

EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610

P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

¡Bienvenidos, pacientes nuevos!

En nombre de los proveedores y del personal de Emkey Arthritis & Osteoporosis Clinic, nos gustaría darle la bienvenida a nuestra práctica. Nos honra que haya elegido al equipo de Emkey Arthritis para participar en su atención médica.

Nuestra misión -

Excelencia en la atención médica y en la investigación clínica, garantizando compasión y la más alta calidad de vida para todos y cada uno de nuestros pacientes.

Lea lo siguiente, ya que proporcionará a nuestro equipo la información esencial necesaria para brindarle la mejor atención posible.

1. Complete todos los formularios incluidos en este paquete para pacientes nuevos y tráigalos a su primera visita.
2. También deberá traer los siguientes artículos a su cita:
 - Su identificación con fotografía.
 - Todas sus tarjetas de seguro.
 - Si su compañía de seguros requiere una referencia (en papel o electrónica), asegúrese de obtenerla de su médico de atención primaria antes de su cita.
 - Todas sus tarjetas de farmacia.
 - Una lista actualizada de todos los medicamentos y suplementos que toma, con sus dosis.

Por favor, llegue 20 MINUTOS antes de la hora programada de su cita para que nuestro equipo pueda registrarlo.

Su cita está programada para _____ con _____.

Es importante que el médico que lo refiere nos proporcione todos los expedientes pertinentes para que el tiempo de su visita pueda aprovecharse al máximo. Llame a su médico para asegurarse de que sus registros nos hayan sido enviados.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina al 610-374-8133.

Nuestro servicio automatizado de recordatorios telefónicos aparecerá en su identificador de llamadas como "610-795-9206". Es útil guardar este número en sus contactos para reconocer los recordatorios automáticos de citas.

¡Esperamos con mucho gusto conocerle!

Atentamente,

El equipo de Emkey Arthritis & Osteoporosis Clinic, PC

EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610

P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

Indicaciones desde Allentown:

Incorpórese a US-22 West. Incorpórese a US-222 South en dirección a Lancaster. Tome la salida de Broadcasting Road. Gire a la derecha en Broadcasting Road. Continúe por Broadcasting Road. Cruce Papermill Road. Pase la entrada de Corporate Campus y ambos estanques a su derecha. Gire a la derecha en Meridian Blvd. Tome la primera a la derecha en Commerce. El estacionamiento estará a su izquierda.

Indicaciones desde Harrisburg:

Tome la autopista de peaje de Pennsylvania (PA Turnpike) hacia el este hasta la salida 286 hacia Reading y luego siga las indicaciones desde Pottstown que aparecen a continuación.

Indicaciones desde Pottstown/Philadelphia:

Desde la autopista de peaje, incorpórese a Morgantown Expressway / I-76 North por la salida 298 en dirección a Reading. Incorpórese a US-422 West por la salida 118 a la izquierda en dirección a Reading. Incorpórese a US-222 North por la salida a la izquierda en dirección a Allentown. Tome la salida de Broadcasting Road y gire a la izquierda en Broadcasting Road. Continúe por Broadcasting Road. Cruce Papermill Road. Pase la entrada de Corporate Campus y ambos estanques a su derecha. Gire a la derecha en Meridian Blvd. Tome la primera a la derecha en Commerce. El estacionamiento estará a su izquierda.

Indicaciones desde Ephrata/Lancaster:

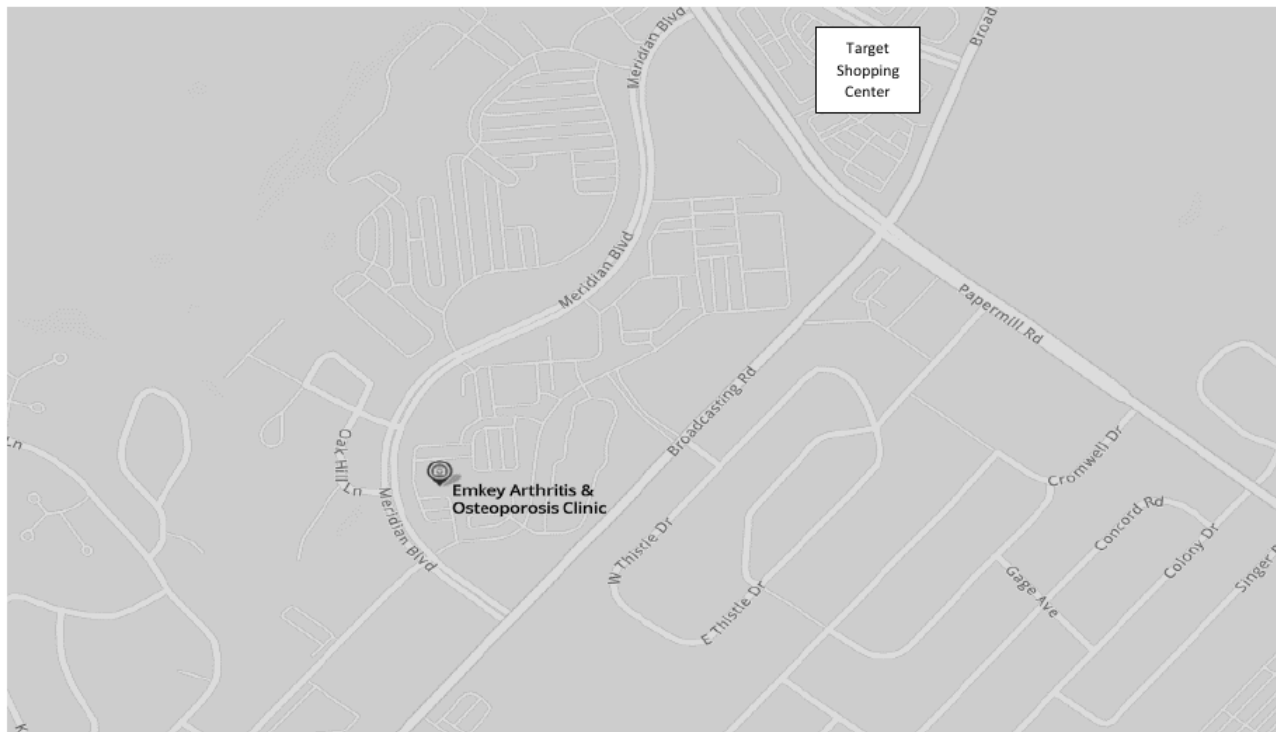
Incorpórese a US-30 East/US 222 en dirección a US 222 North. Manténgase a la derecha hacia Allentown. Tome la salida de Broadcasting Road. Gire a la izquierda en Broadcasting Road. Continúe por Broadcasting Road. Cruce Papermill Road. Pase la entrada de Corporate Campus y ambos estanques a su derecha. Gire a la derecha en Meridian Blvd. Tome la primera a la derecha en Commerce. El estacionamiento estará a su izquierda.

Indicaciones desde Wernersville:

Tome Penn Ave hasta 422 East. Incorpórese a US-222 por la salida a la izquierda en dirección a Allentown. Tome la salida de Broadcasting Road. Gire a la izquierda en Broadcasting Road. Continúe por Broadcasting Road. Cruce Papermill Road. Pase la entrada de Corporate Campus y ambos estanques a su derecha. Gire a la derecha en Meridian Blvd. Tome la primera a la derecha en Commerce. El estacionamiento estará a su izquierda.

Indicaciones desde Route 12/Warren Street Bypass:

Salga hacia Papermill Road. Gire a la izquierda en Broadcasting Road. Pase la entrada de Corporate Campus y ambos estanques a su derecha. Gire a la derecha en Meridian Blvd. Tome la primera a la derecha en Commerce. El estacionamiento estará a su izquierda.





1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206
Dr. Gregory Emkey, Valerie Galante, CRNP

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Autorización para tratamiento médico

Consiento voluntariamente y autorizo a los médicos, profesionales de enfermería, asistentes médicos, enfermeros, asistentes clínicos y demás personal de atención médica afiliado a Emkey Arthritis and Osteoporosis Clinic ("EAOC") a proporcionarme atención médica, tratamiento, procedimientos diagnósticos, exámenes, pruebas de laboratorio, inyecciones, infusiones y otros servicios de atención médica que se consideren necesarios para mi diagnóstico y tratamiento.

