

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre _____ 2º nombre _____ Apellidos _____ N° Id. _____

Nombre preferido _____ Fecha nacimiento ____ / ____ / ____ Edad ____ Estado civil: _____
Casado(a)/soltero(a)/divorciado(a)/viudo(a)/otro

Dirección principal _____ Ciudad _____ Estado ____ Cód. postal _____

Otra dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Cód. postal _____

Teléfono N°1 _____ Teléfono N°2 _____ Teléfono N°3 _____
Casa/celular/trabajo Casa/celular/trabajo Casa/celular/trabajo

Correo electrónico _____ Método preferido de contacto: Carta Llamada Email Otro _____

Sexo (M/F) ____ N° SS _____ Médico remitente _____ Médico de cabecera _____

Idioma preferido _____ Raza _____ Origen étnico _____
No hispano -- latino/hispano -- latino/otro -- no determinado

Remitido por: Médico Sí mismo Familia/amigos Internet Guía de teléfonos Radio TV Otro _____

Ocupación _____ Empleador _____ ¿Cita relacionada con lesión en el trabajo? Sí No

Nombre y dirección de su farmacia actual _____

Contacto de emergencia

Nombre _____ Teléfono _____ Relación con el paciente _____

Responsable / tutor legal / garante **Dirección igual a la del paciente**

Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Cód. postal ____

Teléf. de la casa _____ Teléf. celular _____ Teléf. del trabajo _____

N° SS _____ Relación paciente-garante _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Sexo (M/F) ____ Ocupación _____ Empleador _____

Datos del seguro principal **Dirección igual a la del paciente**

Nombre de la compañía _____ N° Id. _____ N° grupo _____ Nombre grupo _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Cód. postal _____ Teléfono _____

N° SS _____ Sexo ____ Ocupación _____ Empleador _____

Datos del seguro secundario **Dirección igual a la del paciente**

Nombre de la compañía _____ N° Id. _____ N° grupo _____ Nombre grupo _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Cód. postal _____ Teléfono _____

N° SS _____ Sexo ____ Ocupación _____ Empleador _____

Autorización financiera

Participamos en los programas de asignación de pago de la mayoría de los seguros locales y aceptamos tales asignaciones. Aunque podemos presentar reclamaciones de seguro por usted, su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, y usted sigue siendo responsable por el pago de los servicios independientemente de la cantidad que pague el seguro. Si la compañía de seguros requiere una autorización o remisión, es responsabilidad del paciente obtenerla para la cita inicial y para la continuación de la asistencia.

Por medio de la presente, autorizo a la oficina de Allergy Partners, P.A. a dar toda información necesaria para procesar reclamaciones de seguro por servicios prestados. Por medio de la presente, autorizo a mi compañía de seguros o pagador de gobierno a pagarle directamente a Allergy Partners, P.A. por servicios prestados. Independientemente de mis beneficios de seguro, si los hay, entiendo que soy financieramente responsable de los cargos por servicios prestados.

Nombre (en letra de imprenta) y firma _____ Fecha: _____

Paciente / padre / madre / tutor legal

ALLERGY PARTNERS

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD HIPAA Y DESIGNACIÓN DE REVELACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad. Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe las maneras en que el consultorio puede usar y revelar mis datos de asistencia médica para propósitos de tratamiento, pago, operaciones de asistencia médica, y otros usos y revelaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el funcionario de privacidad indicado en el aviso, si tengo preguntas o quejas.

Nombre (en letra de imprenta) y firma del paciente, el padre, la madre o el tutor legal Fecha _____

Comunicación y mensajes: Entiendo que de vez en cuando puede ser necesario que Allergy Partners me deje mensajes cuando no pueda comunicarse conmigo. Deseo que Allergy Partners se comunique conmigo de la siguiente manera (indique el número al que prefiere que lo llamemos).

		<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Telf. casa _____	Dejar mensajes de confirmación de cita, o solo devolver llamadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dejar mensajes con resultados e información detallada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telf. trabajo _____	Dejar mensajes de confirmación de cita, o solo devolver llamadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dejar mensajes con resultados e información detallada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telf. celular _____	Dejar mensajes de confirmación de cita o solo devolver llamadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dejar mensaje con resultados e información detallada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enviar recordatorios de citas por mensaje de texto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familiares, parientes y amigos: Autorizo a Allergy Partners a comunicar mis Datos de Salud Protegidos (Protected Health Information, PHI) a las siguientes personas:

Nombre (en letra de imprenta) _____ Relación _____
Nombre (en letra de imprenta) _____ Relación _____

*Pacientes mayores de 18 años: Tome nota de que no podemos hablar sobre su asistencia médica, seguro o pago con sus padres u otras personas mientras usted no dé la información solicitada en esta sección.

En caso de solicitud especial para identificar a una persona o personas no autorizadas para recibir sus datos de salud protegidos, hable directamente con el administrador del consultorio.

Excepto en cuanto a lo que el consultorio ya haya revelado conforme a mi consentimiento anterior, puedo revocar mi consentimiento por escrito llenando un nuevo formulario de Acuse de Recibo de Aviso de Privacidad HIPAA y Designación de Revelación.

