

# Memorial Internal Medicine CENTER

Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Nombre del Paciente Apellido			Primer nombre Segundo nombre		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Estado civil (circule) Soltero/ Casado/ Divorciado/Separado/Viudo
¿Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		Si no es así, ¿cuál es su nombre legal?		Fecha de nacimiento / /		Edad Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T
Dirección de su casa o para correspondencia (circule uno)				Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono celular ( )		Correo electrónico			Seguro Social - -	
Ocupación		Empleador		Teléfono del empleador		
Situación de empleo: <input type="checkbox"/> 1-Tiempo completo <input type="checkbox"/> 2 – Medio tiempo <input type="checkbox"/> 3 – No está empleado <input type="checkbox"/> 4- Autoempleado <input type="checkbox"/> 5- Retirado <input type="checkbox"/> 6 – Militar activo Situación como estudiante: <input type="checkbox"/> F- Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> P – Estudiante de tiempo parcial <input type="checkbox"/> N – No es estudiante						
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio nativo americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano/ni latino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <b>Idioma:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro _____						
Farmacia: _____				¿Tiene usted un testamento vital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Remitido por (por favor marque una casilla)</b>						
<input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Páginas amarillas <input type="checkbox"/> Otro _____						
Otros miembros de la familia que reciben atención aquí						
Nombre del médico de cabecera				Número de teléfono		
INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE						
Parte responsable: <input type="checkbox"/> Otro paciente <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Él/ella mismo/a						<input type="checkbox"/> Marque aquí si la información es la misma del paciente
Nombre		Dirección			Teléfono de casa ( )	
Fecha de nacimiento / /		Correo electrónico				
Ocupación		Empleador		Dirección del empleador		Teléfono del empleador ( )
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (Muestre su tarjeta de seguro en la recepción, cuando se registre)						
¿Esta visita es para algo de lo siguiente? <input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN LABORAL (WC) <input type="checkbox"/> MEDICINA OCUPACIONAL (OM) <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN UN VEHÍCULO MOTORIZADO <input type="checkbox"/> FECHA DEL ACCIDENTE						
¿Tiene el paciente cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				Nombre de la aseguradora		
Nombre del asegurado		Número de Seguro Social - -	Fecha de nacimiento / /	Fecha de validez / /	Identificación de grupo	Identificación de afiliado (Número de póliza)
Relación del paciente con la persona asegurada <input type="checkbox"/> Él/Ella mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____						
Nombre del seguro secundario		Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento / /		Identificación de grupo	Identificación de afiliado (Número de póliza)
Relación del paciente con la persona asegurada <input type="checkbox"/> Él/Ella mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____						
CONTACTO DE EMERGENCIA						
Nombre (apellido y nombre)		Relación con el paciente		Teléfono de casa ( )		Otro teléfono ( )

Hasta donde tengo conocimiento, la información entregada en este formulario es correcta y actualizada.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**RECONOCIMIENTO DE HIPAA, CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y POLÍTICA FINANCIERA**

- I. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO.** Por la presente otorgo consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos diagnósticos y/o tratamientos médicos que mi(s) médico(s) considere(n) necesarios o recomendables. Por la presente consiento a que se lleven a cabo todos los procedimientos de enfermería y técnicos y los estudios que indique(n) mi(s) médico(s). Entiendo que mis cuidados médicos podrían requerir la obtención de muestras de mi cuerpo, incluyendo fluidos o tejidos. Esto incluye si hubiera que extraer sangre o remover tejidos durante las pruebas, tratamiento o intervenciones quirúrgicas. Además, entiendo que si alguien de entre el personal médico u alguna otra persona(s) se hubiera expuesto a mi sangre o fluidos corporales, se analizará mi sangre para detectar infecciones de transmisión hemática, Hepatitis C y VIH/SIDA entre otras. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y admito que no se me han dado garantías con respecto al resultado de los tratamientos o exámenes. Tengo derecho a rehusar que se me hagan estudios o tratamientos (dentro de lo permitido por la ley) y a que me digan lo que pudiera suceder si lo hago. Tengo derecho a que no me saquen fotografías ni videos a no ser que yo dé mi consentimiento, excepto lo necesario para mi tratamiento. Es mi intención que este consentimiento permanezca en vigor incluso después de que se haya llegado a un diagnóstico concreto y se haya recomendado un tratamiento. Este consentimiento permanecerá en plena vigencia hasta que se revoque por escrito.
- II. **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.** Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad provee información acerca de cómo podríamos emplear y divulgar información protegida sobre su salud (PHI, por sus siglas en inglés). En el Aviso hay una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Reconocimiento. Los términos del Aviso podrían cambiar; si cambiamos el aviso, usted puede solicitar una copia de la versión revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina o recibirá el nuevo aviso la siguiente vez que lo traten en nuestra oficina. La Clínica provee este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés).

