

### Historial del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Razón de la visita: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Situado: \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Fecha de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

**Alergias:**

**Reacción:**


**Medicamentos / suplementos actuales:**


Última mamografía: \_\_\_\_\_ Última colonoscopia: \_\_\_\_\_ Última densidad ósea: \_\_\_\_\_

**Historia menstrual**

1er día del último período: \_\_\_\_\_ Edad en el último período (si es menopáusica): \_\_\_\_\_

¿Tus periodos son regulares? \_\_\_\_\_ Edad en el momento del primer período: \_\_\_\_\_

El flujo del período es: Templado  Moderado  Los calambres son: Templado  Moderado  O pesado

O pesado

¿Cuánto dura? \_\_\_\_\_

¿Con cuántos días de diferencia sus ciclos menstruales comienzan desde el primer día de un ciclo hasta el primer día de su próximo ciclo? \_\_\_\_\_

**Historia GYN:**

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? \_\_\_\_\_ Último proveedor de ginecología: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal?  No  Sí ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Qué anomalía? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han diagnosticado VPH? \_\_\_\_\_ ¿Ha recibido las vacunas Gardasil? \_\_\_\_\_

¿Eres sexualmente activo actualmente?  Sí  No  Nunca

¿Tiene alguna inquietud con respecto a las relaciones sexuales (por ejemplo, dolor, sequedad vaginal, etc.)

\_\_\_\_\_ ¿Le gustaría que le realicen una prueba de ETS hoy? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido tratado por:

Clamidia  Gonorrea  Verrugas genitales  Herpes  Trichomonas  Sífilis  Otro \_\_\_\_\_

¿Está usando actualmente un método anticonceptivo?  No  Sí  Tratando de quedar embarazada

Control de natalidad actual: \_\_\_\_\_ Estas satisfecha con eso:  Sí  No

¿Tiene antecedentes de infertilidad? \_\_\_\_\_ ¿Tratamiento de infertilidad? \_\_\_\_\_

**Enumere TODOS los embarazos:**

Año:	Vaginal / cesárea	Comentarios / Complicaciones:

**Enumere TODOS los antecedentes médicos / enfermedades graves:**


**Enumere TODO el historial quirúrgico:**


**Historia familiar:**

Enfermedad	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Mat* Abuela	Mat* Abuelo	Pat* Abuela	Pat* Abuelo	Otro
Trastorno de la coagulación									
Coágulos de sangre									
Carrera									
Pólipo de colon									
Diabetes: 1									
Diabetes: 2									
Cardiopatía									
Enfermedad de tiroides									
Enfermedad mental									
Cáncer de mama									
Cáncer de mama antes de los 50 años									
Cáncer de ovarios									
Cáncer uterino									
Cáncer de colon									
Cáncer de páncreas									
Otro cáncer									
<input type="checkbox"/> No sé mucho sobre mi historia familiar / adoptado									

### Historia social:

¿Vives con pareja? \_\_\_\_\_

¿Te sientes seguro en casa? \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_

Casada  Única  Divorciada  Viuda

Significativamente Involucrado  Socio doméstico

Ejercicio: Sí  No  Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

Dieta especial: Sí  No  Tipo: \_\_\_\_\_

### Hábitos:

De fumar: Sí  No

Paquetes / día: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

Salir cuando: \_\_\_\_\_

Alcohol: Sí  No

Bebidas / día: \_\_\_\_\_ Bebidas / semana: \_\_\_\_\_

Salir cuando: \_\_\_\_\_

El consumo de drogas: Sí  No

Tipo: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

Salir cuando: \_\_\_\_\_

Cafeína: Sí  No  Tazas por día: \_\_\_\_\_

### Examen de detección de riesgo de cáncer de mama:

\* Complete si tiene 35 años o más

¿Tiene antecedentes médicos de cáncer de mama o de carcinoma ductal in situ (DCIS) o carcinoma lobulillar in situ (LCIS) o ha recibido radioterapia previa en el tórax para el tratamiento del linfoma de

Hodgkin? \_\_\_\_\_

¿Tiene una mutación en el gen BRCA1 o BRCA2, o un diagnóstico de un síndrome genético que puede estar asociado con un riesgo elevado de cáncer de mama? \_\_\_\_\_

¿Edad? \_\_\_\_\_

¿Edad en el momento del 1er período? \_\_\_\_\_

¿Edad al momento del 1er hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuántos parientes suyos de primer grado (madre, hermanas, hijas) han tenido cáncer de mama?

