

**HISTORIAL DEL PACIENTE (parte 1)**

Nombre/Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Porfavor responda **SI** o **NO** a las siguientes preguntas. Si su respuesta es **SI**, porfavor escribir una breve descripcion del problema.

- | <b>NO</b>                                      | <b>SI</b>                |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cambio de peso        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cambio en apetito     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fiebres / Escalofrios | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Suda en la noche      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Debilidad general     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mareo o desmayos      | <input type="checkbox"/> |

**SISTEMA ENDOCRINOLOGICO**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calor o frios intolerables                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides                            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de cirugia del<br>cuello o irradiacion | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sed excesiva                                     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Orina en exceso                                  | <input type="checkbox"/> |

**OJOS**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Falla de la vista o ceguera | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cataratas                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Vision doble                | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor Ocular                | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lentes                      | <input type="checkbox"/> |

**OIDOS, NARIZ Y GARGANTA**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dificultad al oir    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ruido en los oidos   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sangrado de la nariz | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ronquera             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis            | <input type="checkbox"/> |

**SISTEMA GASTROINTESTINAL**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nausea              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Vomito              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sangre en el Vomito | <input type="checkbox"/> |

- | <b>NO</b>   | <b>SI</b>                |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal                      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hinchazon abdominal                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la escreta                 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Escreta negra                        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Semblante Amarillo                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento                        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar                 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Indigestion/ardor en el estomago     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/Historial de la vesicular | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides                          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de Ulcera                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de Pancreatitis            | <input type="checkbox"/> |

**PULMONES**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar al ejercitarse                                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Respira mejor sentado  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tos: por cuanto tiempo?  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Flema: volumen, color  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sangre al tocer  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Le suena el pecho al respirar  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Labios o dedos azules  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de asma  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de neumonia  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Examen de la piel para tuberculosis<br>positivo o negative (circule uno) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> rallo X en el año  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de infeccion respiratoria<br>Cada cuanto tiempo?               | <input type="checkbox"/> |

(Voltar la pagina)

**CORAZON Y VENAS**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| NO  | SI                       |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Desmayos                         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hinchazon de los tobillos        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor de piernas al caminar      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hinchazon de piernas             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de hipotension         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de soplo en el corazon | <input type="checkbox"/> |

**GENITOURINARIO**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tamaño y menos fuerza al orinar                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor al orinar                                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad de detener la orina                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gotear, urgencia, dificultad al orinar            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de enfermedad de los riñones o piedras. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> sangrado al orinar(no menstrual)                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de enfermedades venerias?               | <input type="checkbox"/> |
| Fecha del ultimo periodo   |                          |
| Menstrual_____   |                          |

**MUSCOLOESQUELETO**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rigidez de articulaciones   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hinchazon de articulaciones | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Debilidad de musculos       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda            | <input type="checkbox"/> |

**NO****SISTEMA NERVIOSO**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> perdida de conocimiento       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ataques epilepticos           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Historial de derrames/embolia | <input type="checkbox"/> |

**SISTEMA UROLOGICO**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orina con frecuencia   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Urgencia al orinar     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dolor al orinar        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Orina durante la noche | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Color de orina anormal | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina     | <input type="checkbox"/> |

**SISTEMA UROLOGICO**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangramientos o moretones | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anemia                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones             | <input type="checkbox"/> |

**SI**

Roswell Internal Medicine Specialists, PC  
Dr. Gorka Zurinaga, MD

**Informacion Personal**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

Reaccion alergica a medicinas u otras

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicinas que toma actualmente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Problemas medicos actuales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Problemas medicos previos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hospitalizaciones	Descripciones	Año	Hospital
-------------------	---------------	-----	----------

Enfermedad	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Cirugia	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Otra	_____	_____	_____
------	-------	-------	-------

Nombre de paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

Historial Familiar	Viviendo	Muerto	Si esta muerto, apunte la razon
Padre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hermanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

**Hay historial familiar de:**

Enfermedad de corazon	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Quien? _____
Hipertension	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Quien? _____
Desorden mental	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Quien? _____
Diabetes	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Quien? _____
Cancer de Seno	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Quien? _____
Derame/Embolia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Quien? _____
Cancer	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Quien? _____
Alcoholismo	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Quien? _____
Enfermedad de los rinones	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Quien? _____