Nombre (en letra de imprenta) y firma del paciente, el padre, la madre o el tutor legal Fecha _____

INVESTIGACIÓN

Allergy Partners hace **investigaciones** médicas. Nuestros investigadores clínicos pueden ver sus registros de salud como parte de la asistencia que se le está prestando o para preparar o hacer investigaciones. Toda nuestra investigación con pacientes pasa por un proceso especial requerido por ley que revisa la protección y la privacidad del paciente involucrado en investigaciones. No utilizaremos y no revelaremos sus datos de salud fuera del consultorio por razones de investigación sin obtener su aprobación previa por escrito o determinar que su privacidad está protegida.

Si usted acepta que nuestro equipo de investigación clínica se comunique con usted para hablarle sobre oportunidades de investigación, seleccione SÍ: SÍ

Si usted prefiere que nuestro equipo de investigaciones clínicas no se comunique con usted, seleccione NO: NO

Nombre (en letra de imprenta) y firma del paciente, el padre, la madre o el tutor legal Fecha _____

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Historial médico:

(De las siguientes afecciones, marque las que tenga o haya tenido.)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deficiencia de atención | <input type="checkbox"/> Sinusitis crónica | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Pansinusitis crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Cáncer de la piel |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Obstrucción pulmonar crónica | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Otro cáncer |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Inflamación intestinal | <input type="checkbox"/> Trastorno de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colon irritable | <input type="checkbox"/> Apnea durante el sueño |
| <input type="checkbox"/> Urticaria crónica | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Rinitis crónica | <input type="checkbox"/> Alergias a los alimentos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Historial quirúrgico:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía | <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Baipás cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Colectomía (vesícula biliar) | <input type="checkbox"/> Resección de colon | <input type="checkbox"/> Cesárea |
| <input type="checkbox"/> Corrección de tabique nasal | <input type="checkbox"/> Cirugía de canales semicirculares (oídos) | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de cadera o rodilla | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano |
| <input type="checkbox"/> Instalación de marcapasos | <input type="checkbox"/> Cirugía de senos nasales | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía y adenoidectomía |
| <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía | Otras cirugías _____ |

Historial familiar: (solo familia inmediata: madre, padre, hermanos(as) o hijos(as))

	Madre	Padre	Hermanos(as)	Hijos(as)
Sin problemas				
Historial desconocido				
Alergias				
Asma				
Anafilaxia				
Fibrosis quística (mucoviscidosis)				
Eczema				
Alergias a los alimentos				
Enfermedad del corazón				
Urticaria				
Hipertensión (alta presión sanguínea)				
Hiperlipidemia (colesterol alto)				
Inmunodeficiencia				
Infecciones recurrentes				
Trastorno siquiátrico				
Hinchazón				
Alergias al veneno				

Historial social (mayores de 13 años)

- Estado civil: soltero(a) divorciado(a)/separado(a) casado(a) viudo(a)
- Hábito de fumar: todos los días de vez en cuando antes nunca no se sabe si ha fumado
- _____ paquetes al día _____ cigarros al día mastica _____ latas de tabaco al día
- Tiempo fumando: n/a 1-5 años 6-10 años 11-20 años más de 20 años año en que empezó: _____
- Máximo de paquetes al día: ½ 1 1 ½ 2 o más
- Exposición pasiva al cigarrillo: en su casa en otra casa en otro lugar en ningún lugar
- Disposición para dejarlo: alta no muy alta ninguna recaída no quiere dejarlo fecha para dejarlo: _____
- Ocupación: _____ Lugar de trabajo: ambiente interior al aire libre
- Tazas de café (al día) 0 1/2 1 2 3 4 5 6 o más
- Bebidas alcohólicas nunca rara vez semanalmente a diario socialmente
- Pasatiempos: _____

Solo pacientes pediatría

Va a la	<input type="checkbox"/> escuela	<input type="checkbox"/> guardería infantil	Nombre de la escuela/guardería _____
¿Tiene hermanos?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Si tiene, ¿cuántos? _____
Bebé	<input type="checkbox"/> prematuro	<input type="checkbox"/> normal	
Parto	<input type="checkbox"/> vaginal	<input type="checkbox"/> cesárea	
Complicaciones de parto	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	
Larga hospitalización del recién nacido	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	
Lactancia	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	
Dificultades de lactancia	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	
Infecciones graves	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	
<u>RETRASO</u> en las vacunas	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	
Crecimiento y desarrollo <u>anormal</u>	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	

ALLERGY PARTNERS

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos y complementos actuales

(indique potencia en miligramos y dosis [veces al día])

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Potencia</u>	<u>Dosis</u>	<u>Diagnóstico para el cual se toma</u>

Alergias a los medicamentos

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Reacción (<i>urticaria, hinchazón de la garganta, otras reacciones</i>)</u>

NO TIENE ALERGIAS CONOCIDAS A LOS MEDICAMENTOS

¿Cuándo fue la última vez que se vacunó contra la gripe? _____

¿Cuándo fue la última vez que se vacunó contra la neumonía? _____

Farmacia preferida:

(Nombre) _____

(Dirección) _____

(Ciudad, estado, código postal) _____

(Teléfono) _____

(Fax) _____

ALLERGY PARTNERS

REVISIÓN DE SISTEMAS E HISTORIAL DE MEDIO AMBIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Razón de esta consulta: _____

¿Tiene ACTUALMENTE PROBLEMAS EN CURSO O RECURRENTES en alguno de los siguientes sistemas, órganos o lugares?