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez le hicieron una biopsia de mama? \_\_\_\_\_

Cuántas? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido al menos una biopsia de mama con hiperplasia atípica? \_\_\_\_\_

Raza / Etnia:

Blanca  Afroamericana  Hispana  Asiática-americana  Nativo americano o nativo de Alaska  Desconocida

Subraza / Etnia:

China  Japonesa  Filipina  Hawaiana  Otra isleña del pacífico  Otro asiático-americano

### Examen de detección de depresión:

\* ¿Con qué frecuencia le han molestado los síntomas que se enumeran a continuación?

1. ¿Te sientes decaído, deprimido y / o desesperado?

Para nada  / Varios días  / Más de la mitad de los días  / Diario

2. ¿Poco interés / placer en las actividades?

Para nada  / Varios días  / Más de la mitad de los días  / Diario

3. ¿Dificultades para quedarse dormida?

Para nada  / Varios días  / Más de la mitad de los días  / Diario

4. ¿Cansada con poca energía?

Para nada  / Varios días  / Más de la mitad de los días  / Diario

5. ¿Falta de apetito / comer en exceso?

Para nada  / Varios días  / Más de la mitad de los días  / Diario

6. ¿Te sientes mal contigo misma?

Para nada  / Varios días  / Más de la mitad de los días  / Diario

7. ¿Problemas para concentrarse?

Para nada  / Varios días  / Más de la mitad de los días  / Diario

8. ¿Te mueves o hablas despacio?

Para nada  / Varios días  / Más de la mitad de los días  / Diario

9. ¿Pensamientos de estar mejor muerta / lastimarte?

Para nada  / Varios días  / Más de la mitad de los días  / Diario

## REGISTRO DE PACIENTES

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: (Apellido, Primero, MI)			
Dirección:			
Ciudad:	Estado/Provincia:	Zip:	País:
Dirección postal (si es diferente de la anterior):			
Teléfono del hogar:		Trabajo:	Móvil:
Correo electrónico:	SSN:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F
Estado civil:	Soltero Casado	Divorciado Separados	Viuda Desconocido
Carrera: Blanco	Hispana	Negro/Afroamericano	Otros isleños del Pacífico
Otro	Asiático	Nativo hawaiano	Indio Americano
Origen étnico:	Hispano/Latino	No hispano/latino	Otro Lengua:
Contacto preferido:	Casa	Trabajo Móvil	Mensaje de dejar: Sí No
Permitir recordatorio de cita: En caso afirmativo, elija un método: Llamada De texto No			
Médico de Atención Primaria:		Médico de referencia:	
Nombre/Dirección/Teléfono de la Farmacia:			

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador:	Número de teléfono:		
Dirección:			
Ciudad:	Estado/Provincia:	Zip:	País:

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación con el paciente:
Teléfono:	Correo electrónico:

**INFORMACIÓN DE LA POLÍTICA**

El paciente es el Asegurado:	Sí	No	(si no se completan los campos Asegurados a continuación)	
Nombre asegurado:		Relación con el paciente:		
Dirección del asegurado:				
Ciudad:		Estado:	Zip:	País:
Teléfono de casa asegurado:		Trabajo:		Móvil:
Fecha de nacimiento del asegurado:	Sexo Asegurado: M    F		SSN asegurado:	
Nombre del empleador asegurado:			Número de teléfono del empleador asegurado:	
Dirección del empleador asegurado:				
Ciudad:		Estado:	Zip:	País:
<b>Seguro Primario</b>				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	
<b>Seguro Secundario</b>				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	
<b>Seguro Terciario</b>				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Propósito de este aviso: Para describir cómo se utiliza su información médica, a quién se divulga y cómo obtiene acceso a ella.

Stony Brook Community Medical como proveedor de atención médica está autorizado por ley a recopilar, usar y divulgar su "información médica protegida"

o registro médico con fines de tratamiento, pago, operaciones comerciales internas o según lo exija la ley para fines de marketing.

Usted tiene ciertos derechos, incluyendo el acceso a su información y cierto control sobre quién tiene acceso a su información.

Stony Brook Community Medical, PC acepta cumplir con los términos de este aviso, pero se reserva el derecho de cambiar los términos en cualquier momento. En caso de que lo hagamos, se lo notificaremos por escrito.