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han dado garantías ni seguridades con respecto a los resultados de mi atención o tratamiento.

Divulgación de información para tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Autorizo a EAOC a utilizar y divulgar mi información médica protegida según sea necesario para:

- Tratamiento médico y coordinación de la atención.
- Verificación del seguro y procesamiento de reclamaciones.
- Actividades de pago.
- Operaciones de atención médica permitidas por la ley aplicable.

Cesión de beneficios del seguro

Autorizo el pago de los beneficios médicos directamente a Emkey Arthritis and Osteoporosis Clinic por los servicios prestados.

Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier cargo que no cubra mi compañía de seguros, incluidos deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos.



1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206
Dr. Gregory Emkey, Valerie Galante, CRNP

Consentimiento para comunicaciones rutinarias

Autorizo a EAOC a comunicarse conmigo sobre citas, recomendaciones de tratamiento, resultados de pruebas, información sobre recetas, asuntos de facturación y otra información relacionada con mi atención médica por medio de:

☐ Llamada telefónica ☐ Correo de voz ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Portal del paciente

Servicios de telesalud (si corresponde)

Entiendo que algunos servicios pueden prestarse mediante telesalud u otros métodos de comunicación electrónica cuando sean apropiados y estén disponibles.

Reconozco que:

- La telesalud puede implicar la transmisión electrónica de mi información de salud.
- Se realizarán esfuerzos razonables para proteger mi privacidad.
- Puedo rechazar los servicios de telesalud y solicitar una cita presencial cuando sea apropiado.

Iniciales: _____

RECONOCIMIENTO

Certifico que he leído y entiendo este Consentimiento para el Tratamiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi tratamiento y las políticas de la práctica. Entiendo que puedo revocar ciertas autorizaciones por escrito, según lo permita la ley.

Al firmar a continuación, consiento voluntariamente al tratamiento y a los servicios de atención médica proporcionados por Emkey Arthritis and Osteoporosis Clinic.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____



1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206
Dr. Gregory Emkey, Valerie Galante, CRNP

Fecha: _____

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar:

Nombre del padre/madre, tutor o representante personal:

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____



1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206
Dr. Gregory Emkey, Valerie Galante, CRNP

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Cómo recopilamos información sobre usted: Emkey Arthritis and Osteoporosis Clinic (EAOC) y sus empleados, contratistas y voluntarios pueden recopilar información por diversos medios, incluidos cartas, conversaciones telefónicas, correos electrónicos, mensajes de voz, formularios de pacientes, documentos de registro, expedientes médicos y solicitudes requeridas por ley o necesarias para procesar solicitudes de servicios.

Lo que NO hacemos con su información: La información sobre su situación financiera, condición médica, tratamiento y servicios de atención médica que usted nos proporcione, ya sea por escrito, electrónicamente, por teléfono, mediante correo de voz o a través de cualquier solicitud o formulario, se mantiene en la más estricta confidencialidad.

EAOC no vende, alquila, intercambia, trueca ni divulga de ninguna otra forma información confidencial del paciente a ninguna persona u organización no autorizada. Solo utilizamos y divulgamos información médica protegida según lo permitan o exijan las leyes aplicables, incluida HIPAA y otras normativas federales o estatales de privacidad.

Cómo utilizamos su información: Utilizamos su información únicamente en la medida razonablemente necesaria para proporcionar servicios de atención médica, procesar reclamaciones, coordinar la atención y realizar operaciones de atención médica. Esto puede incluir la comunicación con:

- Proveedores de atención médica.
- Farmacias.
- Proveedores de equipos y suministros médicos.
- Compañías de seguros.
- Laboratorios.
- Otras entidades que participen en su tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Dichas comunicaciones pueden ser necesarias para:

- Verificar la exactitud de su información médica.
- Determinar la elegibilidad para servicios o beneficios.
- Obtener suministros médicos, dispositivos, medicamentos o tratamientos.
- Procesar reclamaciones y autorizaciones de seguros.
- Coordinar y administrar su atención médica.