General	Nariz	Respiratorio	Piel
<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas
<input type="checkbox"/> lentitud de aumento de peso	<input type="checkbox"/> congestión nasal	<input type="checkbox"/> tos	<input type="checkbox"/> hinchazón
<input type="checkbox"/> fiebre	<input type="checkbox"/> drenaje nasal transparente	<input type="checkbox"/> opresión de pecho	<input type="checkbox"/> sequedad
<input type="checkbox"/> escalofríos	<input type="checkbox"/> drenaje nasal de color	<input type="checkbox"/> tos con sangre	<input type="checkbox"/> urticaria
<input type="checkbox"/> sudores	<input type="checkbox"/> goteo nasal posterior	<input type="checkbox"/> somnolencia diurna	<input type="checkbox"/> picazón
<input type="checkbox"/> falta de apetito	<input type="checkbox"/> sangre de nariz	<input type="checkbox"/> falta de respiración	<input type="checkbox"/> sarpullido
<input type="checkbox"/> fatiga	<input type="checkbox"/> picazón	<input type="checkbox"/> ronquidos	<input type="checkbox"/> eczema
<input type="checkbox"/> malestar	<input type="checkbox"/> estornudos	<input type="checkbox"/> silbidos	
<input type="checkbox"/> baja de peso	<input type="checkbox"/> presión/dolor de senos paranasales	<input type="checkbox"/> dificultades con el ejercicio	
Ojos	Garganta	Gastrointestinal	Neurológico
<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas
<input type="checkbox"/> vista borrosa	<input type="checkbox"/> ronquera	<input type="checkbox"/> acidez	<input type="checkbox"/> dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> secreciones	<input type="checkbox"/> dificultades para tragar	<input type="checkbox"/> náuseas	<input type="checkbox"/> debilidad
<input type="checkbox"/> dolor de ojos	<input type="checkbox"/> dolor de garganta	<input type="checkbox"/> vómitos	<input type="checkbox"/> convulsiones
<input type="checkbox"/> picazón	<input type="checkbox"/> úlceras orales	<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> desmayos
<input type="checkbox"/> rojez	<input type="checkbox"/> carraspera	<input type="checkbox"/> estreñimiento	<input type="checkbox"/> mareos
<input type="checkbox"/> pérdida de la vista	<input type="checkbox"/> picazón	<input type="checkbox"/> dolores abdominales	
<input type="checkbox"/> acuosidad		<input type="checkbox"/> sangre en las heces	Salud mental
<input type="checkbox"/> sequedad		<input type="checkbox"/> ictericia	<input type="checkbox"/> sin problemas
			<input type="checkbox"/> depresión
Oídos	Cardiovascular	Músculos y esqueleto	Salud mental
<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> ansiedad
<input type="checkbox"/> dolor de oído	<input type="checkbox"/> dolor de pecho	<input type="checkbox"/> dolor de espalda	<input type="checkbox"/> hiperactividad
<input type="checkbox"/> secreciones	<input type="checkbox"/> palpitaciones	<input type="checkbox"/> dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/> problemas de conducta
<input type="checkbox"/> zumbido	<input type="checkbox"/> desmayos	<input type="checkbox"/> hinchazón de articulaciones	Alergias / Inmunológico
<input type="checkbox"/> reducción de audición	<input type="checkbox"/> hinchazón periférica	<input type="checkbox"/> rigidez	<input type="checkbox"/> sin problemas
<input type="checkbox"/> taponamiento de oído	<input type="checkbox"/> falta de respiración acostado(a)		<input type="checkbox"/> infecciones recurrentes
<input type="checkbox"/> vértigo (la habitación da vueltas)			<input type="checkbox"/> reacción a picaduras venenosas
<input type="checkbox"/> picazón			<input type="checkbox"/> reacción al látex
			<input type="checkbox"/> reacción a los alimentos
			<input type="checkbox"/> reacción a los medicamentos

Vivienda	Cimientos	Aire acondicionado	Calefacción
<input type="checkbox"/> casa	<input type="checkbox"/> sótano	<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas
<input type="checkbox"/> apartamento / condominio	<input type="checkbox"/> sótano bajo	<input type="checkbox"/> con aparatos de ventana	<input type="checkbox"/> de estufa a leña
<input type="checkbox"/> casa móvil / prefabricada	<input type="checkbox"/> losa	<input type="checkbox"/> central	<input type="checkbox"/> central
		<input type="checkbox"/> con enfriador evaporador	<input type="checkbox"/> a queroseno
			<input type="checkbox"/> con radiadores eléctricos
			<input type="checkbox"/> a gas natural

Moho de interior	Daños de agua	Plagas	Exposición al humo	Dormitorio
<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> moqueta
<input type="checkbox"/> rejillas de AC	<input type="checkbox"/> goteras de techo	<input type="checkbox"/> cucarachas	<input type="checkbox"/> padres	<input type="checkbox"/> ventilador de cielo raso
<input type="checkbox"/> baño	<input type="checkbox"/> plomería	<input type="checkbox"/> roedores	<input type="checkbox"/> cónyuge/compañero(a)	<input type="checkbox"/> humidificador
<input type="checkbox"/> marcos de ventana	<input type="checkbox"/> olor a humedad		<input type="checkbox"/> abuelos(as)	<input type="checkbox"/> duerme en su propia cama
<input type="checkbox"/> paredes	<input type="checkbox"/> condensación		<input type="checkbox"/> cuidadores(as)	<input type="checkbox"/> duerme acompañado(a)
<input type="checkbox"/> sótano	<input type="checkbox"/> manchas de agua		<input type="checkbox"/> otro	