Uso y divulgación de información médica protegida (PHI): Cuando usted firma un formulario de consentimiento para ser tratado, su información médica protegida se utiliza para tratarlo, para facturarle a usted o a su compañía de seguros por su atención y para tomar decisiones sobre cómo proporcionar servicios de atención médica para usted, su familia y la comunidad que cuidamos. Usted médico, personal de oficina y otros fuera de Stony Brook Community Medical es decir, su aseguradora se les permite el acceso a esta información.

Algunos ejemplos de usos y divulgaciones de su información médica protegida son para:

- Tratamiento por su médico
- Aplicación de la ley
- Compensación de los trabajadores
- Recordatorios de citas
- Pago por su tratamiento por usted o su seguro
- Reportar eventos adversos de medicamentos o dispositivos médicos a la FDA
- Notificación de riesgos para la salud
- Respuesta a procedimientos judiciales
- Donación de órganos o tejidos
- Forenses, directores funerarios
- Stony Brook Community Medical para determinar si satisfacemos las necesidades de nuestros pacientes

Cualquier otro uso y divulgación no especificado requiere una autorización, incluso con fines de marketing y divulgaciones que constituyan la venta de PHI.

### Derechos del Paciente:

- A. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una **copia** de su información médica protegida mientras el grupo mantenga su registro.  
\*La ley de NYS nos permite cobrarle una tarifa de 75 centavos por página
- B. Usted tiene derecho a restringir o limitar el uso de su información médica protegida que utilizamos para **el** tratamiento, **el** pago u operaciones.  
\*Stony Brook Community Medical se reserva el derecho de denegar el tratamiento en caso de que restrinja el uso de su información médica protegida para el tratamiento, el pago u operaciones, a menos que la restricción solicitada se relacione con las divulgaciones a un plan de salud y la Información de salud protegida se relacione con un servicio de atención médica o artículo que haya pagado en su totalidad y fuera de su bolsillo.
- C. Puede restringir la divulgación **de** su información de salud a familiares o amigos **a menos** que tengan su **de** permisión escrita o verbal.
- D. Usted tiene derecho a solicitar una contabilidad de las divulgaciones hechas de su información médica.  
\*Su solicitud debe presentarse por escrito, especificando fechas y periodos de tiempo desde hace seis años a partir de hoy, siempre y cuando los eventos en cuestión ocurrieron después del 12 de abril de 2003.
- E. Usted tiene derecho a modificar su información médica protegida.  
\*Para modificar su información de salud, su solicitud debe ser dada por escrito junto con una razón para hacerlo. Su solicitud puede ser denegada si la información originó outside Stony Brook Community Medical, PC.
- F. **as** **Usted** tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales **siempre y cuando** se haga por escrito

\*Por ejemplo, puede especificar que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo, en casa o por correo, etc.

- G. Usted tiene derecho a recibir notificaciones cada vez que se produzca una violación de su PHI no segura.

*Si siente que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja, que será enviada a nuestro Oficial de Cumplimiento.*

**Acuse de Recibo de**  
**Stony Brook Community Medical's Prácticas de Privacidad**

Yo, el abajo firmante, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Stony Brook Community Medical. Si tengo alguna pregunta sobre la política, la discutiré con mi médico o el oficial de cumplimiento del grupo.

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----

**Autorización para la divulgación de información médica del paciente a una segunda parte**

*Autorizo la divulgación de mi Información de salud del paciente a mi  
(Escriba el (los) nombre (s) de todos los que correspondan)*

Esposo/a, \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_  
Miembro de la familia, \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_  
Amigo, \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_  
Servicios de salud para escuelas / universidades, \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_  
Otro, \_\_\_\_\_ Ph: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, reconozco que esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_

Escriba en letra de imprenta el padre/madre/ tutor: \_\_\_\_\_



**Sólo para uso oficial**

Group #: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ MR#: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**University Associates in Obstetrics & Gynecology  
P.O. Box 1559  
Stony Brook, NY 11790**

**GARANTÍA DE PAGO**

Muchas compañías de seguro, incluso las organizaciones de cuidado gestionado, requieren de previa autorización escrita para el tratamiento y las citas de seguimiento. Es su responsabilidad como paciente obtener todas las autorizaciones necesarias de su compañía de seguro antes de recibir los servicios médicos. Si no ha recibido aprobación previa para el servicio o le han rechazado la autorización, usted es totalmente responsable de todos los cargos si su seguro no está de acuerdo en pagarlos. Además, será responsable de todos los deducibles, coseguros, copagos, cualquier pago que no esté cubierto por su plan de seguro, y cualquier servicio que la compañía de seguro determine que no es "médicamente necesario".



