

Nombre:

Fecha de nacimiento:

## Formulario de admisión de pacientes adultos nuevos

### Información del paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono preferido: casa o celular (encierre uno en un círculo) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto para emergencias: \_\_\_\_\_ Estado civil del paciente: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): \_\_\_\_\_ Teléfono del PCP: \_\_\_\_\_

Proveedor que remite: \_\_\_\_\_ Teléfono del proveedor que remite: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Enumere TODOS los médicos que actualmente lo están tratando (por ejemplo, neumólogo, oncólogo, internista, cardiólogo, etc.)

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Las agencias de salud federales exhortan a que se recopile la siguiente información. Esta información se usa para controlar y mejorar la calidad del cuidado que se proporciona a todos los pacientes.

#### Origen étnico:

- Prefiero no responder
- Hispano o latino
- Ni hispano ni latino

#### Raza:

- Prefiero no responder
- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco  Otro
- Prefiero no responder

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

### Acuerdo de responsabilidad financiera del paciente

Entiendo que todos los copagos y deducibles aplicables se deben pagar al momento de recibir el servicio. Acepto ser financieramente responsable y hacer el pago completo de todos los cargos que no cubra mi aseguradora. Doy mi autorización para que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a ColumbiaDoctors por los servicios prestados. Autorizo a los representantes de ColumbiaDoctors para que proporcionen la información médica pertinente a mi aseguradora cuando esta la solicite o para facilitar el pago de un reclamo.

### Aviso de prácticas de privacidad: Acuse de recibo

Reconozco que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de ColumbiaDoctors (Notice of Privacy Practices, NOPP).

- Recibido  N/C (solo si recibió previamente el aviso de ColumbiaDoctors)

### Divulgación de información y consentimiento

ColumbiaDoctors le proporcionará los planes médicos que su proveedor acepta\*. Si decide que lo trate un proveedor que no acepta su plan médico, se le solicitará que firme un formulario de consentimiento en el que acepta recibir tratamiento por parte de ese proveedor.

**He leído y estoy de acuerdo con todo lo que se indicó anteriormente (Acuerdo financiero, Aviso de prácticas de privacidad, Información de seguros).**

Nombre del paciente o tutor legal (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Consulte nuestro sitio web, columbiadoctors.org para obtener una lista de los seguros que su proveedor acepta.

Nombre:

Fecha de nacimiento:

**Motivo de la visita de hoy:**

**Cuestionario médico general**

¿ALGUNA VEZ ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

- Asma/problemas para respirar.....  Sí  No Trastorno/enfermedad del corazón.....  Sí  No
  - Artritis.....  Sí  No Trastorno pulmonar.....  Sí  No
  - Sangrado/trastorno de la coagulación.....  Sí  No Enfermedad hepática.....  Sí  No
  - Trastorno de la presión arterial.....  Sí  No Trastorno neurológico/dolores de cabeza crónicos  Sí  No
  - Transfusión de sangre.....  Sí  No Enfermedad/trastorno psiquiátrico.....  Sí  No
  - Problemas intestinales/estomacales.....  Sí  No Embolia pulmonar/Trombosis venosa profunda....  Sí  No
  - Cáncer.....  Sí  No Accidente cerebrovascular.....  Sí  No
  - Trastorno relacionado con el colesterol.....  Sí  No Convulsiones o epilepsia.....  Sí  No
  - Diabetes.....  Sí  No Trastorno de la tiroides.....  Sí  No
  - Trastorno ocular (p. ej., glaucoma, cataratas)  Sí  No Trastorno urinario/renal.....  Sí  No
- Solo mujeres:** Problemas ginecológicos  Sí  No

Escriba cualquier otra enfermedad o problema médico y proporcione detalles sobre cualquiera de las afecciones anteriores:

---



---



---

Enumere todas las cirugías u hospitalizaciones anteriores y la fecha aproximada en que se realizaron.

