

## **Información de Pacientes Nuevos**

Pacific Family Medicine  
2360 W Ray Rd, Suite 2, Chandler AZ 85224  
Phone: (480) 855-3770 Fax: (480) 855-7906

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

☐ Masculino ☐ Femenino Estatus Matrimonial: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Numero de Tel: Casa \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Raza: ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Hispano o Latino ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
☐ Asiático ☐ Nativo de Hawai o isleño del Pacífico ☐ Prefiero no contestar  
☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco

¿Cómo se enteró de nosotros? ☐ Internet ☐ Amigo/Familia ☐ Anuncio ☐ Seguro médico

### **Información de Farmacia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Persona Responsable (Solo Para Menores)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Numero de Tel: Casa \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

# Lic. de Conducir: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### **Contacto de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Numero de Tel: Casa \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

### **Póliza de Cancelación**

Yo entiendo que cuando hago una cita, el médico y los empleados me están reservando un horario para mi cuidado. **Acepto pagar una tarifa de \$25 si no me presento a mi cita o no cancelo con 24 horas de anticipación.**

Iniciales \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historial Médico

Escriba todos los doctores que haya visto por sus problemas \_\_\_\_\_

Escriba cualquier tratamiento recibido de cualquier doctor en el año pasado \_\_\_\_\_

Escriba cualquier hospitalización incluyendo fechas \_\_\_\_\_

### Poder Notarizado /Testamento Vital:

Usted tiene un Poder Notarizado o su Testamento Vital: ☐ Sí ☐ No Si contesto que no, le gustaría obtener uno? ☐ Sí ☐ No

### ACUERDO FINANCIERO

- Yo tomo total responsabilidad por todos los cargos incurridos, a pesar de cualquier posible cubrimiento de aseguranza, yo autorizo a Pacific Family Medicine, Inc obtener bajo mi autorización cualquier información de aseguranza medica cubierta por el "Acto de Privacidad" de las compañías de aseguranza.
- Yo autorizo el pago directo al doctor por los beneficios médicos/cirugías. Soy responsable y acepto pagar todos los cargos por visitas, pruebas y procedimientos según lo considere necesario mi proveedor. Yo estoy de acuerdo de pagar todos los cobros de colección, abogados y balances sobre mi atención médica. Cualquier balance de \$5.00 o menos no será mandado a colección, pero seguirá en su cuenta hasta la siguiente visita.
- Si tiene seguro, como cortesía, con mucho gusto le mandaremos la cuenta a su compañía de seguros siempre que nos dé toda la información que necesitamos para la facturación. Todos los copagos, deducibles y coaseguros que son su parte de la factura se deben en el momento del servicio.
- Si usted está pagando en efectivo, sin aseguranza, el cobro y pago será al inicio de la visita. Aceptamos efectivo, mayoría de tarjetas. No aceptamos cheques.

Iniciales \_\_\_\_\_

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL CUMPLIMIENTO DE HIPAA

Nuestro aviso de prácticas de privacidad da información sobre cómo podemos usar o divulgar su información médica protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Con su firma, usted comprueba que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996) permite el uso de la información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida.

Al firmar este formulario, comprende que:

- La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley. El paciente tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.
- Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar sus citas.
- Es posible que dejemos un mensaje en su contestador automático con respecto a las fechas y horas de las citas.
- No daremos ningún resultado por teléfono o por un contestador automático.
- No hablaremos de su condición médica con ningún miembro de su familia a menos que estén presentes durante su visita médica.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Testigo: PACIFIC FAMILY MEDICINE REPRESENTATIVE

## CPE/Well Woman - Spanish

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Haga una lista de sus condiciones médicas: \_\_\_\_\_

Escriba previas cirugías y las fechas: \_\_\_\_\_

Escriba todos los medicamentos/suplementos que toma: \_\_\_\_\_

¿Tienes alergias? (Favor de nombrar las alergias) \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue tu última colonoscopia? \_\_\_\_\_