**Habitos personales:**

	Si	No	Si. Sí, cuanto y cada cuanto tiempo
Fuma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Mastica tabacco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bebe alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Usa drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hace ejercicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

**Solo para mujeres**

Periodos menstruales? \_\_\_\_\_  
 Edad de desarrollo \_\_\_\_\_ Regular  Si  No  
 Fecha del ultimo periodo \_\_\_\_\_  
 Dificultad con periodos?  Si  No  
 Especifique \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Edad de menopausia \_\_\_\_\_  
 Bultos o descarga del seno? \_\_\_\_\_

Embarazos? \_\_\_\_\_  
 Vivos \_\_\_\_\_ Cesaria \_\_\_\_\_  
 Prematuros \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_  
 Usa píldoras  Si  No  
 Autoexamina sus senos?  Si  No  
 Fecha de último PAP \_\_\_\_\_  
 Fecha de último mamogramma \_\_\_\_\_

# NORTHSIDE HOSPITAL

English - Spanish

## FINANCIAL ACKNOWLEDGEMENT / ACUSE DE RECIBO DE ASUNTOS FINANCIEROS

**ASSIGNMENT OF BENEFITS / ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** En virtud de los servicios prestados por Northside Hospital, por medio de la presente asigno y transfiero al hospital y a otros proveedores de servicios médicos, todos los beneficios pagaderos correspondientes a hospitales y proveedores médicos, tal como lo estipula mi póliza de seguro o plan de beneficios médicos. Por la presente asigno y transfiero todos los derechos y recursos que correspondan bajo lo establecido por mi póliza de seguro o plan de beneficios que he identificado o habré de identificar en conexión con todos los servicios prestados, incluidos entre otros, todos los derechos y recursos de conformidad con las reglamentaciones estatales, federales y de la ley ERISA (*Employee Retirement Income Security Act*). Por medio de la presente asigno y transfiero al hospital y a otros proveedores médicos todos los derechos que correspondan, conforme a las reglamentaciones de la ley ERISA, federales o estatales, para que emprendan los trámites ante cualquier denegación de beneficios, limitación de cobertura o solicitud de revisión de obligaciones fiduciarias que involucren la administración de beneficios por parte del Departamento de Trabajo de los EE. UU., el Departamento de Salud Comunitaria o el Departamento de Seguros. Autorizo e instruyo a la compañía aseguradora a pagar los beneficios mencionados al hospital y a los proveedores médicos que corresponda. Entiendo que esta asignación no me exime de ninguna responsabilidad que pueda tener por el pago de los cargos que no sean pagados por la compañía de seguros, a menos que sea provisto de manera diferente bajo los términos de un acuerdo entre la compañía de seguros y el hospital. Si el ingreso es debido a un embarazo, la asignación de beneficios también le corresponde a todo bebé recién nacido.

**PRECERTIFICATION / CERTIFICACIÓN PREVIA:** Entiendo que mi póliza de seguros puede requerir que se cumpla con un programa de comprobación de utilización para verificar que los fondos para beneficios de atención médica se usen cuando sean justificados. Entiendo que el programa de comprobación de utilización tiene la responsabilidad de evaluar los ingresos programados propuestos y los ciclos de tratamiento previstos. Entiendo que si el programa de comprobación de utilización determina que el ingreso es necesario y adecuado y expide una certificación, tendré a mi disposición los beneficios de mi plan de atención médica de conformidad con los términos de mi póliza. Sin embargo, si se deniega la certificación, los beneficios de atención médica pueden ser suspendidos. Entiendo que la precertificación puede ser responsabilidad del paciente o de quien tiene la responsabilidad económica y del médico que le atiende. Entiendo que Northside Hospital está dispuesto a hacer el ingreso tal como lo solicite mi médico. También entiendo que es posible que yo sea responsable económicamente de todos los gastos hospitalarios incurridos como resultado de este ingreso, si es que el programa de comprobación de utilización rehúsa certificar que el ingreso es adecuado o si la certificación se solicitó demasiado tarde como para considerarse válida. Entiendo que para protegerme de pérdidas económicas personales innecesarias, debo verificar lo antes posible cuáles son las obligaciones que me corresponden con la compañía de seguros, el programa de comprobación de utilización y mi propio médico.