1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206
Dr. Gregory Emkey, Valerie Galante, CRNP

Si se presenta información con la intención de cometer fraude, o si se sospecha razonablemente de actividad fraudulenta, EAOE puede divulgar información a las autoridades policiales, organismos reguladores, tribunales, abogados u otras entidades según lo permita o exija la ley.

Información que NO recopilamos: Nuestro sitio web no utiliza cookies para rastrear a los visitantes. No recopilamos información de identificación personal de los visitantes del sitio web, a menos que la proporcionen voluntariamente mediante un formulario de contacto, correo electrónico u otra comunicación directa.

El sitio web puede utilizar enlaces o servicios de terceros que operan de forma independiente de EAOE. Estos terceros pueden recopilar información de acuerdo con sus propias prácticas de privacidad. Recomendamos a los visitantes revisar las políticas de privacidad de cualquier sitio web externo al que accedan.

Uso limitado de información no identificable: EAOE puede utilizar información no identificable del paciente, testimonios, notas de agradecimiento, historias u otras comunicaciones con fines educativos, de recaudación de fondos o promocionales que apoyen nuestra misión.

No se utilizará información identificable, incluidas fotografías, nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico u otra información de identificación personal, sin la autorización previa por escrito del paciente cuando así lo exija la ley.

Los pacientes no recibirán compensación por el uso de materiales autorizados.

Puede solicitar por escrito que su información no se utilice con fines promocionales. EAOE respetará todas las preferencias de privacidad aplicables y los requisitos legales relacionados con el uso de su información.

Preguntas sobre privacidad: Si tiene preguntas sobre este Aviso de Prácticas de Información y Declaración de Privacidad o sobre sus derechos de privacidad, comuníquese directamente con EAOE.



1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206
Dr. Gregory Emkey, Valerie Galante, CRNP

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendo plenamente y se me ha ofrecido una copia de la Declaración de Privacidad de Emkey Arthritis and Osteoporosis Clinic.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Fecha de la firma: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Nuestros usos y divulgaciones de su información de salud

Podemos utilizar y divulgar su información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esto incluye comunicarnos con proveedores de atención médica, farmacias, laboratorios y compañías de seguros según sea necesario para brindarle atención.

Otras divulgaciones permitidas

Podemos divulgar información según lo exija la ley, para actividades de salud pública, actividades de supervisión de la salud, procedimientos judiciales, fines policiales, reclamaciones de compensación laboral y para prevenir amenazas graves a la salud o la seguridad.

Usos que requieren autorización

Los usos y divulgaciones no descritos de otro modo en este aviso se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento.



1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206
Dr. Gregory Emkey, Valerie Galante, CRNP

Sus derechos

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de sus expedientes, solicitar enmiendas, solicitar restricciones, solicitar comunicaciones confidenciales, recibir un registro de divulgaciones, obtener una copia impresa de este aviso y recibir notificaciones de incumplimiento cuando lo exija la ley.

Nuestras responsabilidades

EAOC está obligada por ley a mantener la privacidad y seguridad de la información médica protegida, proporcionar este aviso y cumplir con las prácticas de privacidad descritas en él.

Quejas

Si considera que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante EAOC o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Reconozco que he leído, comprendo plenamente y se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de Emkey Arthritis and Osteoporosis Clinic.

Si no podemos comunicarnos con usted o en caso de emergencia, indique a continuación con quién podemos comunicarnos respecto de su información médica y atención:

Permiso para dejar un mensaje detallado con información médica en: Casa # _____ Celular # _____ Trabajo # _____

Permiso para hablar con la(s) siguiente(s) persona(s) sobre cualquier parte de su información médica:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono # _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono # _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono # _____



1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206
Dr. Gregory Emkey, Valerie Galante, CRNP

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Fecha de la firma: _____

Si firma un representante personal:

Nombre del representante: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____



1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206
Dr. Gregory Emkey, Valerie Galante, CRNP

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por permitir que el equipo de Emkey Arthritis & Osteoporosis Clinic participe en su atención médica. Nos honra y nos dedicamos a brindarle la mejor atención posible. Le pedimos que lea las siguientes políticas y firme el reconocimiento que aparece a continuación.