| Procedimiento/Hospitalización | Fecha | Complicaciones |
|-------------------------------|-------|----------------|
|                               |       |                |
|                               |       |                |
|                               |       |                |
|                               |       |                |
|                               |       |                |
|                               |       |                |
|                               |       |                |
|                               |       |                |
|                               |       |                |

Indique todas las afecciones o enfermedades importantes que sus familiares inmediatos hayan tenido:

| Familiar   | Afección y descripción | ¿Vive?  | Si falleció, ¿a qué edad? |
|------------|------------------------|---|---------------------------|
| Madre      |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                           |
| Padre      |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                           |
| Hermano(a) |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                           |
| Otro:      |                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                           |

¿Fuma actualmente?  Sí  No Si la respuesta es No ¿Lo hizo antes?  Sí  No ¿Cuántos años fumó? \_\_\_\_\_ Paquetes/día \_\_\_\_\_

¿Usa otros productos derivados del tabaco?  Sí  No ¿Consumo alcohol?  Sí  No Si la respuesta es Sí, Bebidas/semana \_\_\_\_\_

**Solo mujeres:** ¿Tuvo algún embarazo anteriormente?  Sí  No ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos partos? \_\_\_\_\_

Nombre:

Fecha de nacimiento:

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento u otras sustancias (mascotas, alimentos, etc.)?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, escriba las alergias y reacciones (incluyendo sarpullido, urticaria, inflamación de la garganta, anafilaxia):

| Alergia | Reacción | Alergia | Reacción |
|---------|----------|---------|----------|
|         |          |         |          |
|         |          |         |          |
|         |          |         |          |

Escriba TODOS los medicamentos que toma actualmente, incluyendo los medicamentos, suplementos y hierbas de venta libre:

| Nombre del medicamento | Dosis | Nombre del medicamento | Dosis |
|------------------------|-------|------------------------|-------|
|                        |       |                        |       |
|                        |       |                        |       |
|                        |       |                        |       |
|                        |       |                        |       |
|                        |       |                        |       |
|                        |       |                        |       |
|                        |       |                        |       |

### Revisión de sistemas

Indique TODO lo que ha experimentado en los últimos 6 a 12 meses.

#### Constitucional

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fatiga       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aumento de peso (___lb)          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escalofríos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sentirse mal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pérdida de peso (___lb)          | <input type="checkbox"/> Otro:  |
|   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sudoración   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambios inexplicables en el peso |   |

#### Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ojos rojos           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Congestión                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ronquera             |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Disminución auditiva  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de ojos        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Roncar                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Zumbido en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Visión doble          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Secreción nasal      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sequedad de la boca                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No vértigo              |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rigidez del cuello   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Síntomas similares a los de la gripe | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de oído        |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Picazón en los ojos   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado de la nariz | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Garganta irritada                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro:                |

#### Cardiovascular

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en el pecho          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Extremidades frías          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ritmo cardíaco irregular |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Palpitaciones              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Manos o pies fríos          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro:                    |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inflamación en las piernas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de piernas al caminar |  |

#### Respiratorio

- |  |  |  |                          |
|--|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sibilancias              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos con sangre | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos con esputo |                          |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Respiración rápida       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Congestión en el pecho   | <input type="checkbox"/> Otro:   |                          |

#### Gastrointestinal

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diarrea                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambio en las evacuaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor al ragar |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangre en heces | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Heces                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vómitos con sangre         | <input type="checkbox"/> Otro:   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vómitos         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Disminución del apetito | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Incontinencia              |  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Náuseas         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Piel amarilla           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor rectal               |  |

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

 Sí  No Estreñimiento       Sí  No Problema para tragar       Sí  No Acidez estomacal

**Neurológico**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desequilibrio      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Entumecimiento     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Temblores                |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mareos                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desorientación     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hormigueo          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pérdida/falta de memoria |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Disminución de la fuerza | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Confusión          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones       | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de coordinación    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensación de ardor | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos (síncope) |  |

**Musculoesquelético**

|   |   |  |                                      |
|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de articulaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor muscular             | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cuello         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hinchazón en articulaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debilidad muscular         |                                      |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de espalda        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Calambres musculares        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inflamación en las piernas |                                      |

