



Debido a la pandemia de COVID-19, todos los pacientes deben completar este formulario antes de ser atendidos en **South Mountain Cardiology**. Su visita está sujeta a aprobación al completar este formulario. Con vigencia inmediata, cualquier persona aun no sea vista por un proveedor no podrá estar dentro de la oficina en ningún momento. Estas reglas se están aplicando para mantener a nuestros pacientes y personal seguros y saludables. Apreciamos su cooperación y comprensión.

Por favor conteste cada pregunta a continuación. CIRCULE UNO

1. ¿El paciente o alguien en su hogar ha viajado fuera de los Estados Unidos?

SI NO

2. ¿En las últimas dos semanas, el paciente o alguien en su hogar ha tenido contacto con alguna persona que SOSPECHA que ha contraído COVID-19?

SI NO

3. ¿En las últimas dos semanas, el paciente o alguien en su hogar ha tenido contacto con alguna persona que CONFIRMO haber contraído COVID-19?

SI NO

4. Tiene alguno de los siguientes síntomas: fiebre o escalofríos, tos, falta de aliento, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, perdida del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, nauseases o vómitos, ¿diarrea?

SI NO

South Mountain Cardiology

HISTORIA MÉDICA

TABLA DE FECHA: _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Médico de referencia _____ Médico de Atención Primaria _____

Razón de la visita _____

Números de teléfono 1. _____ 2. _____ Correo electrónico _____

Preferencia de Farmacia _____

¿Desea inscribirse en el portal del paciente para recibir recordatorios de citas y tener acceso a su registro médico? Si N

¿Desea inscribirse para recibir recordatorios de citas por mensaje de texto? Si N

MEDICAMENTOS CON RECETA

Medicación	Dosis	Veces al día
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____

Alergias a Medicamentos / o el contraste de yodo I / V: No SI

En caso afirmativo, indique _____

HISTORIA MEDICA

Por favor, indique si ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas:

Ataque al corazón Si N Hosp / Año _____

Stent cardiaco Si N Hosp / Año _____

La cirugía de bypass del corazón Si N Hosp / Año

Insuficiencia Cardíaca Congestiva Si N

Enfermedad de las válvulas del corazón Si N

Marcapasos / desfibrilador Si N

Anormalidad del ritmo cardíaco Si N

Periférico Vasc Enfermedades Si N

Hipertensión Si N

Diabetes Si N

Accidente cerebrovascular o TIA Si N

Colesterol Alto Si N

Trastorno de la tiroides Si N

enfermedad pulmonar Si N

Enfermedad renal Si N

Enfermedad hepática Si N

Úlcera de estómago Si N

Cáncer Sí N

OTROS PROBLEMAS MÉDICOS

HISTORIAL QUIRÚRGICO PASADO

Cirugía de corazón Si N Cuándo / Dónde

Cirugía Vasculat Si N Cuándo / Dónde

Otras cirugías Si N

Hospitalizaciones por enfermedad del corazón

HISTORIA SOCIAL

Estado Civil			Ocupación
Fumador actual	Si	N	Cuántos / Día
Exfumador	Si	N	Cuándo dejó de hacerlo
Alcohol	Si	N	Cuánto / Día
¿Drogas	Si	N	Qué tipo?
Haga ejercicio con regularidad	Si	N	Tipo / Frecuencia
Suplementos Médico	Si	N	de lista:

HISTORIA FAMILIAR

Los padres, hermanos o hermanas con ataques al corazón, los stents o cirugía de bypass? Sí N

En caso afirmativo, ¿quién y edad?

¿Cualquier pariente que murió repentinamente de un ataque al corazón?

