



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:

Pronombres preferidos (opcional):

Fecha:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código postal:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Ocupación:

Referido por:

¿Cómo se enteró de nosotros?



## POSIBLES CONTRAINDICACIONES DEL PROGRAMA

¿Está embarazada, amamantando o planea quedar embarazada pronto?	Sí	No
¿Actualmente toma antidepresivos? (Prozac, Paxil, Zoloft, Celexa, Effexor, Wellbutrin, Elavil, Cymbalta, Trazodone, Buspirona (Buspar), Hierba de San Juan, otros: _____)	Sí	No
<hr/>		
¿Actualmente toma algún medicamento para migrañas como Axert, Amerge, Imitrex, Imigran o Zomig?	Sí	No
¿Actualmente toma Nardil, Parnate, Marplan o Emsam (IMAO)?	Sí	No
¿Actualmente toma algún medicamento para la diabetes?	Sí	No
¿Tiene antecedentes de problemas cardíacos: cirugía de bypass, stent, problemas de válvulas, marcapasos, desfibrilador, arritmia, WPW?	Sí	No
¿Tiene alguna otra enfermedad cardíaca: marcapasos, desfibrilador, arritmia, WPW?	Sí	No
¿Tiene antecedentes de un derrame cerebral - Accidente cerebrovascular (ACV)?	Sí	No
¿Antecedentes de enfermedad arterial/periférica (PAD/PVD)?	Sí	No
¿Enfermedad avanzada de los riñones o del hígado?	Sí	No
¿Antecedentes personales o familiares de cáncer de tiroides?	Sí	No
¿Ha estado o está actualmente en tratamiento por adicción a drogas?	Sí	No
¿Antecedentes de pancreatitis?	Sí	No
¿Es alérgico o ha tenido alguna mala reacción a medicamentos estimulantes?	Sí	No

**Si respondió SÍ a alguna de las preguntas anteriores, por favor informe a la oficina antes de programar su cita inicial.**

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

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

**HISTORIAL MÉDICO**

Este historial médico es para uso exclusivo de Physicians Weight Clinic y no reemplaza la atención, evaluaciones ni recomendaciones de su proveedor de atención médica principal.

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **F. de N.** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_

**Enumere TODOS LOS MEDICAMENTOS y DOSIS**, incluidos los medicamentos recetados, herbales y de venta libre:

**Enumere TODAS LAS ALERGIAS A MEDICAMENTOS**, incluidos los medicamentos recetados, herbales y de venta libre:

**¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ:**

Enfermedades/problemas del corazón (de cualquier tipo)	SÍ	NO	Alcoholismo y/o abuso de sustancias	SÍ	NO
Latidos irregulares/palpitaciones/dolor en el pecho	SÍ	NO	Dificultad para respirar (sin esfuerzo físico)	SÍ	NO
Soplo cardíaco o prolapso de la válvula mitral	SÍ	NO	Colesterol alto	SÍ	NO
Presión arterial alta	SÍ	NO	Derrame cerebra	SÍ	NO
Depresión, ansiedad o trastorno de pánico	SÍ	NO	Dolores de cabeza o migrañas	SÍ	NO
Anorexia, bulimia u otro trastorno alimenticio	SÍ	NO	Glaucoma	SÍ	NO
Sensibilidad a medicamentos estimulantes	SÍ	NO	Problemas de tiroides	SÍ	NO
Diabetes: Tipo I, II o gestacional	SÍ	NO	Prueba de tuberculosis positiva / tratamiento para TB	SÍ	NO
Convulsiones o epilepsia	SÍ	NO	Enfermedad del hígado, hepatitis o ictericia	SÍ	NO
Enfermedades pulmonares	SÍ	NO	Cálculos biliares	SÍ	NO
Enfermedad arterial periférica	SÍ	NO	Fiebre escarlatina o fiebre reumática	SÍ	NO
Enfermedades de la sangre: anemia, coágulos, células falciformes o problemas de sangrado				SÍ	NO
Problemas digestivos: SII, estreñimiento crónico, diarrea, reflujo ácido, diverticulitis o úlceras				SÍ	NO

**¿Está amamantando, embarazada o planea quedar embarazada pronto?** SÍ NO

Método(s) anticonceptivo(s) actual(es): \_\_\_\_\_ Último período menstrual / menopausia: \_\_\_\_\_

**¿Tiene antecedentes familiares de enfermedades cardíacas, presión alta, derrame cerebral o diabetes?**

Si la respuesta es sí, por favor indique quién y a qué edad fue diagnosticado:

