

Nombre:

Fecha de nacimiento:



ColumbiaDoctors

Página 1 de 4

Formulario de admisión de pacientes adultos nuevos

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: ____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono preferido: casa o celular (enclerre uno en un círculo) Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto para emergencias: _____

Estado civil del paciente: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Proveedor de atención primaria

(Primary Care Provider, PCP): _____ Teléfono del PCP: _____

Teléfono del proveedor que remite: _____

Proveedor que remite: _____

Farmacia preferida: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia preferida: _____

Enumere TODOS los médicos que actualmente lo están tratando (por ejemplo, neumólogo, oncólogo, internista, cardiólogo, etc.)

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____

Las agencias de salud federales exhortan a que se recopile la siguiente información. Esta información se usa para controlar y mejorar la calidad del cuidado que se proporciona a todos los pacientes.

- Origen étnico: Prefiero no responder Hispano o latino NI hispano ni latino
- Raza: Prefiero no responder Indio americano o nativo de Alaska Asiático
- Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico Blanco Otro Prefiero no responder

Idioma de preferencia: _____

Acuerdo de responsabilidad financiera del paciente

Entiendo que todos los copagos y deducibles aplicables se deben pagar al momento de recibir el servicio. Acepto ser financieramente responsable y hacer el pago completo de todos los cargos que no cubra mi aseguradora. Doy mi autorización para que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a ColumbiaDoctors por los servicios prestados. Autorizo a los representantes de ColumbiaDoctors para que proporcionen la información médica pertinente a mi aseguradora cuando esta la solicite o para facilitar el pago de un reclamo.

Aviso de prácticas de privacidad: Acuse de recibo

Reconozco que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de ColumbiaDoctors (Notice of Privacy Practices, NOPP). Recibido N/C (solo si recibí previamente el aviso de ColumbiaDoctors)

Divulgación de información y consentimiento

ColumbiaDoctors le proporcionará los planes médicos que su proveedor acepta*. Si decide que lo trate un proveedor que no acepta su plan médico, se le solicitará que firme un formulario de consentimiento en el que acepta recibir tratamiento por parte de ese proveedor.

He leído y estoy de acuerdo con todo lo que se indicó anteriormente (Acuerdo financiero, Aviso de prácticas de privacidad, Información de seguros).

Nombre del paciente o tutor legal (en letra de molde): _____

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

*Consulte nuestro sitio web, columbiadoctors.org para obtener una lista de los seguros que su proveedor acepta.

Nombre:

Fecha de nacimiento:



Motivo de la visita de hoy:

Cuestionario médico general

¿ALGUNA VEZ ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

- Asma/problemas para respirar..... Sí No Trastorno/enfermedad del corazón..... Sí No
- Artritis..... Sí No Trastorno pulmonar..... Sí No
- Sangrado/trastorno de la coagulación..... Sí No Enfermedad hepática..... Sí No
- Trastorno de la presión arterial..... Sí No Trastorno neurológico/dolores de cabeza crónicos Sí No
- Transfusión de sangre..... Sí No Enfermedad/trastorno psiquiátrico..... Sí No
- Problemas intestinales/estomacales..... Sí No Embolia pulmonar/Trombosis venosa profunda... Sí No
- Cáncer..... Sí No Accidente cerebrovascular..... Sí No
- Trastorno relacionado con el colesterol..... Sí No Convulsiones o epilepsia..... Sí No
- Diabetes..... Sí No Trastorno de la tiroides..... Sí No
- Trastorno ocular (p. ej., glaucoma, cataratas) Sí No Trastorno urinario/renal..... Sí No
- Solo mujeres: Problemas ginecológicos Sí No

Escriba cualquier otra enfermedad o problema médico y proporcione detalles sobre cualquiera de las afecciones anteriores:

Enumere todas las cirugías u hospitalizaciones anteriores y la fecha aproximada en que se realizaron.

Procedimiento/Hospitalización	Fecha	Complicaciones

Indique todas las afecciones o enfermedades importantes que sus familiares inmediatos hayan tenido:

Familiar	Afección y descripción	¿Vive?	Si falleció, ¿a qué edad?
Madre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Padre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hermano(a)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Fuma actualmente? Sí No Si la respuesta es No ¿Lo hizo antes? Sí No ¿Cuántos años fumó? _____ Paquetes/día _____

¿Usa otros productos derivados del tabaco? Sí No ¿Consume alcohol? Sí No Si la respuesta es Sí, Bebidas/semana _____

Solo mujeres: ¿Tuvo algún embarazo anteriormente? Sí No ¿Cuántos? _____ ¿Cuántos partos? _____

Nombre:

Fecha de nacimiento:

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento u otras sustancias (mascotas, alimentos, etc.)? Sí No
 Si la respuesta es Sí, escriba las alergias y reacciones (incluyendo sarpullido, urticaria, inflamación de la garganta, anafilaxia):

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción

Escriba TODOS los medicamentos que toma actualmente, incluyendo los medicamentos, suplementos y hierbas de venta libre:

Nombre del medicamento	Dosis	Nombre del medicamento	Dosis

Revisión de sistemas

Indique TODO lo que ha experimentado en los últimos 6 a 12 meses.