Cama	Medio ambiente	Animales	<u>Cantidad</u>
<input type="checkbox"/> colchón de cuna	<input type="checkbox"/> sin problemas	<input type="checkbox"/> sin problemas	Perros adentro: _____
<input type="checkbox"/> colchón estándar	<input type="checkbox"/> ganado	<input type="checkbox"/> perros	Perros afuera: _____
<input type="checkbox"/> cama de agua	<input type="checkbox"/> pollos y gallinas	<input type="checkbox"/> gatos	Gatos adentro: _____
<input type="checkbox"/> almohada o edredón de plumas	<input type="checkbox"/> caballos	<input type="checkbox"/> pájaros	Gatos afuera: _____
<input type="checkbox"/> volante de cama	<input type="checkbox"/> chivos	<input type="checkbox"/> hámsteres	
<input type="checkbox"/> peluches	<input type="checkbox"/> granja	<input type="checkbox"/> jerbos	
<input type="checkbox"/> cobija de lana		<input type="checkbox"/> conejos	
<input type="checkbox"/> funda de almohada antialérgica		<input type="checkbox"/> cobayas	
<input type="checkbox"/> forro de colchón antialérgico		<input type="checkbox"/> otros	
<input type="checkbox"/> animal de compañía que duerme en la cama			

SUSPENSIÓN DE MEDICAMENTOS ANTES DE LAS PRUEBAS

Algunos medicamentos pueden interferir con las pruebas cutáneas de alergia. Para obtener los mejores resultados, **deje de tomar antihistamínicos contra la alergia 5 días antes de su consulta de nuevo paciente** y antes de las pruebas cutáneas. Si tiene alguna pregunta sobre seguridad por dejar de tomar su antihistamínico, póngase en contacto con el médico que se lo recetó.

MEDICAMENTOS COMUNES QUE CONTIENEN ANTIHISTAMÍNICOS

Medicamentos sedantes contra las alergias (todas las formas)

Advil Allergy	Carbinoxamina	Extendryl
Ala-Hist	Clorfeniramina	Ketotifeno
AlleRX	Chlor-trimeton	Palgic
Allergy Relief Medication	Difenhidramina (Benadryl)	Polihistine
Bromfeniramina (Bromfed)	Doxilamina	Tylenol Allergy
Chlor-trimeton		

Medicamentos no sedantes contra las alergias (todas las formas)

Cetirizina (Zyrtec, Wal-Zyr)	Fexofenadina (Allegra)	Loratadina (Claritin, Alavert)
Desloratidina (Clarinet) - Nada durante 7 días		
Levocetirizina (Xyzal) - Nada durante 7 días		

Rociados nasales

Azelastina (Astelin, Astepro)	Dymista	Olopatadina (Patanase)
-------------------------------	---------	------------------------

Remedios para la tos, el resfriado y la sinusitis

Actifed	Dimetane	Semprex-D
Advil Cold/Sinus	Dimetapp	Sinutab
Aleve Cold	Drixoral	Sudafed Cold + Allergy
Alka Seltzer Plus/Cold	Norel SR/MD	Tanafed
Allerest	Nyquil	Theraflu (todas las formas)
BC Cold Powder	Pediacare	Time Hist
Benylin Cough	Percogesic	Triaminic (todas las formas)
Comtrex	Feniltoloxamina	Tussionex
Contac	Robitussin (muchas formas)	Tylenol Cold+Sinus
Coricidin	Rondec	Vicks 44 M
Co-Tylenol	Rynatan/R-Tannate	Zicam

Pastillas para dormir

Advil PM	Doxilamina	Nytol
Alertec (Modafinil)	Excedrin PM	Sominex
Hidroxicina (Atarax/Vistaril)	Night Time Sleep Aid	Tylenol PM/Tylenol Sleep
Doxepina (Sinequan)		

Medicamentos contra las náuseas y el vértigo

Clorpromazina	Proclorperazina (Compazine)
Dimenhidrinato (Dramamine)	Prometazina (Phenergan)
Meclizina (Antivert)	

Medicamentos contra la acidez estomacal

Cimetidina (Tagamet)	Famotidina (Pepcid, Mylanta AR)	Ranitidina (Zantac)
----------------------	---------------------------------	---------------------

Medicamentos para el alivio de la picazón

Ciproheptadina (Periactin)	Doxepina (Sinequan)	Hidroxicina (Atarax/Vistaril)
Difenhidramina (Benadryl)		

Otros

Ciclobenzaprina (Flexeril)

No se ponga aceite, crema o loción en la espalda o los brazos menos de 24 horas antes de las pruebas.

