



INFORMACIÓN Y SEGURO DEL PACIENTE

Nombre legal: _____ Inicial intermedia: _____

Apellido legal: _____

Apodo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencial: _____

Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

N.º de seguro social: _____

Género: Masculino Femenino

Raza:

Asiática Afroamericana Hispana Blanca Otra

Origen étnico: Hispano o latino Ni hispano ni latino

Idioma primario: Inglés Español

Otro: _____

Empleador: _____

Profesión: _____

Teléfono laboral: _____

Derivado por: _____

Médico de cabecera: _____

Farmacia de preferencia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Teléfono de la farmacia: _____

Contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: _____

Relación: _____

Seguro principal:

Fuente del seguro: Propio Uno de los padres

Cónyuge

Otro: _____

Información del asegurado (en caso de que no sea el paciente) o garante

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____

Seguro secundario: _____

¿Tiene un testamento vital? SÍ NO

ACEPTACIÓN: He revisado la información anterior y verifico que es correcta. Solicito que se pague el seguro autorizado o los beneficios de Medicare a ENT Specialists of Metairie en mi nombre por los servicios que dicho prestador me brinde. Autorizo a cualquier persona que posea información médica sobre mí a divulgar a mi aseguradora o a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar si corresponde pagar estos beneficios por los servicios relacionados. Entiendo que debo asumir el costo financiero de los beneficios que mi seguro no cubra o no pague.

Firma: _____ Fecha: _____



Acuse de recibo de aviso
Dr. Hickham y asociados

Nombre del paciente: _____

Número de seguro social: _____

Mediante el presente, acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad. He leído el aviso o me han explicado la información que contiene.

Puede solicitar una copia del aviso al consultorio en cualquier momento. En el Aviso de prácticas de privacidad, se explica cómo usaremos y divulgaremos su información de salud.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del empleado (en letra de imprenta): _____

Firma del empleado: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO:

Si el paciente no firma este acuse, mencione el motivo y documente su esfuerzo de buena fe para tratar de obtener el acuse por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____



Formulario de preferencia de comunicación

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Fecha de nacimiento _____

Indique cuáles de los siguientes números quiere usar:

Teléfono residencial: _____ Teléfono laboral: _____ Teléfono celular: _____

(____)____-_____ (____)____-_____ (____)____-_____

Correo electrónico _____

Tenga en cuenta que si proporciona un número de celular o una dirección de correo electrónico, recibirá los recordatorios de las consultas a través de estas vías. Si lo desea, puede cancelar esta opción más adelante.

¿Cuál es el método de comunicación de su preferencia? Correo electrónico Teléfono

Por el momento, no podemos enviar comunicaciones por mensajes de texto, pero si pudiéramos ofrecer esta opción más adelante, ¿le gustaría acceder a ella? Sí No

A menos que nos otorgue permiso de forma explícita, no divulgaremos su información médica a nadie excepto a usted. Si quiere que otra persona tenga acceso a su información médica, indique el nombre de la persona y la relación que tiene con usted (p. ej., cónyuge, padre o madre, residencia de ancianos, cuidador, etc.).

- No quiero que divulguen mi información médica** a nadie excepto a mí.
- Otorgo permiso para que divulguen mi información médica a la(s) persona(s) que figura(n) a continuación.

Nombre	Relación (p. ej., cónyuge, padre o madre, residencia de ancianos, cuidador, etc.)	Número de teléfono

Comentarios

Asumo la responsabilidad de informar al consultorio acerca de cualquier cambio en mi número de teléfono o mis preferencias o acerca de mi deseo de cancelar la autorización de divulgación de información médica en cualquier momento.

Firma _____ Fecha _____

(nombre en letra de imprenta)



Política de cancelaciones y ausencias

Cancelaciones:

Si no puede asistir a la consulta, le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación. De esta forma, ENT Specialists of Metairie puede reprogramar las consultas y atender a otros pacientes.