### ABOUT YOUR BILLING / SOBRE LA FACTURACIÓN DE CUENTAS:

**Servicios prestados por el hospital y por otros proveedores:** Además de la factura de Northside Hospital, recibirá también otra factura que cubre el componente profesional del tratamiento. Aunque Northside Hospital sea un proveedor de una red de seguro médico, puede ser que el médico o el grupo de profesionales que brinda servicios no sea un proveedor cuyos servicios estén cubiertos. Si la atención recibida fue por un servicio ambulatorio, la compañía de seguros tramitará el pago según corresponda a los servicios ambulatorios. Es posible que los servicios de atención ambulatoria requieran el pago de coseguro, deducible o copago, según esté establecido en los beneficios de la póliza del seguro.

**Centros de atención médica:** Si la atención se recibe en un centro de atención, que no es un centro de atención médica ambulatoria de Northside Hospital, los beneficios del seguro médico se procesarán como las visitas a consultorio.

**FINANCIAL RESPONSIBILITY / RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Se espera que los servicios prestados se paguen en su totalidad el mismo día que se reciben. Las cuentas que tengan más de 30 días de vencimiento acumularán intereses a una tasa anual del 8 por ciento. Este interés no se aplica a deducibles o copagos de Medicare o Medicaid ni a ningún otro programa gubernamental. [Las cuentas que estén dentro de un contrato de pagos diferente no se les considerará atrasadas, siempre y cuando el plan sea aceptado por escrito conforme al "Acuerdo para un Plan de Pagos en Cuotas de Northside Hospital", hasta que haya pasado un máximo de ciento ochenta (180) días desde el servicio, según sea el Plan de Pagos establecido, y siempre que se cumplan todas las condiciones del plan de pagos.] Los pacientes con seguro médico deben pagar el copago asignado, la cantidad del deducible que falta por pagar y el estimado de coseguro, antes de recibir cualquier servicio programado, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Los pacientes sin seguro médico deben pagar la totalidad adeudada antes de recibir cualquier tipo de servicio programado, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Tal como lo establecen las leyes federales, esta disposición no incluye las evaluaciones de carácter urgente o los tratamientos de estabilización, y no se exigirá ningún pago antes de la realización de los mismos.

*By signing below, I acknowledge and agree that I have read or had this form read to me and I understand and agree to its contents. / Al firmar a continuación, reconozco y acepto haber leído o que me han leído este formulario y entiendo y estoy de acuerdo con el contenido del mismo.*

PATIENT / REPRESENTATIVE / PACIENTE O REPRESENTANTE DATE / FECHA RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN O PARENTESCO CON EL PACIENTE

Interpreter Signature / Firma del Intérprete \_\_\_\_\_

Note: If phone interpretation used, record interpreter ID #

## RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT / ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco haber recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de Northside Hospital, Inc. y del personal médico de Northside Hospital. En dicha notificación se proporciona información sobre la forma en que Northside Hospital y el personal médico de Northside Hospital pueden usar y revelar la información relacionada con mi salud. Se me aconsejó que leyera la notificación en su totalidad.

Entiendo que Northside Hospital y los miembros del personal médico se desempeñan bajo un "convenio organizado de atención médica", y que se me ha entregado una notificación conjunta de las prácticas de privacidad. Si bien el hospital y los miembros del personal médico han establecido un convenio organizado de atención médica, a fin de cumplir con lo dispuesto por las leyes sobre privacidad; los miembros del personal médico no son empleados ni agentes del hospital, sino que actúan como contratistas independientes. Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones, y el hospital no es responsable por las acciones u omisiones de ninguno de dichos contratistas independientes.

Entiendo que la Notificación de Prácticas de Privacidad está sujeta a modificaciones. Si Northside Hospital cambia esta notificación, puedo obtener una copia de la notificación modificada en el sitio web de Northside ([www.northside.com](http://www.northside.com)).

PATIENT / REPRESENTATIVE / PACIENTE O REPRESENTANTE DATE / FECHA RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN O PARENTESCO CON EL PACIENTE

### INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT FOR RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES

NO SE PUEDE OBTENER EL ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Patient/Representative refused to sign  Patient not competent to sign and legal representative not present  Other \_\_\_\_\_  
 El paciente o el representante rehusó firmar El paciente no es competente para firmar y el representante legal no está presente Otra razón

Interpreter Signature / Firma del Intérprete \_\_\_\_\_

Note: If phone interpretation used, record interpreter ID #

ACUSE DE RECIBO ANUAL

**SPANISH TRANSLATION: ANNUAL ACKNOWLEDGEMENT**