**Genitourinario**

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Micción frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor pélvico       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relaciones sexuales dolorosas  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado menstrual abundante |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Incontinencia     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nicturia            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Secreción vaginal              | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Urgencia urinaria | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Picazón genital     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado vaginal               |  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor al orinar   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambio en la libido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ciclos menstruales irregulares |  |

**Integumentario**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sarpullido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Heridas en la piel | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tumoración inusual | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer en la piel |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Piel seca  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambio de un lunar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Picazón            | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                      |

**Psiquiátrico**

|   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Depresión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ansiedad | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---|--|--------------------------------------|

**Hematológico/linfático**

|  |  |   |                                      |
|--|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fácil formación de moretones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Más propenso a sangrar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nódulos linfáticos inflamados | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|--|--|---|--------------------------------------|

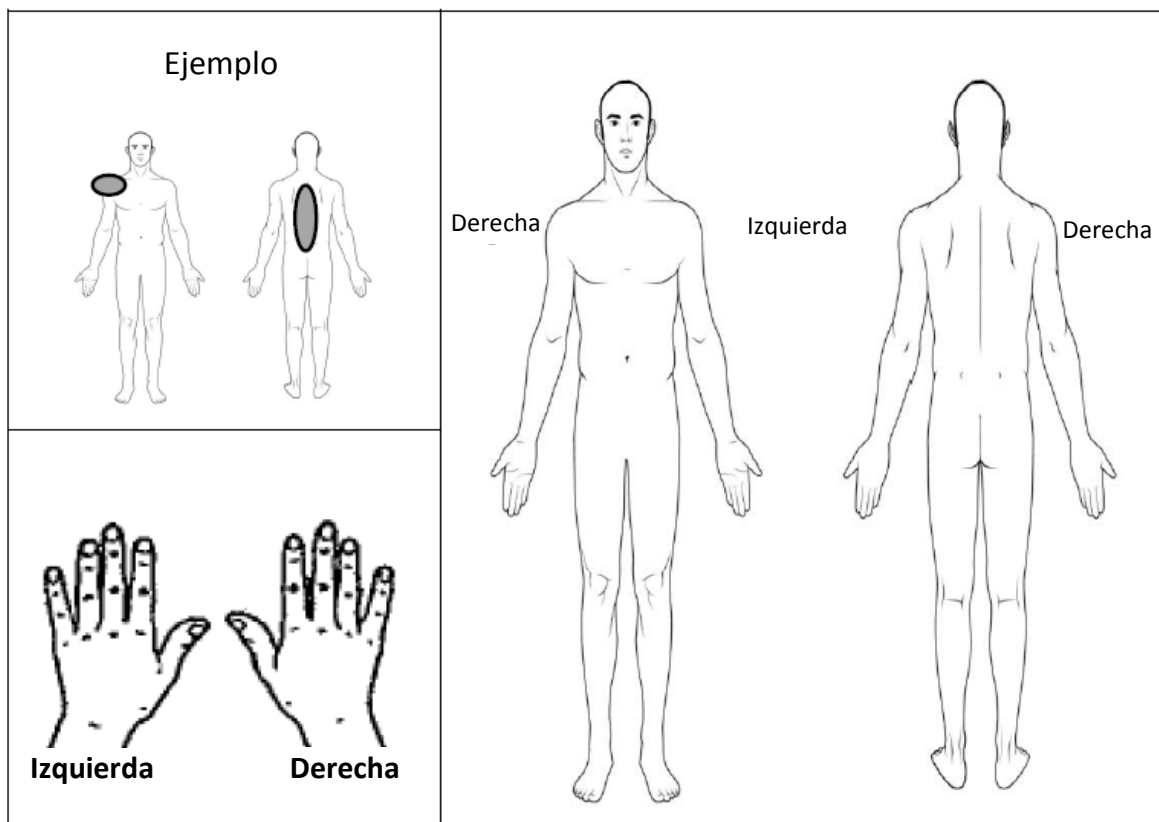
**Endocrino**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sed excesiva         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Intolerancia al calor | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambios en la piel |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Intolerancia al frío | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambios en el cabello | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                       |