Asegúrese de traer su(s) tarjeta(s) de seguro médico a cada visita.

Referencias / Autorizaciones: Como somos una práctica de especialistas, su póliza de atención médica puede requerir una referencia de su médico de atención primaria. Si este es el caso, obtenga la referencia y tráigala a su cita. Si no se puede obtener una referencia, es posible que tengamos que cancelar y reprogramar su cita hasta que se emita una. Aunque nuestro personal ayudará a obtener autorizaciones previas cuando sean necesarias, la autorización no garantiza el pago ni la cobertura por parte de su compañía de seguros.

Responsabilidad sobre la información del seguro: Los pacientes son responsables de proporcionar información de seguro actual y correcta en cada visita. No proporcionar información actualizada puede hacer que el paciente sea responsable del saldo total de los servicios prestados.

Planes con deducible alto: Si participa en un plan de salud con deducible alto y aún no ha cumplido su deducible, podemos solicitar el pago de la responsabilidad estimada del paciente en el momento del servicio. Cualquier pago en exceso o insuficiente se ajustará después de que el seguro procese la reclamación.

Planes fuera de la red: Es su responsabilidad comprender sus beneficios fuera de la red. Se espera el pago en el momento del servicio y le proporcionaremos una factura que podrá presentar a su seguro para solicitar reembolso.

Planes dentro de la red: Participamos con muchos planes de seguro; sin embargo, la participación no garantiza el pago de todos los servicios prestados. Se espera que cobremos de usted, en el momento del servicio, cualquier copago, deducible y cantidad de desembolso directo. Para su comodidad, aceptamos pagos en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Esté preparado para pagar en su cita. Si tiene preguntas sobre cuál sería su responsabilidad, puede comunicarse con su compañía de seguros.

Pacientes de pago particular: Los pacientes sin cobertura de seguro deben pagar en el momento del servicio, a menos que se hayan establecido previamente otros acuerdos de pago.

Servicios no cubiertos: Los pacientes son responsables de los servicios que su plan de seguro considere no médicamente necesarios o que no estén cubiertos. Esto incluye, entre otros, infusiones, productos biológicos, estudios DEXA, inyecciones y pruebas especializadas.

Saldos del paciente: Le facturaremos cualquier coseguro, deducible y/o parte del costo que su seguro indique que es su responsabilidad. Si recibe un estado de cuenta del paciente por correo, la oficina espera el pago total dentro de 30 días. Si no puede pagar el total, será su responsabilidad comunicarse con nuestra oficina de facturación para establecer un acuerdo de pago. El teléfono de facturación es 610-374-8133, opción 6. Si su factura permanece sin pagar por más de 90 días, las citas no urgentes se suspenderán hasta que se pague la factura.



1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206
Dr. Gregory Emkey, Valerie Galante, CRNP

Tarjeta de crédito registrada: La práctica puede mantener una tarjeta de crédito registrada para los saldos identificados como responsabilidad del paciente después de que el seguro procese la reclamación. Se notificará a los pacientes antes de realizar un cargo a la tarjeta.

Cheques devueltos: Se cobrará un cargo de \$45.00 por cada cheque devuelto.

***Cancelación y ausencia a citas:** Se requiere un aviso con 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar su cita. Tenemos una extensa lista de espera y esto permite que otras personas tengan la oportunidad de ser atendidas. Si no canceló con 24 horas de anticipación O no se presentó a su cita, se cargará a su cuenta una tarifa de \$75.00 para pacientes establecidos y \$125.00 para pacientes nuevos. Las compañías de seguros no cubren los cargos por citas perdidas y estos cargos son responsabilidad exclusiva del paciente.