El paciente entiende que:

\_\_\_\_\_  
Iniciales  
del  
paciente

- La clínica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la posibilidad de revisar este aviso.
- La información de salud protegida se puede divulgar o emplear para fines de tratamiento, pago o actividades sanitarias.
- La clínica se reserva el derecho de cambiar el aviso de prácticas de privacidad.

Doy permiso para que se divulgue mi Información Protegida de Salud para comunicar los resultados, conclusiones, y decisiones de cuidados médicos a las personas enumeradas a continuación. Favor de tener en cuenta que esto no autoriza a estas personas a obtener copias de mis expedientes médicos sin una autorización mía completa y válida.

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE CONTACTO

**III. ELECCIÓN DE TRANSMISIÓN ELECTRÓNICA DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Autorizo a la Clínica a que provea una copia del expediente de mi tratamiento médico y un resumen del expediente de cuidados a mi(s) médico(s) de cabecera, a mi(s) médico(s) especialistas y/o a cualquier otro proveedor de cuidados de salud o centros de salud para facilitar mi tratamiento y la continuidad de cuidado. Entiendo que la información divulgada bajo este párrafo podría incluir, entre otras cosas, información confidencial relacionada con el VIH e información acerca de enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, información acerca del abuso de drogas o alcohol o de la dependencia de drogas o alcohol, información acerca de la salud mental o comportamiento (excepto notas de psicoterapia), información de pruebas genéticas, y/o información sobre abortos. El resumen de los cuidados consiste en información de mi expediente médico e incluye, entre otras cosas, información acerca de procedimientos y pruebas de laboratorio llevados a cabo en este episodio de mi cuidado, mi plan de tratamiento, una lista de mis problemas actuales y pasados, y mi lista actual de medicamentos. Entiendo que puedo, pidiéndolo por escrito a la Clínica, revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar información que ya ha sido divulgada bajo esta autorización. Esta autorización se vence automáticamente un año después de la fecha en que termine el episodio de tratamiento actual.

**IV. PARTICIPACIÓN EN INTERCAMBIO(S) DE INFORMACIÓN DE SALUD:** Puede ser que las leyes estatales y federales permitan que esta Clínica participe en organizaciones con otros profesionales médicos, aseguradores, y/u otros miembros de la industria de cuidados de salud y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan unos con otros información acerca de mi salud para alcanzar objetivos que podrían incluir, entre otras cosas: mejorar la precisión y disponibilidad de mis expedientes médicos; acortar el tiempo necesario para acceder a mi información; consolidar y comparar mi información para mejorar la calidad; y cualquier otro motivo que permita la ley. Por este medio autorizo a la Clínica a proveer una copia de mi expediente médico, o partes del mismo, a cualquier intercambio o red de información de salud en el cual participe la Clínica y a cualquier otro participante en dicho intercambio o red de información de salud con vistas al tratamiento, pago, atención médica, y los objetivos mencionados antes, y en conformidad con los términos del convenio de participación de ese intercambio o red de información de salud. La lista completa de intercambios y/o redes de información de salud en los cuales participa la Clínica se encuentra en el Aviso de Prácticas de Privacidad, disponible en la página web de la Clínica, y esta lista se pondrá al día de vez en cuando, cada vez que la Clínica participe en nuevos intercambios o redes de información de salud. Entiendo que la información divulgada bajo este párrafo podría incluir, entre otras cosas, información confidencial acerca VIH y otra información sobre enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, información acerca del abuso de drogas o alcohol o dependencia de drogas o alcohol, información acerca de salud mental o comportamiento (excepto notas de psicoterapia), información sobre pruebas genéticas, y/o información acerca abortos. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Sin embargo, entiendo que una organización de atención médica no puede recuperar la información que ya ha sido divulgada bajo esta autorización. Esta autorización se vence cuando se revoque.

V. **COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO Y TEXTO:** Si en algún momento doy una dirección de correo electrónico o de mensajes de texto donde se me pueda contactar, estoy dando consentimiento a recibir llamadas o mensajes de texto, incluyendo entre otras cosas comunicados sobre facturación y pago de artículos y servicios, a menos que notifique a la Clínica lo contrario por escrito. En esta sección, las llamadas y mensajes de texto incluyen, entre otras cosas, mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, dispositivos telefónicos de marcado automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajería de texto, o mediante cualquier otra forma de comunicación electrónica de la Clínica, sus filiales, contratistas, prestadores de servicios, proveedores de servicios clínicos, abogados, o agentes, incluidas las agencias de cobro. La Clínica se puede poner en contacto conmigo por correo electrónico y/o por mensaje de texto para recordarme una cita, para pedir comentarios sobre mi experiencia con el equipo de salud de la Clínica y para mandarme recordatorios o información sobre salud en general.