Constitucional

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fatiga | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aumento de peso (___lb) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escalofríos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sentirse mal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pérdida de peso (___lb) | <input type="checkbox"/> Otro: |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sudoración | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambios inexplicables en el peso | |

Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Congestión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ronquera |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Disminución auditiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de ojos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Roncar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Zumbido en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Visión doble | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Secreción nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sequedad de la boca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vértigo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rigidez del cuello | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Síntomas similares a los de la gripe | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de oído |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Picazón en los ojos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado de la nariz | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Garganta irritada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro: |

Cardiovascular

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Extremidades frías | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ritmo cardíaco irregular |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Manos o pies fríos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro: |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inflamación en las piernas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de piernas al caminar | |

Respiratorio

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sibilancias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos con sangre | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos con esputo | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Respiración rápida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Congestión en el pecho | <input type="checkbox"/> Otro: | |

Gastrointestinal

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diarrea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambio en las evacuaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor al ragar |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangre en heces | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Heces | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vómitos con sangre | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vómitos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Disminución del apetito | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Incontinencia | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Náuseas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Piel amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor rectal | |

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____



Sí No Estreñimiento Sí No Problema para tragar Sí No Acidez estomacal

Neurológico

Sí No Dolor de cabeza Sí No Desequilibrio Sí No Entumecimiento Sí No Temblores
 Sí No Mareos Sí No Desorientación Sí No Hormigueo Sí No Pérdida/falta de memoria
 Sí No Disminución de la fuerza Sí No Confusión Sí No Convulsiones Otro:
 Sí No Falta de coordinación Sí No Sensación de ardor Sí No Desmayos (síncope)

Musculoesquelético

Sí No Dolor de articulaciones Sí No Dolor en las articulaciones Sí No Dolor muscular Otro:
 Sí No Dolor de cuello Sí No Hinchazón en articulaciones Sí No Debilidad muscular
 Sí No Dolor de espalda Sí No Calambres musculares Sí No Inflamación en las piernas

Genitourinario

Sí No Micción frecuente Sí No Dolor pélvico Sí No Relaciones sexuales dolorosas Sí No Sangrado menstrual abundante
 Sí No Incontinencia Sí No Nicturia Sí No Secreción vaginal Otro:
 Sí No Urgencia urinaria Sí No Picazón genital Sí No Sangrado vaginal
 Sí No Dolor al orinar Sí No Cambio en la libido Sí No Ciclos menstruales irregulares

Integumentario

Sí No Sarpullido Sí No Heridas en la piel Sí No Tumoración inusual Sí No Cáncer en la piel
 Sí No Piel seca Sí No Cambio de un lunar Sí No Picazón Otro:

Psiquiátrico

Sí No Depresión Sí No Ansiedad Otro:

Hematológico/linfático

Sí No Fácil formación de moretones Sí No Más propenso a sangrar Sí No Nódulos linfáticos inflamados Otro:

Endocrino

Sí No Sed excesiva Sí No Intolerancia al calor Sí No Cambios en la piel
 Sí No Intolerancia al frío Sí No Cambios en el cabello Otro:

OFFICE USE ONLY: Provider Signature: _____ Date: _____



**Weill Cornell
Medicine**

**NewYork-
Presbyterian**



COLUMBIA

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACUSE DE RECIBO

Weill Cornell Medicine, NewYork-Presbyterian y Columbia University participan en un Convenio de Atención Médica Organizada (Organized Health Care Arrangement, OHCA). Esto nos permite compartir información de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos y atención médica conjunta relacionados con el OHCA, incluida la gestión integrada del sistema de información, el intercambio de información de salud, servicios financieros y de facturación, seguros, mejora de calidad y actividades de gestión de riesgos. Las organizaciones que cumplirán con este aviso son los centros de Weill Cornell Medicine, NewYork-Presbyterian, Columbia University y sus entidades.

Fecha: _____

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Weill Cornell Medicine, NewYork-Presbyterian y Columbia University.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____

Si lo completa un representante personal del paciente (o si el paciente es menor de edad), firme y escriba su nombre en el espacio a continuación.

Nombre del representante personal/tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del representante personal/tutor: _____

Relación con el paciente: _____

Marque esta casilla si desea eliminar su nombre, ubicación y estado de salud del directorio del hospital que se utiliza para divulgar su estado de admisión ante consultas de terceros. (Solo para uso de NYP)

Fecha de vigencia: 2 de abril de 2018

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN PREVIA AL PROCEDIMIENTO
Escriba en letra de molde.

