

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE
(Página 1 de 2)

Fecha de visita: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

RAZÓN PARA VENIR AL MÉDICO HOY:

Motivo de la visita hoy: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES (LISTA TODO, INCLUYENDO MEDICAMENTOS SIN RECETA, VITAMINAS, ETC.): _____

HISTORIA MEDICA/QUIRURGICA:

Desde la ultima visita aquí, el paciente:Si.....No

Ha sido diagnosticado con un nuevo problema medico o ha tenido un cambio en un problema medico existente? Si No

Haber ingresado en el hospital o tuvo una visita inesperada al medico o a la sala de emergencias?..... Si No

Se sometio a cirugia o cualquier otro procedimiento?..... Si No

Comenzo a ver a un nuevo medico primario, especialista, o terapeuta?..... Si No

Si respondio "Si" arriba, por favor explique:

HISTORIA FAMILIAR:

Desde la ultima visita aquí, alguien de la familiar del paciente ha desarrollado o nacido con un nuevo problema cardiaco significativo? Si No

Si respondio "Si" arriba, por favor explique:

HISTORIAL DE ALERGIAS:

Ninguno

NKDA (sin alergias conocidas a medicamentos)

Acetaminofén (Tylenol) Aspirina Medios de contraste yodados Penicilina Sulfamidas

Otro: _____

HISTORIA SOCIAL:

Indique los miembros de la familia inmediata del paciente: Madre Padre Hermano(s) _____ Hermana(s) _____

Otro (lista): _____

Describa su situación escolar *actual (la del paciente)*. Escuela regular Educación especial Tiempo completo Tiempo parcial

Describa su uso *actual de* tabaco (el del paciente).

Fumador actual todos los días Fumador actual algún día Ex fumador Nunca fumó Desconocido

Segunda mano al tabaco/humo: Ninguna Mínima Frecuente Diariamente

¿Usted (el paciente) ha consumido alguna vez alguna droga ilícita? Sí No

En caso afirmativo, indique qué tipo de droga y con qué frecuencia _____

¿Usted (el paciente) toma bebidas alcohólicas? Sí No

En caso afirmativo, indique qué tipo de bebida y cuántas porciones por día: _____

¿Usted (el paciente) toma bebidas con cafeína? Sí No

En caso afirmativo, indique qué tipo de bebida y cuántas porciones por día: _____

Describa su rutina de ejercicios actual (la del paciente): Inactivo Ligero Moderado Intenso Vigoroso

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE DE ECO FETAL (Página 2 de 2)

REVISIÓN DE SISTEMAS:

¿El paciente ha experimentado recientemente alguno de los siguientes síntomas? *Por favor marque Sí o No para cada uno de los puntos a continuación.* Su médico discutirá cualquier respuesta positiva con usted.

General:	Si	No
• Fatiga facil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infecciones Frecuentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Palidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ganancia de Peso Pobre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Perdida de Peso Reciente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aumento de Peso Reciente..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Piel:	Si	No
• Color Anormal: Azul o Muy Palido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eccema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemangiomas/Marcas de nacimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Venas Prominentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erupcion/Sarpullido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cardiovascular:	Si	No
• Azulado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fatiga facil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Presion alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ritmo cardiaco irregular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Presion baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Palpitaciones o latidos rapidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Desmayarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mala tolerancia al ejercicio ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gastrointestinal:	Si	No
• Tos/Asfixia al Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dificultad para alimentarse....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diarrea frecuente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Frecuente vomitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Acidez/Dolor de estomago ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pobre comedor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HEENT:	Si	No
• Vision borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Labios agrietados/doloridos/rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor de oido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lentes/Gafas/Lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Perdida de la audicion.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Perdida o cambio de vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Congestion nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sangrado de nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ojos rosados/rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Secreción nasal estacionales/cronico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ojos lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genitourinario:	Si	No
• Sangre en la orina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Decreció de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Historia de infecciones del tracto urinario.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Musculoesqueletico:	Si	No
• Abnormalidad de la cavidad toracica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor articular o muscular .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hinchazon articular o muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Articulaciones sueltas/flexibles .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Enrojecimiento/inflamacion de articulaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Escoliosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuello:	Si	No
• Dolor de cuello.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rigidez en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hinchazon de cuello.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respiratorio:	Si	No
• Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor de pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respiracion dificultosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tos frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Colapso pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respiracion ruidosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Neumonia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jadear/Resollar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psiquiatrico:	Si	No
• Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cambios de humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Arrebato de temperamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Endocrina/Glandulas:	Si	No
• Sudoracion excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sed/hambre excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Intolerancia al calor o frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hematologia:	Si	No
• Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Moretones/sangrado faciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hinchado/agrandado ganglios linfaticos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neurologico:	Si	No
• Movimientos anormales....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diagnostico de TDA/TDAH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario completado por:

Paciente Madre Padre Familiar: _____, Personal o Traductor: _____

Revisión del médico: _____

AMV SGL DML AMSI

Fecha: _____

PEDIÁTRICO CARDIOLOGÍA DE LONG ISLAND, P.C.

100 PORT WASHINGTON BOULEVARD, ROSLYN, NY 11576 516-365-3340 - FAX: 516-908-4214
232 BARNUM AVENUE, PORT JEFFERSON, NY 11777 631-331-5014
661 DEER PARK AVENUE, BABYLON, NY 11702 631-669-9624

CUENTA#: _____

NOMBRE DEL
PACIENTE:

APELLIDO

NOMBRE

M. I.

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO CELULAR (1): _____ NOMBRE DEL CONTACTO: _____

ALTERNATIVA # (2): _____ NOMBRE DE CONTACTO: _____

PADRE/MADRE O GUARDIÁN LEGAL INFORMACIÓN:

Padre/Guardián # 1:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

Padre/Guardián # 2:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO:

PRIMARIO:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____

NOMBRE DE TOMADOR DE SEGURO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN DE TOMADOR DE SEGURO: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

SECUNDARIO:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____

NOMBRE DE TOMADOR DE SEGURO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN DE TOMADOR DE SEGURO: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

Nombre del padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/Guardián:

POR FAVOR, liste todos los médicos que requerirán los resultados de esta visita de cardiología. LAS CARTAS CONSULTA SE ENVIARÁN POR FAX A LOS MÉDICOS INDICADOS A CONTINUACIÓN.

Las solicitudes de envío de registros médicos a cualquier persona que no figure a continuación requerirán que se complete un formulario de autorización de registro médico en nuestro sitio web.

DOCTOR PRIMARIO:

NOMBRE DE MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

DOCTORES ADICIONAL:

NOMBRE DE MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DE MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DE MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

Nombre del padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/Guardián:

Copago, coaseguro y deducible

Agradecemos su confianza al elegir Cardiología Pediátrica de Long Island. Por favor, tómese un momento para revisar la política financiera de nuestra oficina a continuación.

COPAGOS:

Si está inscrito en un plan de atención médica administrada con el que tenemos contrato, deberá pagar el copago del especialista cada vez que lo atiendan. Este pago debe realizarse antes de la cita. Si no está preparado al momento del servicio, se le aplicará un recargo de \$25.00.

COASEGURO:

Además de los copagos y deducibles, algunos planes incluyen un coaseguro. Este es un porcentaje del monto de reembolso acordado entre usted y su compañía de seguros. Es SU responsabilidad conocer su coaseguro antes de ser atendido.

Se mantiene una tarjeta de crédito para estos saldos. El departamento de facturación se pondrá en contacto con usted antes de realizar el cargo. Si no recibimos el pago después de 90 días, se realizará el cargo automáticamente.

DEDUCIBLE:

Además de los copagos y coaseguros, algunos planes tienen un deducible anual. Este puede ser individual o familiar. Es SU responsabilidad conocer el monto de su deducible y si lo ha alcanzado antes de su consulta.

Se mantiene una tarjeta de crédito para estos saldos. El departamento de facturación se pondrá en contacto con usted antes de realizar el cargo. Si no recibimos el pago después de 90 días, se realizará el cargo automáticamente.

Es responsabilidad del padre, madre, asegurado o paciente conocer su póliza de seguro. Es imposible obtener una garantía de pago hasta que se presente una reclamación. Por lo tanto, el paciente, padre, madre o guardián es responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por su contrato.

PADRES DIVORCIADOS/SEPARADOS DE HIJOS MENORES:

El padre o la madre que consiente el tratamiento de un menor es responsable del pago del copago, el coaseguro, el deducible y todos los servicios prestados. Cardiología Pediátrica de Long Island no se involucra en disputas de separación o divorcio.