¿Te sientes deprimido? ☐ Sí ☐ No

¿Te sientes ansioso? ☐ Sí ☐ No

### HISTORIAL SOCIAL

¿Usas productos de nicotina? ☐ Sí ☐ No ☐ En el pasado

¿Tomas café o té con cafeína? ☐ Sí ☐ No

¿Cuánto tiempo llevas usando productos de nicotina? \_\_\_\_\_

¿Usas productos de marihuana? ☐ Sí ☐ No

Si fumas, ¿cuántos cigarrillos fumas al día? \_\_\_\_\_

¿Usas, o has usado, alguna droga social?

¿Bebes alcohol? ☐ Sí ☐ No ☐ En el pasado

(cocaína, heroína, meth etc.)

Si bebes, ¿cuánto tomas por semana?

☐ Sí ☐ No Explica \_\_\_\_\_

Tragos \_\_\_\_\_ Copas de vino \_\_\_\_\_ Cervezas \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE FAMILIA

**Madre** Edad \_\_\_\_\_ ¿Está viva? ☐ Sí ☐ No ¿Alguna condición médica? \_\_\_\_\_

**Padre** Edad \_\_\_\_\_ ¿Está vivo? ☐ Sí ☐ No ¿Alguna condición médica? \_\_\_\_\_

**Hermanos** ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos? \_\_\_\_\_

¿Cuántas hermanas? \_\_\_\_\_

¿Alguna condición médica? \_\_\_\_\_

### DIRECTIVA ANTICIPADA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

¿Cuál persona va a representarte en caso de una emergencia médica?

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Tienes un documento escrito de esto? ☐ Sí ☐ No

### MUJERES

#### Historial Preventivo

Fecha de su último Papanicolaou \_\_\_\_\_

¿Todos sus Papanicolaous han sido normales? ☐ Sí ☐ No

Fecha de la última mamografía \_\_\_\_\_

¿Fueron normales los resultados? ☐ Sí ☐ No

#### Historial Menstrual

Fecha de su último período menstrual \_\_\_\_\_

Edad que tenía cuando le empezaron los períodos \_\_\_\_\_

¿Has pasado por la menopausia? ☐ Sí ☐ No

¿Su período es regular? ☐ Sí ☐ No

¿Estás activa sexualmente? ☐ Sí ☐ No

¿Estás tomando pastillas anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No

¿Algún otro tipo de anticonceptivo? (condones etc.) \_\_\_\_\_

¿Estás operada para no tener hijos? ☐ Sí ☐ No

#### Historial Obstétrico

¿Alguna vez has estado embarazada? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuántas veces has estado embarazada? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos has tenido? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido un aborto espontáneo, un niño muerto o un aborto? ☐ Sí ☐ No

¿Has tenido cesárea? ☐ Sí ☐ No

¿Has tenido una histerectomía? ☐ Sí ☐ No

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

*Spanish*

## PHQ-9

*Spanish*

<b>Durante las <u>últimas 2 semanas</u>, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?</b>	<b>Ningún día</b>	<b>Varios días</b>	<b>Mas de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

**PHQ-9 Total Score:** \_\_\_\_\_

## GAD-7

<b>Durante las <u>últimas 2 semanas</u>, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?</b>	<b>Ningún día</b>	<b>Varios días</b>	<b>Mas de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