Cancelar una consulta con menos de 24 horas de anticipación perjudica el funcionamiento del consultorio y no permite que otros pacientes accedan a la atención que necesitan. Entendemos que puede haber emergencias que exijan cancelar una consulta. Por eso, hemos diseñado una política comprensiva que se rige por dos (2) cancelaciones en lugar de una sola.

En caso de que cancele dos (2) consultas seguidas con menos de 24 horas de anticipación, nos reservamos el derecho de cobrarle un cargo por cancelación del 50% del costo de la consulta programada. Además, nos reservamos el derecho de pedirle los datos de una tarjeta de crédito para reservar futuras consultas.

Ausencias:

Si no asiste a más de dos (2) consultas seguidas, aplicaremos la misma política que la de cancelaciones. Nos reservamos el derecho de cobrarle un cargo por ausencia del 50% del costo de los servicios programados, de pedirle los datos de una tarjeta de crédito para reservar futuras consultas y de cobrar a esa tarjeta de crédito el cargo por ausencia que se detalla en esta política antes de programar la siguiente consulta.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha



ANTECEDENTES DE SÍNTOMAS

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

¿Tiene o alguna vez ha tenido cualquiera de los siguientes síntomas?

MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN

SÍNTOMAS GENERALES

- Escalofríos
- Fiebre
- Pérdida de peso involuntaria
- Malestar general
- Sudores nocturnos

SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Soplo
- Hipertensión arterial

SÍNTOMAS HEMATOLÓGICOS O LINFÁTICOS

- Tendencia a sufrir sangrado
- Problema de coagulación sanguínea
- Tendencia a la formación de hematomas
- Glándulas inflamadas

SÍNTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS

- Debilidad
- Dolor
- Artritis

SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS

- Ansiedad
- Depresión
- Paranoia
- Delirios

SÍNTOMAS AUDITIVOS

- Dolor
- Picazón
- Presión
- Chasquido
- Zumbido
- Tubos
- Secreción
- Vértigo o mareos
- Infecciones frecuentes
- Sangrado
- Pérdida de la audición D / I

SÍNTOMAS EN LA NARIZ Y LOS OJOS

- Traumatismo
- Obstrucción
- Secreción
- Goteo
- Ronquido
- Estornudos
- Sangrado
- Dolor de cabeza
- Pérdida del olfato
- Dolor facial
- Sequedad frecuente en los ojos
- Visión borrosa
- Visión doble
- Dolor
- Cataratas
- Picazón

SÍNTOMAS EN LA GARGANTA

- Dificultad para tragar
- Dolor de garganta
- Infecciones frecuentes
- Falta de dientes
- Úlceras

SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea
- Heces sanguinolentas
- Reflujo

SÍNTOMAS ENDÓCRINOS

- Diabetes
- Problemas en la glándula tiroidea
- Sed excesiva
- Pérdida de cabello

SÍNTOMAS CUTÁNEOS

- Sarpullido
- Protuberancia
- Cáncer de piel
- lugar: _____

OTROS SÍNTOMAS

- Dolor de cuello
- Bulto en el cuello

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

- Dificultad para respirar
- Tos crónica
- Sibilancias
- Tos sanguinolenta

SÍNTOMAS GENITOURINARIOS

- Cálculos renales
- Dolor al orinar
- Mayor frecuencia urinaria
- Incapacidad para orinar

SÍNTOMAS INMUNOLÓGICOS O ALERGIAS

- Alergia al polen
- Intolerancia alimentaria
- Alergia a insectos
- Alergia a sustancias químicas

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

- Entumecimiento
- Parálisis o paresia
- Dolores de cabeza
- Demencia
- Enfermedad de Alzheimer



Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Alergias a medicamentos

Lista de medicamentos

Antecedentes de cirugías

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



CÓMO ESTABLECER SI TIENE SINUSITIS

Debido a que los síntomas de la sinusitis son similares a los de las alergias y los del resfriado, muchas veces es difícil establecer si la presión, el dolor y el mareo que siente son consecuencia de una sinusitis crónica. Responda las siguientes preguntas para ayudarnos a elegir el tratamiento adecuado para sus síntomas.