Continúe tomando todos los siguientes medicamentos según lo recetado:

- Antibióticos
- Antidepresivos
- Medicamentos contra el asma - todos
- Medicamentos para la presión sanguínea
- Anticocongostivos
- Medicamentos para el corazón
- Medicamentos por inhalador
- Rociados nasales **excepto** Astelin/Astepro/Patanase
- Esteroides
- Medicamentos para la tiroides

No deje de tomar estos medicamentos sin la aprobación de su médico.

Llame a la oficina local de Allergy Partners si tiene preguntas acerca de estas listas.

NORMAS FINANCIERAS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nuestro compromiso es ofrecer la mejor atención médica posible a nuestros pacientes y al mismo tiempo reconocer la necesidad de limitar los servicios a solo aquellos que son necesarios para cada paciente. Para cumplir con este compromiso, reconocemos la necesidad de entender y estar de acuerdo con claridad sobre la asistencia médica de nuestros pacientes y los arreglos financieros correspondientes. Es importante para nuestra relación profesional que usted entienda claramente las normas financieras. Comuníquese con nuestra oficina de facturación si tiene preguntas sobre nuestros honorarios, nuestras normas financieras o su seguro y sus responsabilidades financieras.

Honorarios profesionales: Nuestros honorarios por servicios médicos son comparables a los de otros médicos de la comunidad capacitados de manera similar y reflejan la complejidad de sus necesidades específicas, el tiempo que el médico dedica a atenderlo, la naturaleza especializada de la educación y la capacitación del médico y los costos de apoyo relacionados con atenderlo y coordinar su atención. Con mucho gusto le daremos en cualquier momento datos detallados sobre los cargos.

Pagos de los pacientes: Usted debe cancelar los copagos, deducibles, servicios no asegurados o saldos pendientes cuando llegue a su cita. Puede pagar en efectivo o con cheque o tarjeta de crédito. En caso de cheque devuelto, cobramos la tarifa permitida por los reglamentos estatales. Avísenos si tiene algún problema financiero en particular y haremos todo lo posible para ser comprensivos. No dude en hablar con nuestro coordinador de finanzas o la oficina central de facturación sobre disposiciones de pago mutuamente aceptables.

Pagos del seguro: Participamos en los programas de asignación de pago de la mayoría de los seguros locales y aceptamos tales asignaciones. Aunque podemos presentar reclamaciones de seguro por usted, su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, y usted sigue siendo responsable por el pago de los servicios independientemente de la cantidad que pague el seguro. Si la compañía de seguros requiere una autorización o remisión, es responsabilidad del paciente obtenerla para la cita inicial y para la continuación de la asistencia.

Cargos adicionales:

Citas perdidas: Cuando usted fija una cita con uno de nuestros médicos, nosotros nos comprometemos a prestarle asistencia médica y esto nos impide atender a otro paciente a esa hora. Para darles a todos nuestros pacientes acceso adecuado a nuestros médicos es posible que le cobremos una cuota por cita cancelada con menos de 24 horas de anticipación. Tome nota de que su compañía de seguros no cubre esta cuota.

Suministros médicos: Tome nota de que algunos de los suministros médicos consumidos durante su consulta requieren pago por adelantado a la salida del consultorio. Le presentaremos los cargos por suministros médicos a su compañía de seguros y a usted se le reembolsará la diferencia con lo que pague el seguro.

Formularios médicos: Llenar formularios de discapacidad, declaraciones del médico que lo atiende y formularios complementarios de seguro requiere tiempo de los médicos y del personal. Por lo tanto, se cobrará una cuota por llenar la mayoría de estos formularios. El costo de llenar formularios no convencionales puede ser mayor.

Consulta a la enfermera: Tome nota de que si un paciente viene al consultorio sin cita para hablar con una enfermera, dependiendo de la duración y la complejidad de la visita, es posible que le cobremos por la conversación.

Nombre y firma _____ Fecha _____
Nombre (en letra de imprenta) y firma del paciente, padre, madre o tutor legal

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SUS DATOS MÉDICOS SE PUEDEN USAR Y REVELAR Y LA MANERA EN QUE USTED PUEDE CONSULTARLOS. REVISE DETENIDAMENTE ESTE AVISO.

Entendemos la importancia de la privacidad y nos hemos comprometido a mantener la confidencialidad de sus datos médicos. Llevamos un registro de la asistencia médica que prestamos y es posible que otras personas y/o instituciones nos envíen tales registros. Estos registros permiten que otros proveedores de asistencia médica presten asistencia médica de calidad y que nosotros podamos cobrarle servicios prestados conforme a su seguro de salud y cumplir con las obligaciones profesionales y legales de administrar correctamente este consultorio médico. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de los datos médicos protegidos, comunicar a personas individuales nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a datos médicos protegidos no asegurados, y comunicar a las personas afectadas las fallas de protección de datos médicos protegidos. Este aviso describe la manera en que podemos usar y revelar sus datos médicos. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a sus datos médicos. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con nuestro Funcionario de Privacidad, cuyos datos se indican al final de este documento.