**GAD-7 Total Score:** \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>1. ¿Ha tenido alguna vez algún período de tiempo en el que no estaba en su estado habitual y...</b>   |                          |                          |
| ... se sintiera tan bien o tan hiperactivo que otras personas han pensado que no estaba en su estado normal o que estaba tan hiperactivo que tenía problemas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... estaba tan irritable que gritaba a la gente o se ha peleado o discutido?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... se sentía mucho más seguro que normalmente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dormía mucho menos de lo habitual y creía que realmente no era importante?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... estaba más hablador y hablaba mucho más rápido de lo habitual?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sus pensamientos iban más rápidos en su cabeza o no podía frenar su mente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... se distraía fácilmente por las cosas de alrededor o ha tenido problemas para concentrarse seguir el hilo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... tenía mucha más energía de la habitual?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas de lo habitual?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... era mucho más social o extrovertido de lo habitual, por ejemplo, llamaba a los amigos en plena noche?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... tenía mucho más interés de lo habitual por el sexo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... hizo cosas que eran inusuales para usted o que otras personas pudieran pensar que eran excesivas, estúpidas o arriesgadas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ha gastado dinero que le trajera problemas a usted o a su familia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. Si ha respondido SI a más de una de las cuestiones anteriores, ¿han ocurrido varias de éstas durante el mismo período</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. ¿Cuánto problema le han causado alguna de estas cosas: en el trabajo; problemas con la familia, el dinero o legales; metiéndose en discusiones o peleas? Por favor señale una sola respuesta</b> |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Sin problema <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Serio  |                          |                          |
| <b>4. ¿Ha tenido alguno de sus parientes (p. ej., hijos, hermanos, padres, abuelos, tías, tíos) una enfermedad de tipo maniaco-depresiva o trastorno bipolar?</b>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>5. ¿Le ha dicho alguna vez un profesional de la salud que usted tiene una enfermedad maniaco-depresiva o un trastorno bipolar?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



# PACIFIC FAMILY MEDICINE

NATIVIDAD VERDEJO-PEREZ, MD & SEILLY CABRALES, PA

Authorization for Release of Protected Health Information (PHI)

PATIENT NAME \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_

HOME PHONE \_\_\_\_\_ CELL PHONE \_\_\_\_\_

RELEASE TO	RELEASE FROM
<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Family Member <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Patient  2360 W RAY RD SUITE 2 CHANDLER, AZ 85224 PHONE: (480) 855-3770 FAX: (480) 855-7906	Name: _____  Telephone: _____  Fax: _____

## RECORDS TO BE RELEASED

\_\_\_\_ Clinic Visit Notes    \_\_\_\_ X-ray Reports    \_\_\_\_ Specialist    \_\_\_\_ Entire Record  
\_\_\_\_ Ob-Gyn    \_\_\_\_ X-ray Films    \_\_\_\_ Physical Therapy    \_\_\_\_ Workers' Compensation  
\_\_\_\_ Lab Reports    \_\_\_\_ Hospital    \_\_\_\_ Physicals/Pre-op    \_\_\_\_ Prior Clinic  
\_\_\_\_ Most Recent Visit    \_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

\*\*All records pertaining to a sensitive nature will be released unless marked by an X below:

☐ Mental Health    ☐ Psychotherapy    ☐ HIV/Aids/STDs    ☐ Chemical/Alcohol dependency

## PURPOSE OF RELEASE

\_\_\_\_ Change of Clinic    \_\_\_\_ Specialty Consultation    \_\_\_\_ Legal    \_\_\_\_ Insurance  
\_\_\_\_ Continuation of Care    \_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

## ACKNOWLEDGEMENT OF UNDERSTANDING

- This authorization will expire one year from date of signature or for a lesser period if specified here: \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_
  - I may revoke this authorization at any time by providing notification in writing to PFM, and it will be effective on the date received except to the extent action has already been taken.
  - When PFM discloses PHI pursuant to this authorization, we can no longer guarantee confidentiality or prevent re-disclosure, and the information may no longer be protected by federal privacy rules.
    - By signing this authorization, I agree to allow PFM and all their staff members to disclose the following PHI to the above stated person(s) or entity.
- By signing this authorization I agree to all its contents and release PFM from any and all liability resulting from re-disclosure.
  - I further understand that my healthcare and payment for my healthcare will not be affected if I do not sign this form

SIGNATURE (Patient or Legal Representative) \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_