Nombre: _____ MRN: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/_____ Edad: _____ Sexo (encierre en un círculo una opción): M / F

Su correo electrónico: _____ Teléfono de preferencia: () _____ - _____

Momento más adecuado para que lo llamen: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? (encierre en un círculo una opción): Sí/No

Idioma de preferencia: _____ ¿Necesita un traductor el día de la cirugía? (encierre en un círculo una opción) Sí/No

¿Padece alguna deficiencia auditiva y/o de la vista (encierre en un círculo una opción)? Ninguna / Vista / Audición / Ambas

Cirujano (nombre completo): _____ Fecha prevista de la cirugía: ___/___/_____

Procedimiento previsto: _____

Médico de atención primaria (nombre completo): _____ Teléfono: () _____ - _____

Cardiólogo (nombre completo): _____ Teléfono: () _____ - _____

Estatura (en pies y pulgadas): _____ Peso (en lb): _____

Enumere todas las afecciones médicas actuales:

Enumere todas las alergias (a medicamentos, a alimentos) y reacciones:

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente (incluidas las hierbas medicinales) y las dosis:

Enumere todas las cirugías a las que se ha sometido y las fechas en las que se llevaron a cabo:

Marque las casillas a continuación si experimentó alguno de los siguientes problemas cuando se sometió a cirugías o le administraron anestesia en el pasado (puede seleccionar más de una opción):

- Náuseas o vómitos Problemas con la introducción del tubo para respirar Lesiones en el tejido nervioso
 Lentitud para despertarse de la anestesia Antecedentes personales o familiares de hipertermia maligna
 Otros: _____

Responda:	¿Cuánto/con qué frecuencia?	¿Durante cuántos años?	Si corresponde, fecha en la que abandonó el hábito.
¿Fuma cigarrillos?			
¿Bebe alcohol?			
¿Consume drogas recreativas?			

Prefiero responder en persona.

IMPLANTES (no olvide traer la tarjeta para la billetera el día de la cirugía):

¿Tiene un marcapasos o un desfibrilador interno? (encierre en un círculo una opción): Sí/No Marca: _____

Última revisión: ___/___/_____

¿Tiene alguna válvula cardíaca artificial? (encierre en un círculo una opción): Sí/No Válvula biológica

Válvula mecánica

¿Tiene algún dispositivo implantable? (marque todas las opciones que correspondan): Catéter central de inserción periférica

Catéter central tunelizado (Broviac) Catéter para diálisis Fístula

Dispositivo ventricular Bomba de insulina Otro: _____

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN PREVIA AL PROCEDIMIENTO
Escriba en letra de molde.

Responda las siguientes preguntas colocando una marca de verificación en la casilla correspondiente (Sí o No):

	Sí	No
¿Alguna vez tuvo un ataque cardíaco o fue sometido a una revascularización quirúrgica en el corazón?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted una endoprótesis en alguna arteria de su cerebro o cuerpo? Si su respuesta es sí, solicítele al cirujano que complete la <i>Carta de endoprótesis</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene hipertensión arterial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le diagnosticaron insuficiencia cardíaca congestiva?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene fibrilación auricular o aleteo auricular?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede caminar dos cuadras o subir un tramo de escaleras sin detenerse y no sentir dificultad para respirar ni dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene EPOC o asma? ¿Utiliza un inhalador para el alivio rápido (Albuterol) más de dos veces por semana? ¿Ha sido hospitalizado por un ataque de asma o EPOC?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Utiliza oxígeno complementario en el hogar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le diagnosticaron o hay alguna sospecha de que padece apnea obstructiva del sueño (OSA)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Utiliza en su casa una máquina de bipresión positiva (BiPAP) o de presión positiva continua (CPAP)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas para recostarse boca arriba? En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Por dolor <input type="checkbox"/> Por dificultad para respirar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Presenta función renal anormal?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibe diálisis?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene diabetes? ¿Toma insulina?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna de estas enfermedades? <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han diagnosticado cirrosis?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tomó esteroides durante el último año?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez tuvo un accidente cerebrovascular o fue sometido a cirugía de las arterias carótidas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece algún tipo de dolor crónico que le exige tomar medicamentos a diario?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibió quimioterapia como tratamiento contra cáncer?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez recibió radiación en cuello o garganta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez le practicaron una traqueotomía (una incisión en la tráquea para respirar)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas para abrir la boca o mirar hacia el techo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Viajó fuera de EE. UU. en los últimos dos meses? ¿A dónde? _____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez recibió una transfusión sanguínea?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Aceptaría una transfusión sanguínea si fuera necesario?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han diagnosticado un trastorno hemorrágico?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de sangrado excesivo después de una cirugía o procedimientos dentales?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si usted es una mujer en edad fértil, ¿está o cree estar embarazada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si están marcadas una o más de las casillas resaltadas Y el paciente será sometido a una cirugía de riesgo medio o alto, se recomienda que el paciente se haga un electrocardiograma antes de la intervención.
- Si están marcadas dos o más de las casillas resaltadas, también es necesario remitir al paciente a su médico de atención primaria/cardiólogo o al anestesiólogo durante las pruebas previas a la admisión.

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: ___/___/_____

Hora: _____ a. m./p. m.