Este consultorio médico reúne datos médicos sobre usted y los almacena en un gráfico y en un registro de salud electrónico personal. Este es su historial médico. El historial médico es propiedad de este consultorio médico, pero los datos que contiene le pertenecen a usted. La ley nos permite usar o revelar sus datos médicos para los siguientes propósitos:

1. **Tratamiento.** Usamos sus datos médicos para prestarle asistencia médica. Revelamos datos médicos a personas y empleados involucrados en prestarle a usted la asistencia médica que necesita. Por ejemplo, podemos comunicar sus datos médicos a médicos o proveedores de asistencia médica que prestan servicios que nosotros no prestamos. O bien podemos comunicar estos datos a un laboratorio que procese un examen médico o a un farmacéutico que los necesite para venderle un medicamento con receta o pedirle un historial de medicamentos a su farmacia. También podemos revelar datos médicos a sus familiares u otras personas que puedan ayudarlo cuando esté enfermo o herido, o en caso de muerte.
2. **Pago.** Usamos y revelamos sus datos médicos para cobrar servicios prestados por nosotros. Por ejemplo, le damos a su seguro de salud los datos que requiere para pagarnos. También podemos revelar datos a otros proveedores de asistencia médica para ayudarlos a cobrar servicios prestados por ellos.
3. **Operaciones de asistencia médica.** Podemos usar y revelar sus datos médicos para administrar este consultorio médico. Por ejemplo, podemos usar y revelar datos para revisar y mejorar la calidad de la asistencia que prestamos, o la competencia y las calificaciones de nuestro personal profesional. O podemos usar y revelar datos para que su seguro de salud autorice servicios o remisiones. También podemos usar y revelar datos según sea necesario para hacer revisiones médicas, prestar servicios legales, y hacer auditorías, incluyendo la implementación de programas de cumplimiento de reglas y detección de fraude y maltrato, y la planificación y administración comercial. También podemos comunicar sus datos médicos a "socios comerciales", tales como nuestro servicio de facturación, que nos prestan servicios administrativos. Tenemos con cada uno de estos socios comerciales un contrato escrito que contiene términos que los obligan a ellos y a sus subcontratistas a proteger la confidencialidad y seguridad de sus datos médicos protegidos. También podemos comunicar sus datos a proveedores de asistencia médica, centros de distribución de asistencia médica o seguros de salud relacionados con usted que los soliciten para facilitar sus actividades de evaluación y mejoramiento de calidad; actividades de seguridad del paciente; esfuerzos basados en la población para mejorar la salud o reducir los costos de la asistencia médica; actividades de desarrollo de protocolos, gestión de casos o coordinación de la asistencia; revisiones de la competencia, las calificaciones y el desempeño de profesionales asistencia médica; programas de capacitación; actividades de homologación, certificación o concesión de licencias; o esfuerzos de cumplimiento de reglas y detección de fraude y maltrato en la asistencia médica.
4. **Recordatorios de citas.** Podemos usar y revelar datos médicos para comunicarnos con usted y recordarle sus citas. Si no está en casa, podemos dejar estos datos en su contestador automático o con la persona que conteste el teléfono.
5. **Hoja de registro de llegada.** Podemos usar y revelar sus datos médicos al pedirle que firme un registro al llegar a nuestro consultorio. También podemos llamarlo por su nombre cuando estemos listos para atenderlo.
6. **Aviso y comunicación con familiares.** Podemos revelar sus datos médicos para comunicarle o ayudar a comunicarle a un familiar, representante personal u otra persona responsable de atenderlo su ubicación, su estado general o, a menos que usted nos haya indicado otra cosa, su muerte. En caso de desastre, podemos revelar sus datos a una organización de socorro para que coordine estos esfuerzos de aviso. También podemos revelar sus datos a personas involucradas con la asistencia que se le presta a usted o que contribuyen a pagar tal asistencia. Si usted puede aceptar u objetar y está disponible para hacerlo, le daremos la

oportunidad de objetar antes de hacer estas revelaciones, aunque podemos revelar estos datos en caso de desastre, aunque usted objete, si consideramos necesario responder a circunstancias de emergencia. Si usted no puede aceptar u objetar o no está disponible para hacerlo, nuestros profesionales de la salud se comunicarán con sus familiares y otras personas de la mejor manera que consideren posible.