VI. **POLÍTICA FINANCIERA:** El abajo firmante, en consideración de los servicios que se prestarán al paciente, se obliga a pagar a la Clínica conforme a sus tarifas y términos normales, y si la factura se envía a un abogado o agencia de recaudación, a pagar honorarios razonables del abogado y los gastos de recaudación. El abajo firmante por la presente transfiere a la Clínica todos los beneficios del seguro por los servicios prestados.

- La Clínica mandará el cobro al seguro como cortesía hacia usted; sin embargo, usted es responsable de la factura completa. **Todos los copagos, deducibles no pagados, y otros servicios que son responsabilidad del paciente se deberán pagar en el momento de la visita.** Si su compañía de seguros aplica los cargos facturados a su deducible, deniega los servicios, o considera que los servicios no están cubiertos, usted es responsable del pago del servicio. **Si no tiene seguro, se espera que pague la factura completa al momento de la visita.**
- En caso de que su compañía de seguros no pague el reclamo en un plazo razonable (45-60 días), usted podría ser responsable de la factura. Si no se recibe pago del garante en un tiempo razonable, o si nos devuelven el correo por no poderse entregar, le pasaremos su factura a una agencia de cobros independiente.
- Si su plan de seguro requiere una remisión o autorización previa, debe presentarla junto con su identificación del seguro en cada visita. Si no tiene la remisión al llegar a la cita, usted es responsable del pago de la visita.
- A los cheques rechazados se les impondrá un sobrecargo. Podría cobrarse una cuota por citas a las que no acuda.

VII. **CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN, Y SOLICITUDES DE PAGO:** Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de salud a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o aseguradoras para el pago de reclamos de Medicare, o a la agencia estatal adecuada para el pago de reclamos de Medicaid. Certifico que la información que di al solicitar pago bajo Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare) es correcta. Solicito que se efectúe en mi nombre el pago de los beneficios asignados.

Acuso recibo del Formulario de Reconocimiento y Consentimiento. También reconozco que se me ha dado oportunidad para hacer preguntas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o representante en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación al paciente (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

---

**SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL DE LA CLÍNICA**

Marque si el paciente decidió no llevarse una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

Indique el motivo de la negativa, si lo conoce:

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo (empleado)

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (empleado) en letra de imprenta

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

# Memorial Internal Medicine

CENTER

## AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

FECHA DE VIGENCIA – Abril 14, 2003

Este aviso describe como se pueden usar y revelar los datos médicos acerca de usted y como puede tener acceso a esos datos. **POR FAVOR REVISE ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.** Esta notificación aplica a **[insert Facility name]**, los doctores y otros trabajadores de la salud que ejercen en este hospital. Este aviso también es aplicable a **[enter any affiliated entities that share your facility or may appear to the patient to be part of the hospital but is legally separate like an SNF, Home Health, pharmacy, etc.]**

Es nuestra obligación legal el proteger la confidencialidad de todos los datos relacionados con usted y de notificarle sobre cualquier violación. Le estamos dando este aviso para poderle explicar como ponemos en práctica la confidencialidad. Nosotros llevaremos a cabo las prácticas descritas en este aviso o en el que esté vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras normas y aviso de las prácticas de confidencialidad en cualquier momento. En caso de que hagamos un cambio significativo en nuestras normas, cambiaremos el aviso y pondremos el nuevo. Usted también puede solicitar una copia en papel de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información en cuanto a nuestras prácticas de confidencialidad o para hacer una queja, reportar una preocupación o problema, llame al número abajo puesto:

*Memorial Internal Medicine*  
575-556-6470

**O**, si usted prefiere permanecer en anónimo, puede llamar al número gratuito 1-877-508-LIFE (5433) y un representante manejará su asunto confidencialmente. Usted también puede mandar su queja por escrito al “United States Department of Health and Human Services” en caso de que usted piense que no hemos manejado su queja apropiadamente. Usted puede ponerse en contacto por medio de los números arriba indicados para obtener la dirección de la oficina o puede visitar la página web <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/> . Bajo ninguna circunstancia habrá represalias contra usted por presentar una queja.