REVISIÓN DE SISTEMAS

Por favor circule el síntoma (s) que está experimentando

Pérdida/ganancia de peso inexplicable	Vómito frecuente, sangre de vómito
No es capaz de hacer ejercicio	Sangre en heces, heces negras
Sangrado nasal	Dolor en las piernas o en las nalgas con ejercicio
Sangrado de las encías, sequedad bucal	Pesadez/cansancio en las piernas
Dolor torácico, presión torácica, opresión	Dolor de espalda
Dolor en la mandíbula/brazo con dolor torácico	Erupción, urticaria
Carreras de corazón/latidos/saltos	Úlceras, cambios cutáneos en los pies
Hinchazón de los pies/tobillos	Mareos
Falta de aliento en reposo	Hechizos desmayos
Dificultad para respirar con caminatas/actividades	Convulsiones
Dificultad para respirar al acostarse	Entumecimiento, hormigueo
Tos	Depresión, ansiedad
Ronquido	pérdida de memoria
fatiga excesiva	pérdida excesiva del cabello
fácilmente moretones	sangrado excesivo

SOUTH MOUNTAIN CARDIOLOGY

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Hombre/Mujer S.S.N: ____ - ____ - ____ Estado civil: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación: _____

¿Quién puede recibir información con respecto a su salud?

Nombre: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN

- Autorizo a SOUTH MOUNTAIN CARDIOLOGY a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento.
- Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital o centro de atención médica a proporcionar toda la información sobre mi historial médico y tratamiento a SOUTH MOUNTAIN CARDIOLOGY.
- Por la presente autorizo fotocopias de este formulario y mi firma sea tan válida como el original.

Firma: _____

Fecha: _____

REFERENCIAS

- Si usted es un HMO o paciente de atención administrada, deberá obtener una referencia de su médico de atención primaria. Es responsabilidad del paciente obtener la referencia antes de su visita.

Firma y fecha: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

Nombre del seguro: _____ Teléfono: _____

Número de identificación del suscriptor: _____

Nombre del suscriptor principal: _____ S.S.N: _____

Fecha de nacimiento.: ____/____/____ Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre del seguro: _____ Teléfono: _____

Número de identificación del suscriptor: _____

Nombre del suscriptor principal: _____ S.S.N: _____

Fecha de nacimiento.: ____/____/____ Relación con el paciente: _____

RENUNCIA AL PACIENTE

Si no se puede verificar la elegibilidad del seguro, o si no se ha alcanzado el deducible, entiendo que seré responsable del costo de todos los servicios médicos prestados. Por la presente, autorizo el pago directamente a SOUTH MOUNTAIN CARDIOLOGY por los beneficios quirúrgicos y / o médicos, de haberlos, que de otra forma serían pagaderos a mí según los términos de mi seguro.

Firma y fecha: _____

PACIENTES DE MEDICARE SOLAMENTE

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga en mi nombre a SOUTH MOUNTAIN CARDIOLOGY por cualquier servicio que me haya proporcionado ese médico. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud y a sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a los servicios relacionados.

Firma y fecha: _____

AVISO Y ACUSE DE RECIBO

Reconozco que he recibido la Política de prácticas de privacidad de South Mountain Cardiology.

Firma del paciente o representante personal _____

Fecha _____

POLITICA DE PRUEBAS DE PACIENTES

Los proveedores de South Mountain Cardiology programan las pruebas para que se realicen tanto dentro como fuera de nuestra clínica. Los resultados de las pruebas se discuten en persona en una visita de seguimiento. Es responsabilidad del paciente el seguimiento de esta cita. South Mountain Cardiology, sus proveedores o personal no serán responsables de ningún resultado si el paciente no regresa para su cita de seguimiento. Gracias por su ayuda en este asunto.

He leído lo anterior y considero mi responsabilidad volver a la clínica para recibir mis resultados.

Firma: _____

Fecha: _____

CANCELACION 48 HORAS Y POLITICA DE TARIFAS DE "NO SHOW", "NO CONFIRMAR"

Cada vez que un paciente pierde una cita sin proporcionar la notificación adecuada, se evita que otro paciente reciba atención. Por lo tanto, South Mountain Cardiology se reserva el derecho de cobrar una tarifa mínima de \$25.00 por todas las citas perdidas / no confirmadas que, a falta de una razón convincente, no se cancelen con un aviso de anticipación de 48 horas.

Esta tarifa se facturará al paciente, no está cubierta por ningún seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Varias instancias en cualquier período de 12 meses pueden resultar en la terminación de nuestra práctica. **Gracias por su comprensión y cooperación en nuestro** esfuerzo por atender mejor las necesidades de todos nuestros pacientes.

Firma: _____

Fecha: _____