Nuestra póliza de oficina es enviar tres facturas. Después de 90 días, su cuenta generará cargos financieros mensuales, de los cuales usted es responsable. Su estado de cuenta final le informará que el saldo se transferirá a una agencia de cobranza. Usted será responsable del saldo del seguro, los cargos financieros y cualquier costo que pueda resultar de los procedimientos de cobranza. Para evitar esto, le rogamos que pague su factura puntualmente. Si no entiende el motivo del saldo, no dude en contactarnos. Siempre estamos dispuestos a establecer un plan de pago.

Nombre del padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/Guardián:

AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a dicha información.

Esta oficina siempre ha reconocido la importancia de la privacidad; esta nueva ley federal formaliza las prácticas que se han seguido habitualmente. Como lo exige la nueva ley, hemos resaltado los puntos de interés para su revisión.

Fondo:

En 1996, el Congreso reconoció la necesidad de un estándar nacional de privacidad del paciente y, como parte de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), ordenó el establecimiento de un conjunto de normas para controlar el uso y la divulgación de la información médica, tal como la mantienen médicos, hospitales y planes de salud. La información médica se considera confidencial y personal, y la ley establece la protección del consumidor y limita su divulgación, al igual que protecciones similares ya promulgadas para cuentas bancarias, tarjetas de crédito e incluso alquiler de videos.

- Por ley, no se requiere consentimiento para hablar sobre su tratamiento médico con otros médicos o profesionales de la salud. Esto también permite que se le solicite una receta médica en su farmacia y que se programe una cirugía en un hospital.
- Además, no se necesita consentimiento durante la realización de operaciones de atención médica, como la evaluación de calidad, o en la comunicación con su compañía de seguros para cuestiones relacionadas con el pago, o para usos incidentales, como anunciar un nombre en una sala de espera o el uso de hojas de registro.
- Sin embargo, esta oficina siempre ha ido un paso más allá para protegerlo y no cree en divulgar información específica sobre usted a ninguna empresa o entidad gubernamental sin su consentimiento por escrito.
- Se requiere una autorización específica para divulgar información protegida en una circunstancia no rutinaria, como a su empleador o para utilizarla en la comercialización de un producto.
- Su información médica podrá ser divulgada para fines de investigación y salud pública siempre y cuando no se le identifique individualmente.
- Usted tiene derecho a solicitar la divulgación de su información médica.
- Puede sugerir restricciones adicionales con respecto a ciertos usos y divulgaciones, si lo desea.
- Partes de este aviso pueden ser modificadas y/o enmendadas según las regulaciones gubernamentales.
- La ley exige que usted reconozca la recepción de este aviso.

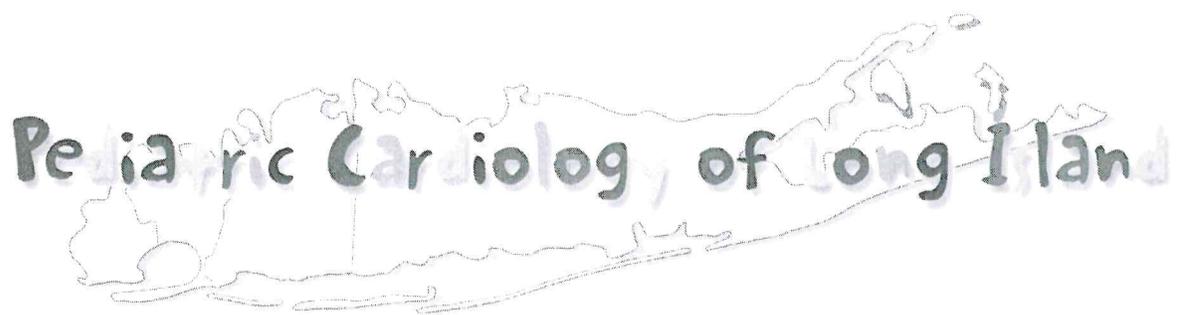
Gracias.

Cardiología pediátrica de Long Island

Tengo revisado a copia de Pediátrico Cardiología de Aviso de Long Island de Privacidad Prácticas.

Nombre del padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/Guardián:



Firma del personal: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____