



# Instituto Virginia de Acidez y Hernia

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Asegúrese de escribir claramente y firmar al final de esta página)

Prefijo: Señor/Señora/Otro: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente\*: \_\_\_\_\_ Sufijo: Jr/Sr/Otro: \_\_\_\_\_  
Último Primero Inicial del segundo nombre

Nombre anterior: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento\*: \_\_\_\_\_ Sexo de nacimiento\*: \_\_\_\_\_ Estado civil\*:  Soltero  Casado  viudo separado  Divorciado  
dd/mm/aaaa

Dirección de envío\*: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Apto# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Ciudad

Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Método de contacto para recordatorios de citas:  Mensaje de texto  Teléfono de casa  Teléfono móvil

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
Primer Último

Proveedor de referencia: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
Primer Último

Nombre de la farmacia\*: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Desempleado  Trabajadores por cuenta propia  Jubilado  Militar Activo  Desconocido

Estado de estudiante:  Tiempo completo  Tiempo parcial  N / A

**Información adicional\***

Carrera\*:  Caucásico/Blanco  asiático  Negro/Afroamericano  Hawaiano/Isleño del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_

Orientación sexual:  Lesbiana/Gay/Homosexual  Heterosexual/heterosexual  Bisexual  No sé Declinar  especificar  Otro: \_\_\_\_\_

Etnia\*:  Hispano / latino  No hispano/latino

Identidad de Género:  Masculino  Femenino  Mujer a hombre (FTM)/Hombre transgénero/Hombre trans  Hombre a mujer (MTF)/Mujer transgénero/Mujeres trans  
 Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino  Negarse a especificar  Otros (especificar)

Idioma\*:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia\*:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Último Primero

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Apto# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Ciudad

Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

**Información de padres/tutores\*: obligatoria si el paciente es menor de 18 años**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Último Primer dd/mm/aaaa

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Apto# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Ciudad

Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

**Información del seguro primario\***

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ ID del miembro: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

**Información del asegurado\* -(si no es él mismo)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Último Primer dd/mm/aaaa

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ Estado marital\*:  Soltero  Casado  Viudo  Separado  Divorciado

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Apto# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Ciudad

Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

**Información del seguro secundario\***

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ ID del miembro: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

**Información del asegurado\* -(si no es él mismo)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Último Primer dd/mm/aaaa

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ Estado marital\*:  Soltero  Casado  Viudo  Separado  Divorciado

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Apto# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Ciudad

Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

## Historia social:

¿Es usted un fumador actual?  Sí  No¿Alguna vez has sido fumador?  sí  No¿Bebes alcohol?  Sí  No

Si es así, ¿con qué frecuencia bebe? \_\_\_\_\_

¿Utiliza actualmente alguna droga recreativa?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo lleva consumiendo? \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS ACTUALES: (enumere todos los medicamentos, incluidos los que no tienen receta médica)

Medicamento:	Dosis:	Medicamento:	Dosis:
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

## ALERGIAS: (por favor enumere)

Droga:	Reacción/Síntomas	Ambiental:	Reacción:
1		¿Alergia al latex? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2		¿Componentes que contienen yodo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3		¿Tinte intravenoso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4		¿Alimento?	
5		Otro:	
6		¿Alergia a los metales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## HISTORIA ADICIONAL:

<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/> Clostridium difficile	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hepatitis C
<input type="checkbox"/> Infección por VIH	<input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Otro: _____

## CIRUGÍAS:

1	Año:
2	Año:
3	Año:
4	Año:
5	Año:

## ANTECEDENTES FAMILIARES: Marque con X la casilla si hay antecedentes en su familia.

Miembro	Padre	Madre	Lado paterno	Lado materno	Niños	Hermanos
Estado (vivo, fallecido, desconocido)						
Año de nacimiento						
Edad						
Ataque	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Hipertensiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Obesidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