7. Mercadeo. A condición de que no recibamos compensación por estas comunicaciones, podemos comunicarnos con usted para darle información sobre productos o servicios relacionados con su tratamiento, gestión de caso o coordinación de asistencia; o dirigirle o recomendarle otros tratamientos, terapias, proveedores de asistencia médica o entornos de asistencia que pueden interesarle. Podemos de manera similar describirle productos o servicios proporcionados por este consultorio y decirle en qué seguros de salud participa este consultorio. También podemos animarlo a llevar un estilo de vida saludable, hacerse exámenes de salud recomendados y participar en programas de control de enfermedades; hacerle regalitos; darle información sobre programas de salud patrocinados por el gobierno; o animarlo a comprar productos o servicios cuando lo atendamos, por lo cual es posible que se nos pague. Finalmente, podemos recibir compensación para cubrir los costos de recordarle que tome y renueve sus medicamentos, o de otras maneras darle información sobre medicamentos o productos biológicos con receta vigente. No usaremos ni revelaremos sus datos médicos de otras maneras con fines de mercadeo ni aceptaremos dinero por otras comunicaciones de mercadeo sin su previa autorización por escrito. La autorización revelará si recibimos compensación por actividades de mercadeo que usted autorice y suspenderemos toda actividad de mercadeo en la medida en que usted revoque tal autorización.
8. Venta de datos médicos. No venderemos sus datos médicos sin su previa autorización por escrito. La autorización revelará que recibiremos una compensación por sus datos médicos si usted nos autoriza a venderla, y suspenderemos toda venta de sus datos en la medida en que usted revoque tal autorización.
9. Requerido por ley. Usaremos y revelaremos sus datos médicos según lo requiera la ley, pero limitaremos el uso y la revelación a lo que exijan los requisitos legales pertinentes. Cuando la ley nos obligue a denunciar maltrato, negligencia o violencia doméstica, o a responder a procedimientos judiciales o administrativos o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, cumpliremos también con los requisitos estipulados a continuación en cuanto a tales actividades.
10. Salud pública. Podemos, y algunas veces la ley lo requiere, revelar sus datos médicos a las autoridades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar el maltrato o descuido de niños, ancianos o adultos dependientes; denunciar violencia doméstica; denunciar ante la Administración de Alimentos y Medicamentos problemas con productos y reacciones a medicamentos; y reportar exposición a enfermedades o infecciones. Cuando denunciemos sospechas de violencia doméstica o maltrato de adultos mayores o dependientes, se lo comunicaremos prontamente a usted o a su representante personal a menos que, según nuestro mejor criterio profesional, consideremos que tal comunicación lo pondría a usted en situación de riesgo de daño grave o implicaría comunicárselo a un representante personal que a nuestro juicio es responsable del maltrato o daño.
11. Actividades de supervisión de salud. Conforme a las limitaciones impuestas por la ley, podemos, y algunas veces la ley lo requiere, revelar sus datos médicos a agencias de supervisión de salud durante auditorías, investigaciones, inspecciones, concesión de licencias y otros procedimientos.
12. Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos, y a veces la ley lo requiere, revelar sus datos médicos durante procedimientos administrativos o judiciales en la medida expresamente autorizada en una orden judicial o administrativa. También podemos revelar sus datos al responder a una orden de comparecencia, una solicitud de descubrimiento de documentos u otro proceso legal si se han hecho esfuerzos razonables para comunicarle a usted que se ha presentado una solicitud y usted no ha objetado, o si sus objeciones han sido resueltas en una orden judicial o administrativa.
13. Aplicación de la ley. Podemos, y a veces la ley lo requiere, revelar sus datos médicos a un agente de aplicación de la ley para propósitos tales como identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo esencial o una persona desaparecida para cumplir una orden de los tribunales, una orden judicial, una orden de comparecencia de gran jurado y otros propósitos de aplicación de la ley.
14. Médicos forenses. Podemos, y con frecuencia la ley lo requiere, revelar sus datos médicos a médicos forenses en relación con sus investigaciones de muertes.
15. Donación de órganos o tejidos. Podemos revelar sus datos médicos a organizaciones involucradas en la adquisición, el almacenamiento en bancos de órganos o el trasplante de órganos y tejidos.
16. Seguridad pública. Podemos, y a veces la ley lo requiere, revelar sus datos médicos a personas apropiadas para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente contra la salud o la seguridad de una persona en particular o del público en general.

17. Pruebas de inmunización. Revelaremos pruebas de inmunización a establecimientos educacionales que las requieran para admitir a un estudiante y ante los cuales usted haya aceptado revelarlas a nombre propio o de su dependiente.
18. Funciones especializadas del gobierno. Podemos revelar sus datos médicos para propósitos de seguridad militar o nacional, o a instituciones penitenciarias o agentes de aplicación de la ley bajo cuya custodia usted se encuentre.
19. Indemnización laboral. Podemos revelar sus datos médicos según sea necesario para cumplir con las leyes de indemnización laboral. Por ejemplo, en la medida en que su asistencia esté asegurada por indemnización laboral, comunicaremos su estado periódicamente a su empleador. También estamos obligados por ley a reportar casos de lesión laboral o enfermedad ocupacional al empleador o a la aseguradora de indemnización laboral.
20. Cambio de propiedad. En caso de que este consultorio médico sea vendido o se fusione con otra organización, sus datos/registros médicos pasarán a ser propiedad del nuevo propietario, pero usted seguirá teniendo derecho a solicitar la transferencia de copias de sus datos médicos a otros médicos o grupos médicos.
21. Notificación de falla. En caso de falla de protección de datos médicos protegidos no asegurados, se lo comunicaremos conforme lo requiere la ley. Si nos ha dado una dirección de correo electrónico vigente, podemos comunicarle por correo electrónico información relacionada con la falla. En algunas circunstancias, nuestro socio comercial puede comunicarle la falla. También podemos comunicarle la falla por otros métodos, según sea apropiado.