**OFFICE USE ONLY:** Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Información adicional de reumatología

Sombree todas las áreas del cuerpo y las manos en donde sintió dolor durante la semana pasada



### MEDICAMENTOS ANTERIORES

Revise esta lista de medicamentos "para la artritis". Intente recordar con la mayor exactitud posible cuáles medicamentos ha tomado, por **cuánto tiempo** tomó los medicamentos, los **resultados** de tomar el medicamento y enumere todas las **reacciones** que puede haber tenido. Escriba sus comentarios en los espacios proporcionados.

| Nombres de los medicamentos/dosis  | Duración                                       | Marque las opciones que correspondan: ¿Le ayudó?  |                          |                          | Reacciones |
|--|--|---|--------------------------|--------------------------|------------|
|  |  | Mucho   | Un poco                  | Nada                     |            |
| <b>Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES)</b>                 |  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |
| <b>Encierre en un círculo los medicamentos que haya tomado anteriormente</b> |  |   |                          |                          |            |
| Ansaid (flurbiprofeno)   | Arthrotec (diclofenaco + misoprostil)          | Aspirina (incluida la aspirina con revestimiento) | Celebrex (celecoxib)     |                          |            |
| Clinoril (sulindac)  | Daypro (oxaprozin)                             | Disalcid (salsafate)                              | Doloboid (diflunisal)    |                          |            |
| Feldene (piroxicam)  | Indocin (indometacina)                         | Lodine (etodolac)                                 | Meclomen (meclofenamato) |                          |            |
| Motrin/Rufen (ibuprofeno)  | Nalfon (fenoprofeno)                           | Naprosyn (naproxeno)                              | Oruvail (ketoprofeno)    |                          |            |
| Tolectin (tofmetin)  | Trilisate (tirsalicilato de magnesio y colina) | Vioxx (rofecoxib)                                 | Voltaren (diclofenaco)   |                          |            |

| <b>Analgésicos</b>   |  |                          |                          |                          |  |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Acetaminofén (Tylenol)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Codeína (Vicodin, Tylenol 3)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Propoxifeno (Darvon/Darvocat)  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Otro:  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Otro:  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Fármacos antirreumáticos modificadores del curso de la enfermedad (FARME)</b> |  |                          |                          |                          |  |
| Auranofin, tabletas de oro (Ridaura)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Inyecciones de oro (Myochrysine o Solganol)                                      |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Hidroxicloroquina (Plaquenil)  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Penicilamina (Cuuprimine o Depen)  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Metotrexato (Rheumatrex)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Azatioprina (Imuran)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Sulfasalazina (Azulfidine)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Quinacrina (Atabrine)  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Ciclofosfamida (Cytosan)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Ciclosporina A (Sandimmune o Neoral)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Elanercept (Enbrel)  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Infliximab (Remicade)  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Otro:  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Otro:  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Medicamentos para la osteoporosis</b>   |  |                          |                          |                          |  |
| Estrógeno (Premarin, etc.)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Alendronato (Fosamax)  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Etidronato (Didronell)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Raloxifen (Evista)   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Fluoruro   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Calcitonina inyección o nasal (Miacalcin, Calcimar)                              |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Risedronato (Actonel)  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Otro:  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Otro:  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Medicamentos para la gota</b>   |  |                          |                          |                          |  |
| Probenecid (Benemid)   |  |                          |                          |                          |  |
| Colchicina   |  |                          |                          |                          |  |
| Alopurinol (Zyloprim/Lopurin)  |  |                          |                          |                          |  |
| Febuxostat (Uloric)  |  |                          |                          |                          |  |
| Otro:  |  |                          |                          |                          |  |
| Otro:  |  |                          |                          |                          |  |
| <b>Otros</b>   |  |                          |                          |                          |  |
| Cortisona/Prednisona   |  |                          |                          |                          |  |
| Inyecciones de ácido hialurónico<br>Hyalgan o Synvisc                            |  |                          |                          |                          |  |
| Suplementos nutricionales o<br>a base de hierbas                                 |  |                          |                          |                          |  |
| Enumere los suplementos:   |  |                          |                          |                          |  |
|  |  |                          |                          |                          |  |
|  |  |                          |                          |                          |  |
|  |  |                          |                          |                          |  |
|  |  |                          |                          |                          |  |