Tarifas por transferencia de expedientes médicos: Si solicita sus expedientes médicos, las tarifas por las copias se cobrarán de acuerdo con la ley de Pennsylvania y las regulaciones aplicables. Una vez recibido el pago, entregaremos los expedientes dentro de 5 días hábiles.

Formularios adicionales: Formularios FMLA: \$45. Formularios de discapacidad: \$45. Formularios para permiso de estacionamiento: \$25. Los formularios se completarán al recibir el pago en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN RECONOCE LO SIGUIENTE:

- Entiendo que los copagos, deducibles, coseguros, servicios no cubiertos, cargos por citas perdidas y otros saldos identificados como mi responsabilidad se deben de acuerdo con esta política financiera.
- SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER GASTO MÉDICO QUE NO ESTÉ CUBIERTO POR MI PLAN DE SEGURO MÉDICO.

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610

P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

FORMULARIO DEMOGRÁFICO PARA PACIENTE NUEVO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____ Sexo (marque uno): Masculino Femenino

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico (requerido para nuestro portal): _____

Situación laboral del paciente (marque uno): Tiempo completo Tiempo parcial Estudiante Jubilado Otro: _____

Empleador del paciente: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección del empleador: _____

Estado civil del paciente (marque uno): Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección del cónyuge: _____

Empleador del cónyuge: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Seguro primario: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Relación: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Seguro secundario: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Relación: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Médico que lo refiere: _____ Teléfono: _____

¿Su visita está relacionada con una reclamación de seguro abierta por un accidente automovilístico o compensación laboral? Sí
____ No ____

Si respondió que sí, proporcione la siguiente información: Fecha de la lesión: ____/____/____

Compañía de la reclamación: _____ ID de reclamación: _____

Nombre y teléfono del ajustador de la reclamación: _____

Descripción de la lesión: _____

EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610

P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA PARA PACIENTE NUEVO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Educación: Primaria _____ Secundaria _____ Universidad _____ Estudios de posgrado _____

Ocupación: _____ Promedio de horas trabajadas por semana: _____

Referido por (marque uno): Yo mismo/a _____ Familia _____ Amigo/a _____ Médico _____ Internet _____ Otro _____

Nombre del médico que lo refiere: _____

Médico de atención primaria: _____

¿Tiene un cirujano ortopédico? Sí _____ No _____ Si respondió que sí, nombre: _____

Describe brevemente sus síntomas actuales: _____

Fecha aproximada de inicio de los síntomas: ____/____/____ Diagnóstico: _____

Tratamiento previo para este problema (incluya fisioterapia, cirugía, medicamentos e inyecciones): _____

Indique el nombre de otros profesionales que haya consultado por este problema: _____

Historia médica (enumere todos los problemas médicos por los cuales ha sido diagnosticado y tratado):

_____; _____; _____; _____; _____;
_____; _____; _____; _____; _____;
_____; _____; _____; _____; _____;

Historia quirúrgica (enumere todas las operaciones previas, nombre del hospital, motivo de la cirugía y fechas aproximadas):

Antecedentes familiares (indique cualquier antecedente médico relevante de sus familiares):

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos: _____

EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610

P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA - CONTINUACIÓN

Nombre: _____

Historia social

Cafeína: Sí No Porciones por día ____ Tipo: ☐ Chocolate ☐ Café ☐ Bebidas energéticas ☐ Refresco ☐ Té

Alcohol: Sí No Promedio # bebidas ____ ☐ Diario ☐ Ocasionalmente ☐ Rara vez ☐ Socialmente Tipo: ☐ Cerveza ☐ Licor ☐ Vino

Uso de tabaco: Sí No Anteriormente Fecha en que dejó de usarlo _____

Vapeo de nicotina: Sí No Si respondió que sí, ¿por cuánto tiempo? _____

Uso de drogas ilícitas: Sí No Si respondió que sí, tipos de drogas _____

Ejercicio: Sí No Si respondió que sí, tipo de ejercicio _____

¿Cuántas horas duerme por noche? _____ **¿Se despierta descansado/a?** ☐ Sí ☐ No **¿Ha tenido caídas recientes?** ☐ Sí ☐ No

Medicamentos (enumere TODOS los medicamentos que toma actualmente, incluidos los de venta libre, vitaminas y suplementos):

Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____
Nombre _____	Dosis _____	Frecuencia _____

Alergias (enumere todas las alergias y reacciones adversas a medicamentos y productos médicos):

Farmacia preferida: _____ Teléfono: _____

Ubicación de la farmacia: _____

¿Cuándo fue su último/a?