**[Enter any state specific requirements if applicable]**

Nosotros podemos usar datos acerca de usted para fines de tratamiento, para obtener pago, o para operaciones del cuidado de la salud y otros fines administrativos. Por ejemplo, podemos usar su información en situaciones que tienen que ver con su tratamiento si es que tenemos que mandar su información médica a un especialista o doctor como parte de referencia para la continuación de su cuidado. Mandaremos los datos de su salud y otra información de identificación a Medicare, Medicaid o a otras compañías de seguro médico con propósito del cobro de su atención. Sus datos serán usados cuando se procesen los expedientes médicos para asegurarnos que esten completos y para comparar datos de pacientes durante nuestros esfuerzos continuos de mejorar nuestros métodos de tratamiento. Nosotros podemos divulgar sus datos a nuestros socios que contratamos para prestar servicios en nuestro nombre los cuales requieren el uso de su información médica. Nosotros podemos contactarlo o divulgar ciertas partes de su información médica a nuestras fundaciones asociadas o relacionadas para propósitos de recaudar fondos. Usted tiene la opción de optar por no recibir los comunicativos referentes a la recaudación de fondos. Podemos compartir cierta información con personas que usted identifique como un familiar, un relative, una amistad u otra persona que este directamente involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, o si es necesario notificar a estos individuales sobre su ubicación, condición general, o fallecimiento. Adicionalmente, puede ser necesario para nosotros divulgar información médica sobre usted a una entidad asistiendo en los esfuerzos durante casos de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado o ubicación.

Bajo algunas circunstancias se nos solicitará divulgar su expediente médico sin que tengamos autorización específica de usted. Ejemplos de estas divulgaciones son: cuando por ley federal o estatal debemos de reportar casos de abandono, abuso o por otras razones de ley; para actividades de salud pública; a agencias que vigilan la salud; por procesos judiciales y administrativos; para arreglos de muerte y funerales; para donación de órganos; para funciones especiales de gobierno, incluyendo peticiones militares y veteranos; y para prevenir amenazas serias a la salud o para la seguridad pública. También podemos contactarnos con usted después de su visita actual para recordarle sobre sus citas futuras o para proveerle información sobre tratamientos alternos u otros servicios de la salud que pueden ser de beneficio para usted. La Mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones para fines de propaganda y revelaciones que constituyen una venta de información médica se realizará sólo con su autorización por escrito. Nosotros obtendremos su autorización por escrito para cualquier otra información que se necesite dar, más allá de las mencionadas arriba. Recuerde, que si usted nos autorizó a revelar información, usted siempre tendrá el derecho de revocar dicha autorización. Estaremos con toda la disposición de honrar su solicitud, excepto en los casos en que ya hallamos dado información.

Como paciente usted tiene derecho a saber como se usan sus datos. Estos derechos incluyen su derecho a tener acceso a su expediente médico. En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de leer dicha información o de recibir una copia. Esto puede llevar 30 días en prepararla, puede haber un cargo por el copiado. Usted puede solicitar una relación de las veces que hemos revelado información acerca de usted. Será una lista de las veces que hemos dado

información aparte de lo relacionado con su tratamiento, los pagos, y operaciones las cuales usted no ha autorizado específicamente pero que nos son requeridos por la ley efectuar (ver la sección sobre como su información puede ser usada y divulgada). Podremos darle una lista por año sin costo; todas las solicitudes adicionales en el mismo año serán sujetas a un cargo nominal. Si usted cree que la información que nosotros tenemos acerca de usted es incorrecta o que falta información importante, usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos dichos errores. Podrá haber razones por las que no podremos hacer honor a su solicitud y por las cuales usted puede presentar una declaración expresando su desacuerdo. Usted también puede solicitar que los datos de su salud le sean comunicados en otra localidad o dirección diferente a la que nosotros recibimos cuando usted fue registrado. Si usted paga por su servicio en su totalidad por adelantado, usted puede pedir que no revelemos información sobre su tratamiento a su plan de salud Finalmente, usted puede solicitar por escrito que no podemos usar o revelar su información por cualquier razón descrita en esta notificación excepto a personas que participan en su cuidado, o cuando sea requerido por ley, o en casos de emergencia. Legalmente no estamos requeridos a aceptar dicha solicitud, pero haremos lo posible para honrar solicitudes razonables.

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

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

Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
¿Esta usted en una dieta especial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usa tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted usa sustancias controladas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Mujeres: ¿Está usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada?  Sí  No    Toma anticonceptivos orales?  Sí  No    Esta amamantando?  Sí  No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

Aspirina     Penicilina     Codeína     Acrílico     Metálico     Látex     Anestésicos locales    Sulfamida  
 Otros    En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento con radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fácilmente pierde el aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula del corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ronchas o erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos / vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del seno nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque fulminante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Moretoscon facilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque/Falla del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la articulación de la quijada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos en el Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas/Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						La ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

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