B. Situaciones en que este consultorio médico no puede usar ni revelar sus datos médicos

Excepto según lo descrito en este Aviso de Prácticas de Privacidad, este consultorio médico, conforme a sus obligaciones legales, no usará ni revelará datos médicos identificadores sin su autorización por escrito. Si usted autoriza a este consultorio médico a usar o revelar sus datos médicos con otro propósito, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

C. Derechos relacionados con los datos médicos

1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad. Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelaciones de sus datos médicos mediante una solicitud por escrito en que se especifiquen los datos que desea limitar y las limitaciones que desea imponer al uso o revelación de los datos. Si usted nos dice que no le revelemos a su seguro de salud comercial datos sobre artículos o servicios de asistencia médica que usted pagó totalmente de su propio bolsillo, cumpliremos su solicitud, a menos que debamos revelar los datos para tratamientos o por razones legales. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud, y le comunicaremos nuestra decisión.
2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que sus datos médicos se le envíen de una manera específica o a un lugar específico. Por ejemplo, usted puede pedir que enviemos sus datos a una cuenta de correo electrónico en particular o a su lugar de trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables presentadas por escrito en que se especifique cómo o adónde desea que le enviemos estas comunicaciones.
3. Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar sus datos médicos, excepto en ciertas circunstancias. Para ver sus datos médicos, usted debe enviar una solicitud por escrito detallando los datos que desea ver, si desea inspeccionarlos o hacer una copia y, si desea una copia, qué forma y formato prefiere. Le daremos copias en el formato que solicite si es fácil de producir, o se las daremos en otro formato que usted considere aceptable. Si no podemos ponernos de acuerdo y tenemos el registro en formato electrónico, le daremos las copias en formato electrónico o impreso legible. También enviaremos una copia a toda otra persona que usted designe por escrito. Cobraremos una tarifa razonable para cubrir nuestros costos de mano de obra, suministros y franqueo y, si hace la solicitud y nos ponemos de acuerdo por adelantado, el costo de preparar una explicación o un resumen de la información. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias. Si rechazamos su solicitud de acceso a los registros de su hijo o a los registros de un adulto incapacitado que usted representa, porque consideramos que si permitiéramos tal acceso sería razonablemente probable que el paciente sufriera daños considerables, usted tendrá derecho a apelar nuestra decisión. Si rechazamos su solicitud de acceso a sus notas de psicoterapia, usted tendrá derecho a que sean transferidas a otro profesional de salud mental.
4. Derecho a enmendar o complementar. Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos los datos médicos que usted considere incorrectos o incompletos. Usted debe presentar una solicitud de enmienda por escrito e indicar las razones por las cuales considera que los datos son inexactos o incompletos. No estamos obligados a cambiar sus datos médicos, y le daremos información sobre la denegación y la manera de manifestar su desacuerdo con la denegación. Podemos denegar su solicitud si no tenemos los datos, si no los produjimos (a menos que la persona o entidad que los produjo ya no esté disponible para hacer la enmienda), si a usted no le está permitido inspeccionar o copiar los datos en cuestión, o si los datos son exactos y completos tal

como están. Si rechazamos su solicitud, usted puede presentar una declaración por escrito que exprese su desacuerdo con esa decisión, y nosotros podemos, por nuestra parte, preparar una refutación escrita. Todos los datos relacionados con solicitudes de enmienda serán mantenidos y revelados con cualquier revelación posterior de los datos en disputa.

5. Derecho a lista de revelaciones. Usted tiene derecho a recibir una lista de las revelaciones de sus datos médicos que este consultorio médico ha hecho, excepto las revelaciones que le demos a usted, las que se emitan conforme a su autorización por escrito, las que se describen en los párrafos 1 (Tratamiento), 2 (Pago), 3 (Operaciones de asistencia médica), 6 (Aviso y comunicación con familiares) y 18 (Funciones especializadas del gobierno) de la sección A de este Aviso de Prácticas de Privacidad, las que se emitan para propósitos de investigación o salud pública sin identificadores directos de pacientes; las que sean inherentes a un uso o revelación permitido o autorizado por la ley; o las que vayan dirigidas a una agencia de supervisión de salud o a un agente de aplicación de la ley en la medida en que este consultorio médico haya recibido aviso de parte de tal agencia o agente indicando que sería razonablemente probable que emitir tal lista dificultaría sus actividades.
6. Derecho a copia en papel o copia electrónica de este aviso. Usted tiene derecho a que le comuniquemos nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con sus datos médicos por medio de una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad, incluso si usted ha solicitado recibirlas por correo electrónico.

Si desea una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer uno o más de estos derechos, comuníquese con nuestro Funcionario de privacidad, cuyos datos aparecen al final de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

D. Cambios de este Aviso de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho de enmendar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Hasta que se haga dicha enmienda, estamos obligados por ley a cumplir con los términos actualmente vigentes de este aviso. Después de la enmienda, el Aviso de Prácticas de Privacidad enmendado se aplicará a todos los datos médicos protegidos que tengamos, independientemente de su fecha de generación o recepción. Mantendremos una copia del aviso vigente en nuestra área de recepción, y pondremos a su disposición una copia en cada cita. También publicaremos el aviso vigente en nuestro sitio web.

E. Quejas

Las quejas relacionadas con este Aviso de Prácticas de Privacidad o la manera en que este consultorio médico administra sus datos médicos deben dirigirse a nuestro Funcionario de privacidad, cuyos datos aparecen al final de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Si no está satisfecho con la manera en que este consultorio gestiona su queja, puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos enviando una carta a Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamando al 1-877-696-6775; o yendo a <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.

Usted no será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

Funcionario de privacidad: Denise C. Yarborough, Esquire
Allergy Partners, PA
1978 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803
(T) (828) 277-1300
(F) (828) 277-2499
Email: dyarborough@allergypartners.com

Este aviso entra en vigencia el 23 de septiembre de 2013; revisado el 27 de marzo de 2017.