## Autorización para divulgar información médica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Autorizo a divulgar la siguiente información de salud protegida:

- Notas del consultorio /nombre del médico. \_\_\_\_\_  
 Informes de patología  Informes de radiología  Informes de laboratorio Fecha(s): \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_  Copia en papel  Copia electrónica

El propósito de esta solicitud de divulgación de información médica es para:

- Cuidado médico / tratamiento  Seguro  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Envíe mi información médica a: Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Entiendo que:

- Al firmar este formulario, autorizo el uso o la revelación de información de salud protegida como se indicó anteriormente.
- Puedo negarme a firmar esta autorización, lo cual no afectará mi tratamiento ni pago de la atención de salud.
- Puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento antes de que revelen la información que he solicitado mediante una notificación de revocación por escrito como se especificó en el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad.
- Si la parte que recibe la información no está sujeta a las leyes sobre la privacidad de expedientes médicos, el receptor puede volver a revelar la información y la ley federal o estatal puede no protegerla más. El Centro Médico de la Universidad de Columbia no se hará responsable de ninguna consecuencia que sea resultado de una nueva revelación.
- Si la información para divulgar contiene algún dato sobre el VIH/SIDA se solicitará una autorización adicional de HIPAA para divulgar información médica.
- Los registros de consumo de sustancias controladas o alcoholismo, salud mental o psiquiatría pueden tener requisitos de conformidad adicionales que se deben cumplir antes de que se pueda divulgar la información.
- Me entregarán una copia de este formulario firmado.
- El Centro Médico de la Universidad de Columbia puede cobrar un honorario administrativo para cubrir el coste del trabajo, de las copias y del franqueo. En la consulta del médico me informarán acerca de algún costo y arreglo de pago.
- Esta Autorización vence el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ {si la fecha no se completa / un año después de firmado}

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente / representante**

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

Si el paciente mencionado anteriormente es un menor de edad o no puede firmar y usted es el padre/la madre, el tutor legal o la persona que lo representa firmando en nombre de este paciente, por favor, firme a continuación y complete la siguiente información:

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente**

**Guarde este formulario en el expediente médico del paciente y entregue una copia al paciente.**

**Se necesita una autorización adicional (NYS DOH-2557) para revelaciones cuando sus expedientes médicos contienen información relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) incluidos entre otros el resultado de la prueba y el hecho de que se le haya realizado la prueba.**

**CERTIFIED**

to be a true and correct translation from  
English to Spanish: M.G. 08/12/08 -T  
THE HISPANIC TRANSLATION CENTER  
Columbia University Medical Center

## Centro Médico de la Universidad de Columbia

### Política de pago del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ MRN # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por elegir a la División de \_\_\_\_\_ del Departamento de \_\_\_\_\_ en el Centro Médico de la Universidad de Columbia. Entendemos que muchos pacientes encuentran complejos y confusos los temas sobre la responsabilidad financiera y la cobertura de seguro, por eso hemos resumido la política de nuestra práctica. Si usted tiene preguntas acerca de estas políticas, nuestro personal lo ayudará con mucho gusto.

