  | FECHA DE NACIMIENTO               | SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR                   |                               | RELACION AL PACIENTE      |
| NUMERO DE GRUPO   |  | NUMERO DE POLIZA O IDENTIFICACION |  | FECHA EFFECTIVA               |                           |
| POR FAVOR LEA ATENTAMENTE   |  |                                   |  |                               |                           |
| <p>Para brindarle la más alta calidad de atención médica asequible, solicitamos que nuestros cargos por visitas al consultorio se paguen al final de cada visita. Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente los honorarios pagados al médico y no sustituye el pago. Algunas empresas pagan asignaciones fijas para ciertos procedimientos, otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar cualquier coseguro o cualquier otro saldo no pagado por su seguro. Si esta cuenta se asigna a un abogado para el cobro y/o la demanda, la parte vencedora tendrá derecho a los honorarios razonables del abogado y los costos de cobro, en la medida necesaria para determinar la responsabilidad por el pago y obtener el reembolso. Autorizo la divulgación del expediente del paciente. Por la presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, incluidos los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, seguros privados y otros planes de salud al proveedor. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como un original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que dicho seguro los pague o no. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago. Coastal Pulmonary Associates y/o los médicos pueden tener un interés financiero o de otro tipo en empresas que fabrican o distribuyen algunos de los productos que se utilizan en el curso de su tratamiento. Si tiene preguntas o inquietudes sobre un producto o fabricante en particular, informe a su médico.</p> |  |                                   |  |                               |                           |
| FIRMA (Parte responsable): _____  |  |                                   |  | Fecha: ____/____/____         |                           |

326 Santa Fe Drive, Suite 100 • Encinitas, CA 92024  
 2067 W. Vista Way, Suite 160 • Vista, CA 92083  
 Tel: (760) 230-8994 • Fax: (760) 944-1309

# Coastal Pulmonary Associates

## CUESTIONARIO DE SALUD

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

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

### ALERGIAS

|  |    |    |
|--|----|----|
| ¿Tiene alergias conocidas a medicamentos, alimentos o ambientales? | SI | NO |
|--|----|----|

#### ENUMERE CUALQUIER ALERGIA A CONTINUACIÓN:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

### MEDICAMENTOS ACTUALES

Enumere los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre y los suplementos:

| MEDICAMENTOS | DOSIS Y FRECUENCIA |  |
|--------------|--------------------|--|
|              |                    |  |
|              |                    |  |
|              |                    |  |
|              |                    |  |
|              |                    |  |

### HISTORIAL MÉDICO PASADO

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas?

|  |    |    |
|--|----|----|
| Hipertensión (presión arterial alta)   | SI | NO |
| Enfermedad del corazón                 | SI | NO |
| Derrame                                | SI | NO |
| Diabetes                               | SI | NO |
| Asma                                   | SI | NO |
| Enfisema                               | SI | NO |
| Úlceras pépticas (estómago o duodenal) | SI | NO |
| Nefropatía                             | SI | NO |
| Hepatitis                              | SI | NO |
| Cancer                                 | SI | NO |
| Enfermedad de tiroides                 | SI | NO |
| Osteoporosis                           | SI | NO |
| Artritis                               | SI | NO |

### HISTORIAL FAMILIAR

¿Algún de sus parientes consanguíneos (vivos o fallecidos) ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

|                                      |    |    |
|--------------------------------------|----|----|
| Hipertensión (presión arterial alta) | SI | NO |
| Enfermedad del corazón               | SI | NO |
| Derrame                              | SI | NO |
| Diabetes                             | SI | NO |
| Asma                                 | SI | NO |
| Enfisema                             | SI | NO |
| Úlceras pépticas                     | SI | NO |
| Nefropatía                           | SI | NO |
| Hepatitis                            | SI | NO |
| Cancer                               | SI | NO |
| Enfermedad de tiroides               | SI | NO |
| Osteoporosis                         | SI | NO |
| Artritis                             | SI | NO |

#### Enumere otras condiciones médicas a continuación:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

### HISTORIA SOCIAL

#### ¿Cuál describe mejor su situación?

|  |  |
|--|--|
| Vivo solo/sola                             |  |
| Vivo con familia                           |  |
| Vivo con amigos                            |  |
| Vivo en un ambiente estructurado con ayuda |  |

### PARA MUJERES

|                           |                            |    |
|---------------------------|----------------------------|----|
| ¿Está embarazada ahora?   | SI                         | NO |
| ¿Cuántos hijos ha tenido? | 0   1   2   3   4   5   6+ |    |

### PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ANTERIORES

Enumere cualquier procedimiento quirúrgico que haya tenido en el pasado y su edad aproximada en ese momento:

| PROCEDIMIENTO | AÑO |
|---------------|-----|
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |
|               |     |

#### ¿Cuál es su historial de tabaquismo?

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Nunca he fumado           |  |
| Solía fumar               |  |
| Actualmente fumo          |  |
| ¿Cuántos paquetes al día? |  |

#### ¿Cuál es su consumo de alcohol?

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Yo no bebo alcohol               |  |
| Bebo alcohol todos los días      |  |
| Bebo una o más veces a la semana |  |
| Bebo una o más veces al mes      |  |
| Bebo raramente                   |  |

# REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Cuál de los siguientes tienes?

## Piel/Linfático

|                               |    |    |
|-------------------------------|----|----|
| Sarpullido                    | Si | No |
| Nuevas manchas en la piel     | Si | No |
| Infecciones de la piel        | Si | No |
| Cambio en un lunar            | Si | No |
| Llagas que no cicatrizan      | Si | No |
| Nódulos linfáticos inflamados | Si | No |