## Por favor responda en el espacio provisto

# de hermanos:	hermanos	hermanas	¿Saludable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
# de niños:	Hijos	Hijas	¿Saludable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Notas:

Gastrointestinal:

- Dolor abdominal
- Constipación
- Eructar
- Diarrea
- Flatulencia
- Reflujo gastroesofágico
- Acidez
- Náuseas
- Sangrado rectal
- Vómitos
- Hipo

En caso afirmativo explicar

\_\_\_\_\_

Respiratorio:

- Tos crónica
- sibilancias
- Asma
- Bronquitis
- Congestión en el pecho
- Opresión en el pecho
- Enfisema
- Dificultad para respirar
- Exposición a la tuberculosis
- Apnea del sueño

En caso afirmativo explicar

\_\_\_\_\_

Musculoesquelético:

- Debilidad muscular
- Dolor muscular
- Calambres musculares
- Osteoporosis

En caso afirmativo explicar

\_\_\_\_\_

Dermatológico:

- Celulitis
- Crecimientos de la piel
- Herpes Simple
- Lesiones
- Cáncer de piel
- Infecciones recurrentes

En caso afirmativo explicar

\_\_\_\_\_

Cardiovascular:

- Enfermedad cardiovascular
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Venas varicosas
- Arritmia
- Arteriopatía coronaria
- Hipertensión
- Infraacción de miocardio
- Enfermedad vascular periférica

En caso afirmativo explicar

\_\_\_\_\_

Urológico:

- Dolor al orinar
- Dolor de costado
- Incontinencia urinaria
- Insuficiencia renal crónica/aguda
- Sangre en la orina
- Impotencia
- Micción frecuente

En caso afirmativo explicar

\_\_\_\_\_

Hematológico:

- Anemia
- Trastornos de la coagulación
- Tiempo de sangrado prolongado
- Curación lenta de heridas
- Trombosis venosa
- Trombosis arterial

En caso afirmativo explicar

\_\_\_\_\_

Psiquiátrico:

- Adicción
- Ansiedad
- Depresión
- Alucinaciones
- Manía

En caso afirmativo explicar

\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo explicar

\_\_\_\_\_

Endocrino:

- Trastornos suprarrenales
- Diabetes insípida
- Diabetes Mellitus Tipo 1
- Diabetes Mellitus Tipo 2
- hipertiroidismo
- hipotiroidismo
- Coto
- Insuficiencia renal

En caso afirmativo explicar

\_\_\_\_\_

Cabeza/Oído/Nariz/Garganta

- Cambio reciente en el gusto
- Drenaje nasal
- Ronquidos
- Problemas de la vista
- Goteo postnasal
- Ronquera
- dificultad para tragar

En caso afirmativo explicar

\_\_\_\_\_

Neurológico:

- Convulsiones
- Alteración de la Conciencia
- Pérdida repentina del conocimiento
- Dolor crónico
- Dolores de cabeza/migraña
- Confusión
- Mareo
- Temblores
- Pérdida de memoria
- Cambio de estado mental
- Entumecimiento
- Debilidad de los músculos
- Sensaciones de hormigueo

En caso afirmativo explicar

\_\_\_\_\_

General:

- Sentirse cansado (fatiga)
- Fiebre
- Escalofríos
- Pérdida de peso
- Aumento de peso

En caso afirmativo explicar: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico y soy financieramente responsable de todos los cargos. Por la presente doy mi consentimiento para la divulgación y nueva divulgación de mi registro médico para permitir o facilitar el cobro, verificación o liquidación de mi cuenta por cualquier monto adeudado por mí o por cualquier tercero pagador, organización de mantenimiento de la salud, aseguradora u otro plan de beneficios de salud. Este consentimiento se aplica a LMG, PC o cualquiera de sus afiliados o agentes, prestamistas o cualquier administrador externo que actúe para LMG, PC o cualquiera de sus afiliados. También autorizo a LMG a realizar análisis de sangre para detectar hepatitis y/o el virus del SIDA, si en su opinión; un empleado ha sufrido un incidente de exposición como resultado de mi tratamiento, según lo define la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional. X\_\_\_\_\_ (Por favor ponga sus iniciales)