**¿Hay alguna información adicional sobre su historial médico que le gustaría que supiéramos?**

¿Está siendo tratado actualmente por alguna otra enfermedad? ¿Alguna otra condición médica? Si es así, por favor explique:

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

*Declaro, según mi mejor conocimiento, que esta información es completa y verídica. Acepto que los proveedores de Physicians Weight Clinic la consideren verídica y la utilicen para tomar decisiones médicas sobre mi tratamiento para la pérdida de peso.*

Firma del revisor de Physicians Weight Clinic \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO

### Por favor lea e inicial cada punto

- \_\_\_\_\_ Entiendo que debo tomar únicamente la dosis recetada del medicamento oral que se me haya entregado y que no debo compartir este medicamento con ninguna otra persona.
- \_\_\_\_\_ Notificaré a esta clínica cualquier cambio en los medicamentos que estoy tomando, ya sean recetados o de venta libre, incluyendo su dosis y concentración.
- \_\_\_\_\_ Informaré a esta clínica si recibo un nuevo diagnóstico o si estoy siendo tratado por alguna nueva condición médica en otras clínicas o consultorios médicos. Esto incluye trastornos psiquiátricos o emocionales, así como cualquier nuevo medicamento recetado en otro lugar.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que recibiré mi examen médico de participación en el programa de control de peso en Physicians Weight Clinic, únicamente con el propósito de dicho programa. Las indicaciones y tratamientos del personal médico no deben considerarse como atención brindada por un médico de atención primaria.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que todas las inyecciones conllevan riesgos inherentes que pueden incluir, pero no se limitan a: moretones, sangrado, infección, reacción en el sitio de inyección y reacción alérgica.
- \_\_\_\_\_ Las regulaciones federales requieren que los medicamentos se entreguen en envases a prueba de niños para prevenir la ingestión accidental.

**He leído, comprendido y aceptado todos los puntos anteriores, y he colocado mis iniciales en cada uno de ellos.**

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

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_



## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA**

Cómo puede usarse su información médica:

### **PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO**

Usaremos su información médica dentro de nuestra clínica para brindarle la mejor atención posible. Esto puede incluir procedimientos administrativos y clínicos diseñados para optimizar la programación y la coordinación del cuidado entre el asistente médico, el enfermero practicante, el médico, la enfermera y el personal administrativo. Además, podemos compartir su información médica con médicos remitentes, laboratorios clínicos y de patología, farmacias u otro personal de salud que participe en su tratamiento.

### **PARA REALIZAR OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

Su información médica puede utilizarse durante evaluaciones de desempeño de nuestro personal. Algunas de nuestras mejores oportunidades de enseñanza se basan en situaciones clínicas reales de los pacientes que reciben atención en nuestra clínica. Como resultado, su información médica puede incluirse en el proceso de capacitación de estudiantes, pasantes, asociados y empleados administrativos y clínicos. También es posible que su información médica se divulgue durante auditorías realizadas por compañías de seguros o agencias gubernamentales como parte de sus revisiones de calidad y cumplimiento. Su información médica puede ser revisada durante los procesos rutinarios de certificación, licencias o acreditaciones.

### **RECORDATORIOS AL PACIENTE**

Porque creemos que la atención regular es muy importante para su salud general, le recordaremos sobre una cita programada o que es momento de comunicarse con nosotros para hacer una cita. Además, podemos contactarlo para hacer seguimiento de su atención e informarle sobre opciones de tratamiento o servicios que puedan ser de interés para usted o su familia. Estas comunicaciones son una parte importante de nuestra filosofía de colaboración con nuestros pacientes para asegurar que reciban la mejor atención que la medicina moderna puede ofrecer. Pueden incluir cartas, recordatorios telefónicos o mensajes de voz sobre laboratorios o citas futuras. Asegúrese de que la recepcionista tenga su información de contacto actualizada para garantizar precisión y privacidad.

### **PARA APLICACIÓN DE LA LEY**

Según lo permitido o requerido por la ley estatal o federal, podemos divulgar su información médica a un oficial de la ley para ciertos fines, incluyendo, en determinadas circunstancias, si usted es víctima de un delito o para reportar un delito.

### **AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Aparte de lo indicado anteriormente o cuando lo requiera la ley federal, estatal o local, no divulgaremos su información médica sin su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento.

He leído y entiendo la información anterior.

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