## Neurológico

|                           |    |    |
|---------------------------|----|----|
| Dolores de cabeza severos | Si | No |
| Desmayos                  | Si | No |
| Convulsiones              | Si | No |
| Mareo                     | Si | No |
| Pérdida de memoria        | Si | No |

## Ojos

|                       |    |    |
|-----------------------|----|----|
| Problemas de la vista | Si | No |
| Glaucoma              | Si | No |

## Otorrinolaringología

|                             |    |    |
|-----------------------------|----|----|
| Ronquera                    | Si | No |
| Hemorragias nasales         | Si | No |
| Pérdida de la audición      | Si | No |
| Zumbido en los oídos        | Si | No |
| Dificultad para tragar      | Si | No |
| Dolor de muelas o infección | Si | No |

## Endocrino

|                        |    |    |
|------------------------|----|----|
| Diabetes               | Si | No |
| Enfermedad de tiroides | Si | No |

## Urológico

|                      |    |    |
|----------------------|----|----|
| Ardor al orinar      | Si | No |
| Sangre en la orina   | Si | No |
| Orina con frecuencia | Si | No |

## Alergias/trastornos inmunológicos

|                            |    |    |
|----------------------------|----|----|
| Fiebre del heno            | Si | No |
| Reaccion anafiláctica      | Si | No |
| Enfermedad reumatoide      | Si | No |
| Otra enfermedad autoinmune | Si | No |

## Gastrointestinal

|                  |    |    |
|------------------|----|----|
| Acidez           | Si | No |
| Dolor abdominal  | Si | No |
| Nausea           | Si | No |
| Ictericia        | Si | No |
| Heces con sangre | Si | No |
| Heces negras     | Si | No |

## Musculoesquelético

|                               |    |    |
|-------------------------------|----|----|
| Dolor en las articulaciones   | Si | No |
| Inflamación de articulaciones | Si | No |
| Dolor de espalda              | Si | No |
| Dolor de cuello               | Si | No |
| Dolor muscular                | Si | No |

## Hematológico

|                         |    |    |
|-------------------------|----|----|
| Moretones con facilidad | Si | No |
| Sangrado excesivo       | Si | No |

## Constitucional

|                          |    |    |
|--------------------------|----|----|
| Fatiga cronica           | Si | No |
| Pérdida de peso          | Si | No |
| Aumento de peso excesivo | Si | No |
| Fiebre                   | Si | No |
| Sudores nocturnos        | Si | No |

## Cardiovascular

|                              |    |    |
|------------------------------|----|----|
| Dolor en el pecho            | Si | No |
| Latido del corazón acelerado | Si | No |
| Mala circulacion             | Si | No |

## Psicológico

|           |    |    |
|-----------|----|----|
| Depresión | Si | No |
| Ansiedad  | Si | No |

## Respiratorio

|                          |    |    |
|--------------------------|----|----|
| Asma                     | Si | No |
| Resollar                 | Si | No |
| Dificultad para respirar | Si | No |
| Tos persistente          | Si | No |
| Toser sangre             | Si | No |

Para uso de oficina:

---



---



---

## Actualización del paciente

| Fecha de visita | Cambios (S/N) | Iniciales |
|-----------------|---------------|-----------|
|                 |               |           |
|                 |               |           |
|                 |               |           |
|                 |               |           |
|                 |               |           |

## Fechas de revisión del médico

| Fecha de visita | Firma del médico |
|-----------------|------------------|
|                 |                  |
|                 |                  |
|                 |                  |
|                 |                  |
|                 |                  |



## Autorización para Divulgación de Información

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

*Muchos de nuestros pacientes permiten que los miembros de la familia, como su cónyuge, padres e hijos mayores de 18 años u otras personas, llamen y soliciten información médica. De acuerdo con los requisitos de HIPAA, no podemos brindar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente, lo que incluye, entre otros: programar/confirmar/cancelar citas, solicitar o recoger recetas, solicitar o recoger registros o resultados, etc.*

Si desea que su información médica o de facturación sea discutida o divulgada a sus familiares, debe firmar este formulario. La firma de este formulario solo nos permitirá brindar información a las personas que se enumeran a continuación.

Yo autorizo Coastal Pulmonary Associates divulgar mi información médica y/o de facturación a las siguientes persona(s):

1. \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

### Información del paciente

**Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si deseo revocar esta autorización, debo presentar una solicitud por escrito para hacerlo. Tengo derecho, previa solicitud, a inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se divulgará.**

**Entiendo que la información divulgada a cualquiera de los destinatarios anteriores ya no está protegida por las leyes federales o estatales de Coastal Pulmonary Associates, ya que no pueden garantizar lo que las personas que autoricé como destinatarios harán con mi información.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Solicitud de Registro Medico

Yo autorizo a **Coastal Pulmonary Associates obtener copias** de mis registros medicos de la entidad que se indica a continuacion:

Doctor/Nombre de grupo:

\_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Registros Solicitados:

Radiografias/imagenes

Informes de radiografias /imagenes

Datos de laboratorio

Historia e Informes fisicos

Informes operativos

Informes patologicos

Notas de visita

TODOS LOS REGISTROS de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

TODOS los registros existentes

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

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***Por favor envie por fax o por correo los registros a informacion de contacto proveido abajo lo antes posible.***