### AVISO DE CONSENTIMIENTO SUPUESTO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

LMG está obligado por § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), según enmendado, a darle el siguiente aviso:

Si algún profesional de la salud, trabajador o empleado de LMG queda expuesto directamente a su sangre o a sus fluidos corporales de una manera que pueda transmitir enfermedades, su sangre será analizada para detectar infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), así como para la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará el resultado de la prueba. Según el Código de Virginia § 32.1-45.1(A), se considera que usted ha dado su consentimiento para que se divulguen los resultados de la prueba a la persona expuesta. X\_\_\_\_\_ (Por favor ponga sus iniciales)

Si debe estar expuesto directamente a sangre o fluidos corporales de un profesional, trabajador o empleado de atención médica de LMG de una manera que pueda transmitir enfermedad, se analizará la sangre de esa persona para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), así como para detectar hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica les informará a usted y a esa persona el resultado de la prueba. X\_\_\_\_\_ (Por favor ponga sus iniciales)

### CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

PRISMA es el intercambio de información de salud que reúne registros desde pequeñas clínicas hasta sistemas hospitalarios de gran escala cuyos sistemas de registros médicos participan en las redes de alianza Carequality y CommonWell Health. PRISMA también agrega información de los pagadores de seguros y de los dispositivos portátiles de los pacientes para promover una mejor interoperabilidad y resultados de salud de los pacientes.

Por favor ponga sus iniciales en la opción de su elección:

Optar por participar: enviar y recibir documentos

X\_\_\_\_\_ Loudoun Medical Group enviará documentos clínicos cuando los soliciten sitios externos conectados (PRISMA) y también solicitará documentos clínicos de sitios externos conectados (PRISMA) y los mostrará en nuestros registros médicos electrónicos.

Optar por

no participar X\_\_\_\_\_ Loudoun Medical Group no enviará documentos clínicos ni solicitará documentos clínicos de sitios eternamente conectados.

### CONSENTIMIENTO DEL HISTORIAL DE MEDICACIÓN

Doy permiso para que Loudoun Medical Group acceda a mis datos de beneficios farmacéuticos electrónicamente a través de RXHub/SureScript. Este consentimiento permitirá a Loudoun Medical Group:

- Determinar los

- beneficios de farmacia y los copagos de medicamentos para el plan de salud de un paciente. Compruebe si un medicamento recetado es cubierto (en el formulario) según el plan de un paciente.

- Mostrar alternativas terapéuticas con rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clase de medicamentos.

- Determinar si el plan de salud de un paciente permite la receta electrónica a las farmacias de pedidos por correo y, de ser así, realizar recetas electrónicas a estas

- farmacias.
- Descargue una lista histórica de todos los medicamentos recetados al paciente por

- cualquier proveedor.
- Además, este es un aviso de que Loudoun Medical Group tiene consentimiento para utilizar el Programa de monitoreo de recetas de Virginia en todos los pacientes a los que se les

- recetan sustancias controladas.
- En resumen, le pedimos permiso para obtener información del formulario e información sobre otras recetas recetadas por otros proporcionan utilizando RXHub y el Programa de monitoreo de recetas de Virginia. X\_\_\_\_\_ (Por favor ponga sus iniciales)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre/tutor legal o persona que actúa como loco parentis

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación (si la hay)

## POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Es responsabilidad del paciente mantener actualizada toda la información demográfica y del seguro. Se esperan copagos en el momento de la visita, así como cualquier deducible, pago de coseguro o pago por cualquier servicio no cubierto.

Si se requiere una derivación para su visita, es responsabilidad exclusiva de cada paciente llegar con esa derivación requerida. Si no tiene la referencia requerida al momento de su cita, el pago deberá realizarse al momento del servicio.