He leído y entiendo esta información. Entiendo que mi compañía de seguro podría negar cobertura y solicito que de todas formas University Associates in Obstetrics & Gynecology preste este servicio médico. Estoy de acuerdo en ser total y personalmente responsable por todos los cargos. Entiendo que el proveedor mencionado anteriormente depende de esta promesa y está prestando servicios sin requerir pago en el momento del servicio basado en dicha confianza.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o representante  
/ fiador legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nº de historia clínica: \_\_\_\_\_  
Nº de expediente: \_\_\_\_\_

### ACUERDO FINANCIERO

Por medio de la presente, yo acuerdo o nosotros acordamos lo siguiente:

1. Garantía de pago. Se ha prestado o se prestará atención médica al paciente cuyo nombre se indica abajo. Yo seré o nosotros seremos, tanto juntos como individualmente, totalmente responsables por el pago de la factura del paciente, que se basa en los cargos incurridos que yo acepto o nosotros aceptamos ahora como justos y razonables. Las *University Faculty Practice Corporations* (corporaciones de médicos profesionales de la facultad universitaria) podrían exigir el pago total de la factura del paciente en cualquier momento, pero las *University Faculty Practice Corporations* no están obligadas a hacerlo así. Incluso si las *University Faculty Practice Corporations* no exigen el pago inmediato, mi o nuestra obligación de hacer tal pago continúa siendo la misma.
2. Casos donde la cobertura del seguro del paciente sea insuficiente. Si cualquier cobertura de seguro que el paciente pudiera tener, tal como *Blue Shield, Medicare, Medicaid*, indemnización o alguna otra cobertura, rechazara el reclamo del paciente o autorizara solamente una parte del reclamo, yo seré o nosotros seremos responsables del pago inmediato del saldo a pagar en la medida permitida por la ley.
3. El Acuerdo. Yo he leído y entendido o nosotros hemos leído y entendido este Acuerdo, y también he recibido o hemos recibido una copia del mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que garantiza el pago

UNIVERSITY FACULTY PRACTICE  
CORPORATIONS

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que garantiza el pago

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleador

\_\_\_\_\_  
Dirección del empleador

\_\_\_\_\_  
Testigo



SOLICITUD DEL PACIENTE PARA DIVULGACIÓN

Por la presente autorizo \_\_\_\_\_ para divulgar la siguiente información de mi registro de salud

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero de historia clinica: \_\_\_\_\_

Fechas de tratamiento solicitadas: \_\_\_\_\_

Información solicitada:

- Resumen (subconjunto de registros), Resumen de alta, Informe Operativo, Radiología (rayos X, resonancia magnética, etc.), CD cardíaco, Registro de emergencia, Prueba de laboratorio, Consultas, Prueba cardiaca, Informe de autopsia, Informe de patología, Endoscopia / Colonoscopia, Registro completo, Otro (por favor especifique)

Entiendo que esto puede incluir información confidencial relacionada con:

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), Servicios de salud conductual / atención psiquiátrica, Tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol y / o sustancias

Esta información se divulgará a: \_\_\_\_\_

Por favor envíe por el siguiente método:

- Copia impresa a 75 centavos por página, CD @ \$6.5, Descarga electrónica @ \$6.50, Email para \_\_\_\_\_ @ \$6.50 (imprimir muy claramente)

Tenga en cuenta que el correo electrónico no es un método seguro de transmisión de su información de salud. Stony Brook Medicine no es responsable de la privacidad de la información enviada por correo electrónico a su solicitud.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (Paciente)

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Agente de atención médica: solo si el paciente no tiene capacidad para firmar por sí mismo

Cualquier divulgación de registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias se rige por la ley federal (ver 42 CFR Parte 2), y todas las divulgaciones de dichos registros deberán ir acompañadas de la siguiente declaración escrita: Esta información se le ha revelado de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben que usted divulgue más esta información a menos que el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o la autorización 42 CFR Parte 2 lo permitan expresamente. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con trastorno por uso de sustancias.