**¿En qué consiste mi responsabilidad financiera?**

Su responsabilidad financiera depende de varios factores, los cuales se explican a continuación. *Por favor, marque el tipo de seguro que aplica al paciente.*

**Pago por las visitas al consultorio y los servicios**

| (1) Si usted tiene...   | (2) Usted es responsable de...   | (3) Nosotros...  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plan de Cuidado Administrado o seguro de indemnidad comercial y el proveedor <u>no</u> es un proveedor participante o los beneficios son considerados fuera de la red. | Pagar el 100% de todos los costos del proveedor.   | Presentaremos la reclamación a su compañía de seguro a su nombre.  |
| <input type="checkbox"/> Plan de cuidado administrado y el médico <u>es</u> un proveedor participante o los beneficios son considerados dentro de la red.                                       | Obtener una autorización de remisión, si corresponde. Pagar su deducible, copagos y cualquier otra obligación financiera como se indica en su plan.  | Le informaremos cualquier servicio no cubierto por su plan. Presentaremos la reclamación a su compañía de seguro.  |
| <input type="checkbox"/> Medicare tradicional   | Pagar su deducible si todavía no lo ha pagado para el año calendario, así como cualquier servicio no cubierto por el Medicare. Si no tiene cobertura secundaria o Medigap, también le pedirán que pague el 20% del co-seguro de Medicare.  | Presentaremos la reclamación a Medicare, así como cualquier reclamación a su seguro secundario. Para los servicios que pueden no estar cubiertos por el Medicare, le proporcionaremos un Medicare ABN o de exención para la firma. |
| <input type="checkbox"/> Medicaid tradicional   | Áreas específicas: Generalmente usted no es responsable del pago cuando el consultorio del médico acepta el Medicaid. Si no acepta el Medicaid, usted puede ser responsable de pagar el costo de la visita de antemano.  | Si el Medicaid es aceptado en el consultorio del médico, le facturaremos al Medicaid. Si no se acepta el Medicaid, cobraremos el costo de la visita de antemano.   |
| <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador o sin culpabilidad (contra todo riesgo)   | Proporcionar a nuestro personal un número válido de caso, fecha del accidente, nombre y dirección del seguro y del evaluador. Proporcionar la autorización para el servicio si es necesario. Proporcionar el formulario AOB para su compañía de seguro sin culpabilidad. Ningún pago se hace en el momento del servicio. | Llamaremos a su compañía de seguro con antelación para verificar la fecha del accidente, número de la reclamación, médico de atención primaria, información del empleador, y procedimientos de la remisión.                        |
| <input type="checkbox"/> No asegurado   | Pagar el 100% de todos los cargos del proveedor.   | Colaboraremos con usted para liquidar su cuenta.   |

**Pacientes menores de edad**

Un padre o tutor legal debe acompañar a los pacientes menores de edad en la primera visita del paciente. El adulto acompañante es responsable de pagar la cuenta, de acuerdo con la política descrita en las páginas previas, o debe proporcionar información completa y exacta sobre el garante del seguro al que le enviarán la factura.

**Confirmación del acuerdo**

He leído, entiendo, y acepto esta Política Financiera. Comprendo que los costos no cubiertos por mi compañía de seguro, así como el copago y deducible aplicables son mi responsabilidad y pagaderos inmediatamente después de recibir el estado de cuenta del paciente.

Autorizo el pago directo de los beneficios de mi seguro a \_\_\_\_\_.

Autorizo a la División de \_\_\_\_\_ del Departamento de \_\_\_\_\_ en el Centro Médico de la Universidad de Columbia a revelar la información médica pertinente a mi compañía de seguro cuando sea solicitada, o para facilitar el pago de una reclamación.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del paciente o garante

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o garante

\_\_\_\_\_  
Fecha



## AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

### RECONOCIMIENTO DE RECIBO

FECHA: \_\_\_\_\_

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de ColumbiaDoctors.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (en letras de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

**Si este formulario fue completado por el representante personal del paciente, por favor escriba el nombre en letras de imprenta y firme a continuación.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Personal  
(en letras de imprenta) y parentesco

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal

For ColumbiaDoctors use only

Complete this section if this form is not signed and dated by the patient or patient's personal representative.

I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of ColumbiaDoctors Notice of Privacy Practices but was unable to for the following reasons:

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign
- Other \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Employee Name

\_\_\_\_\_  
Date

**Este formulario se debe colocar en el expediente medico del paciente**

*Revised March 2014*