Rodee la palabra “sí” con un círculo si tiene alguno de estos síntomas desde hace 10 días o más:

Presión o dolor facial SÍ NO

Dolor de cabeza SÍ NO

Congestión u obstrucción nasal SÍ NO

Secreción nasal espesa y de color
verdoso o amarillento SÍ NO

Febrícula (de 99 a 100 grados) SÍ NO

Mal aliento SÍ NO

Dolor en los dientes SÍ NO

DURACIÓN Y FRECUENCIA

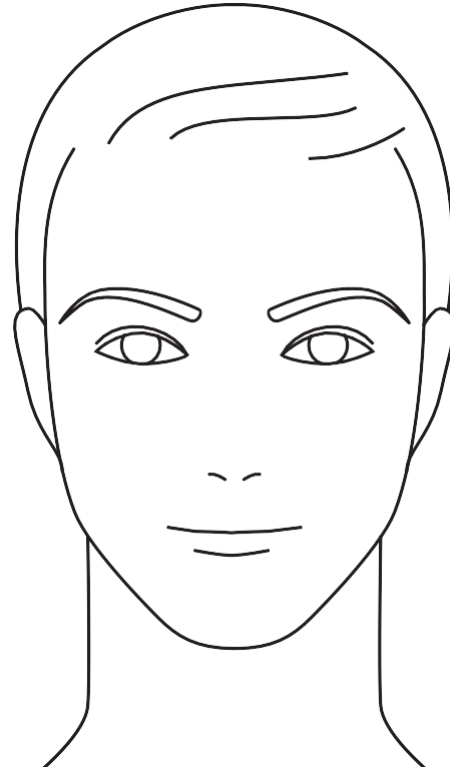
¿Tiene los síntomas desde hace más de 12 semanas seguidas? SÍ NO

¿Tiene los síntomas desde hace 10 días o más y al menos cuatro veces en los últimos 12 meses, con períodos sin síntomas en el medio? SÍ NO

Si respondió afirmativamente a tres de estas preguntas o más y a la pregunta sobre la duración prolongada de los síntomas o sobre la repetición de los síntomas, es posible que tenga sinusitis crónica o recurrente. Le recomendamos que consulte a un especialista en garganta, nariz y oídos para que lo examine.

Consulte a su médico acerca de la sinuplastia con globo, un tratamiento mínimamente invasivo que puede reducir los síntomas en pacientes que no obtuvieron resultados con otros métodos.

Si siente dolor o presión en el rostro, indique el lugar exacto en el siguiente dibujo.



Clasifique el grado de dolor o presión facial de acuerdo con una escala del 1 al 5 (el 1 representa la ausencia de dolor y el 5 un dolor intenso).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ausencia de dolor

Dolor intenso

¿Cuándo empezó a tener estos síntomas? _____



ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

¿A diferencia de solo sentirse cansado, qué tan probable es que se dormite o duerma en las siguientes situaciones? Esta pregunta se refiere a los hábitos recientes. Aunque no haya hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de determinar cuál hubiera sido el efecto.

Llene los espacios en blanco a continuación y use la escala para elegir el número adecuado para cada situación:

0 = No sería probable

1 = Un poco probable

2 = Moderadamente probable

3 = Muy probable

SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE DORMITARSE
Mientras está leyendo de sentado	
Mientras mira televisión	
Mientras está sentado y quieto en un lugar público (p. ej., en un cine o una reunión)	
Mientras viaja como pasajero en un vehículo durante una hora y sin paradas	
Mientras se recuesta durante la tarde para descansar	
Mientras está sentado y conversando con alguien	
Mientras está sentado tranquilamente luego de almorzar y sin haber bebido alcohol	
Mientras está en un vehículo y tiene que detenerse durante algunos minutos en el medio del tránsito	

TOTAL _____

Apnea autoevidente

Somnolencia excesiva durante el día

Sin antecedentes de problemas en la glándula tiroidea

Ronquidos