Se aplicará una tarifa de \$30.00 por cheques devueltos. '

Por la presente autorizo a Virginia Heartburn & Hernia Institute a solicitar beneficios por los servicios prestados. Certifico que la información que he proporcionado con respecto a la cobertura del seguro es correcta. Además, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluida la médica, para cualquier reclamo relacionado a mi compañía de seguros con el fin de determinar los beneficios pagaderos. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga a nombre de Virginia Heartburn & Hernia Institute.

Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos totales por los servicios prestados, que pueden incluir servicios no cubiertos. Acepto que todos los montos deben pagarse previa solicitud y son pagaderos a Virginia Heartburn & Hernia Institute. Entiendo además si mi cuenta se vuelve morosa; Pagaré los honorarios razonables de los abogados o los gastos de cobro de Virginia Heartburn & Hernia Institute.

He leído la Política financiera del paciente anterior y he proporcionado información demográfica y de seguro verdadera y correcta. Le notificaré de inmediato sobre cualquier cambio en mi compañía de seguro médico, incluidos los nuevos números de identificación con mi compañía actual.

X \_\_\_\_\_ (Por favor ponga sus iniciales)

## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted acusa recibo del Aviso de privacidad de Virginia Heartburn & Hernia Institute. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar mi información protegida. Le animamos a leerlo en su totalidad.

X \_\_\_\_\_ (Por favor ponga sus iniciales)

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Consentimiento general para el tratamiento. Por la presente autorizo a los empleados a rendir evaluaciones y atención médica al paciente indicado a continuación.

1. Consentimiento de prescripción electrónica. La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 enumeró los estándares que deben incluirse en un programa ePrescribe. Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que esta oficina puede solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros profesionales de la salud y/o terceros pagadores de beneficios farmacéuticos para fines de tratamiento.

2. Información del paciente. Autorizo a la práctica a proporcionar \_\_\_\_\_ Nombre/Relación en letra de  
\_\_\_\_\_ imprenta  
con información (incluyendo información médica y de facturación). Esta divulgación permanecerá activa en su registro médico electrónico y no se cancelará a menos que exista una autorización por escrito del paciente para hacerlo en el archivo.

X \_\_\_\_\_ (Por favor ponga sus iniciales)

## POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA

La programación de su operativo requiere un esfuerzo de coordinación de múltiples departamentos; comenzando con su médico e incluyendo el hospital.

La evaluación en el hospital por parte del personal administrativo, de enfermería y de anestesia también es un período costoso y que requiere mucho tiempo. Además, se debe obtener la autorización de su compañía aseguradora para su operación.

La cancelación de la cirugía a veces es inevitable debido a problemas médicos o conflictos importantes que no se pueden evitar. Estas cancelaciones, sin embargo, pueden resultar en tiempo operativo no utilizado. Otros pacientes que podrían haberse beneficiado de ese tiempo de operación no pueden hacerlo a menos que el tiempo de operación esté disponible lo suficientemente pronto.

Por lo tanto, se requiere un mínimo de 72 horas (3 días hábiles) de notificación para la cancelación de la cirugía. Esto permite a los médicos y su personal hacer arreglos según el cronograma si debe cancelar su cirugía. Llame a la oficina al 703-372-2280.

Si no nos notifica la cancelación en el tiempo requerido, resultará en un cargo de \$500.00. Este cargo se publicará en su cuenta.

\*Se harán excepciones a esta política solo para emergencias y conflictos fuera de su control.

He leído esta política y entiendo que la cancelación de mi cirugía puede resultar en un cargo de \$500.00 \_\_\_\_\_

La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que sea revocado por escrito. Entiendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica, excepto en caso de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

En caso de que nos comuniquemos con usted, ¿es adecuado dejar un mensaje de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda)?

- en el contestador/correo de voz       con un miembro ADULTO del hogar       exclusivamente con el paciente  
 Celúla       Hogar       Trabajar       Correo electrónico