Visita al médico de atención primaria: _____ DEXA: _____ Mamografía: _____ Examen de campo visual: _____

Prueba TB/PPD: _____ Vacuna contra la influenza: _____ Vacuna contra la neumonía - Pneumo-Vax (primaria): _____
Prevnar 13 (refuerzo): _____

Vacuna contra COVID-19: Fabricante: Moderna _____ Pfizer _____ Johnson & Johnson _____

Vacuna primaria: 1.ª fecha _____ 2.ª fecha _____

Refuerzos: 1.º _____ 2.º _____ 3.º _____ 4.º _____

EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610

P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

REVISIÓN DE SISTEMAS

Nombre _____ Fecha _____

CONSTITUCIONAL

Aumento reciente de peso _____
libras

Pérdida reciente de peso _____
libras

Fatiga

Sudores nocturnos

Cambio en el apetito

OJOS

Dolor

Enrojecimiento

Pérdida de visión

Visión doble o borrosa

Sequedad

Sensación de objeto en el ojo

Picazón en los ojos

OÍDOS/NARIZ/GARGANTA/BOCA

Zumbido en los oídos

Pérdida de audición

Hemorragias nasales

Pérdida del olfato

Dolor de lengua

Dolor de mandíbula al masticar

Sangrado de encías

Llagas en la boca

Boca seca

Dolores de garganta frecuentes

Ronquera

Dificultad para tragar

CARDIOVASCULAR

Dolor de pecho

Ritmo cardíaco irregular

Cambio repentino en los latidos del
corazón

Presión arterial alta

Soplos cardíacos

Piernas o pies hinchados

Cambio de color en manos/pies con
el frío

ENDOCRINO

Sed excesiva

MUSCULOESQUELÉTICO

Rigidez matutina - ¿cuánto dura?

Dolor en las articulaciones

Debilidad muscular

Sensibilidad muscular

Hinchazón de las articulaciones

GASTROINTESTINAL

Náuseas

Vómitos

Dolor de estómago que se alivia
con comida

Ictericia

Aumento del estreñimiento

Diarrea persistente

Sangre en las heces

Acidez estomacal

GENITOURINARIO

Dificultad para orinar

Dolor o ardor al orinar

Sangre en la orina

Orina turbia

Pus en la orina

Secreción del pene/vagina

Micción nocturna frecuente

Erupción o úlceras

Dificultades sexuales

INTEGUMENTARIO (PIEL/MAMA)

Moretones fáciles

Enrojecimiento

Erupción

Urticaria

Sensibilidad al sol

Tirantez de la piel

Nódulos/protuberancias

Pérdida de cabello

Cambios en las uñas

SOLO PARA MUJERES

Edad de inicio del período _____

¿Períodos regulares? _____

¿Cada cuántos días? _____

Fecha del último período _____

Fecha del último PAP _____

¿Sangrado después de la
menopausia? _____

Embarazos _____ # Abortos
espontáneos _____

NEUROLÓGICO

Dolores de cabeza

Mareos

Desmayo

Espasmos musculares

Pérdida del conocimiento

Entumecimiento/hormigueo en
manos o pies

Pérdida de memoria

PSIQUIÁTRICO

Preocupación excesiva

Ansiedad

Depresión

Dificultad para conciliar el sueño

Dificultad para permanecer
dormido/a

RESPIRATORIO

Dificultad para respirar

Dificultad para respirar por la noche

Tos

Tos con sangre

Sibilancias

HEMATOLOGÍA/LINFÁTICO

Ganglios inflamados

Ganglios sensibles

Tendencia al sangrado

Fecha de transfusión

Iniciales del médico: _____