



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

Atendemos a personas de 50 años de edad en adelante
Nuestra misión es hacer del envejecimiento saludable una realidad a través de la
excelencia en la atención clínica.

Horario de oficina
Lunes a Jueves 8:00 a.m. – 5:00 p.m.
Viernes 8:00 a.m. – 12:00 p.m.

Para programar una cita o hablar con un clínico, llame a nuestra oficina al 575-532-5455

Fuera de horario de oficina, llame al mismo número y la llamada será transferida al
médico de guardia.

En caso de emergencia, llame al 9-1-1 de inmediato.

Southwest Center on Aging (SWCOA) ofrece una evaluación integral y única de personas mayores en un entorno ambulatorio. SWCOA utiliza múltiples recursos para observar al individuo desde perspectivas médicas, funcionales y emocionales. Nuestro objetivo es trabajar con la familia del paciente para abordar las fortalezas y debilidades identificadas durante el proceso de evaluación. Esta evaluación es valiosa como consulta o como primer paso hacia una atención primaria continua con nosotros.

SWCOA coordinó servicios médicos, sociales y de hospicio para pacientes y familias que enfrentan enfermedades terminales. Se brinda asistencia para establecer Directivas Anticipadas, seleccionar el estado de reanimación y elaborar un Poder Notarial Duradero. Los planes de cuidado se individualizan según las necesidades del paciente y la familia, y se enfocan en maximizar la calidad de vida y el bienestar.



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

Formulario de Consentimiento del Portal del Paciente

El Portal del Paciente es una fuente segura en línea de información médica confidencial para los pacientes. Esto brinda a los pacientes acceso conveniente las 24 horas a su información de salud personal, desde cualquier lugar con conexión a Internet. Usando un nombre de usuario y contraseña seguros, los pacientes pueden:

- Acceder a información de salud personal
- Solicitar resurtidos de recetas
- Revisar resultados de laboratorios/pruebas
- Comunicarse con nuestro personal y proveedores sobre su cuidado

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Cumpliré con todos los términos y condiciones del Portal del Paciente de Southwest Center on Aging.
2. Southwest Center on Aging no es responsable de ninguna filtración de información causada por el mal uso del paciente.
3. Entiendo que mis actividades dentro del Portal del Paciente pasarán a formar parte de mi expediente médico.

Entiendo lo siguiente:

1. Para emergencias médicas, marque al 911. El Portal del Paciente NO debe usarse para necesidades urgentes.
2. Toda comunicación se envía al personal de enfermería. Recibirá una respuesta dentro de 24-48 horas hábiles.
3. El Portal del Paciente NO sustituye las visitas al consultorio con su proveedor, y las solicitudes de recetas para medicamentos que no se estén recetando actualmente NO serán atendidas.

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento y las políticas y procedimientos relacionados con el Portal del Paciente.

☐ RECHAZO el acceso al Portal del Paciente

☐ Deseo tener acceso al Portal del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____ Últimos 4 dígitos del SS# _____

Correo electrónico seguro: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Parentesco si es representante: _____

Solo para uso de la oficina

Invitación al portal enviada por _____ el _____



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Yo, el paciente que suscribe, por la presente doy mi consentimiento para participar en los servicios de telesalud ofrecidos por Southwest Center On Aging. Entiendo y acepto lo siguiente:

_____ Naturaleza de los Servicios de Telesalud: Entiendo que los servicios de telesalud implican el uso de comunicaciones electrónicas que permiten a los proveedores de salud de Southwest Center On Aging diagnosticar, tratar y brindarme asesoría médica de forma remota.

_____ Beneficios y Limitaciones: Entiendo que los servicios de telesalud tienen beneficios y limitaciones en comparación con las visitas médicas presenciales. Aunque la telesalud puede ofrecer acceso conveniente a la atención médica, es posible que no reemplace todas las visitas y evaluaciones presenciales.

_____ Privacidad y Seguridad: Reconozco que Southwest Center On Aging tomará medidas razonables para garantizar la privacidad y seguridad de mi información médica durante los servicios de telesalud, pero también entiendo que existen riesgos inherentes asociados con la comunicación electrónica.

_____ Situaciones de Emergencia: Entiendo que en caso de una emergencia médica, debo llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias más cercana. Los servicios de telesalud no sustituyen la atención de emergencia.

_____ Costos y Seguro: Reconozco que los servicios de telesalud pueden facturarse a mi seguro médico, y soy responsable de cualquier copago, deducible u otros cargos aplicables. Entiendo que es mi responsabilidad verificar con mi proveedor de seguro la cobertura de telesalud.

He leído y entendido la información anterior sobre los servicios de telesalud en Southwest Center On Aging. Doy mi consentimiento para participar en los servicios de telesalud y reconozco que no se han hecho garantías ni promesas respecto al resultado de estos servicios.

Este consentimiento fue firmado por _____ (nombre en letra de molde)

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Formulario de Consentimiento del Paciente sobre Cumplimiento de HIPAA

Nuestro aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar o divulgar la información de salud protegida.

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

Los términos del aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Usted tiene derecho a restringir cómo se usa y divulga su información de salud protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, la honraremos. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Sus derechos:

- Obtener una copia de sus expedientes de salud y reclamaciones
- Solicitarnos que corrijamos sus expedientes de salud y reclamaciones
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Solicitarnos que limitemos lo que usamos o compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos

Nuestras responsabilidades:

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos con prontitud si ocurre una filtración que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Notifíquenos por escrito si cambia de opinión.

Al firmar este formulario, usted consiente nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida, y su posible uso anónimo en una publicación. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

Responsabilidad Financiera del Paciente

Como cortesía a nuestros pacientes, nos hemos inscrito en numerosos programas de seguro de atención administrada. Nos complace poder ofrecerle este servicio y haremos todo lo posible por verificar su cobertura y facturar correctamente a su compañía de seguros. Sin embargo, no nos es posible dar seguimiento a todos los requisitos individuales de cada plan.

Es responsabilidad de cada paciente conocer los detalles de su plan de seguro, así como cualquier interrupción en su cobertura de seguro. Cualquier cargo que resulte de restricciones del plan de seguro o interrupciones en la cobertura es, en última instancia, responsabilidad del paciente. Lamentablemente, si usted no nos informa de requisitos especiales de su plan y nosotros ordenamos servicios médicamente necesarios, como análisis de laboratorio, hospitalización o suministros que no estén cubiertos por su plan, podríamos facturarle directamente esos cargos. Si no se puede verificar la cobertura de seguro vigente antes de cada cita, el pago se deberá realizar al momento del servicio.

La oficina factura únicamente los servicios realizados por nuestros proveedores. Los laboratorios son entidades independientes y le facturarán a usted o a su compañía de seguros por los servicios realizados. Si tiene alguna pregunta sobre su factura de laboratorio, comuníquese directamente con ellos o con su compañía de seguros.

Brindar la más alta calidad de atención médica a nuestros pacientes es nuestra principal prioridad. Estamos más que dispuestos a ofrecer esa atención dentro de las pautas de su plan de seguro, siempre que sea posible. Con su cooperación, usted debería poder recibir todos los beneficios de seguro a los que tiene derecho, y nosotros podremos enfocar nuestros esfuerzos en brindarle una atención médica excelente.

_____ Si una cuenta no se paga en su totalidad dentro de 90 días, se agregará una tarifa de procesamiento de cobranza del 25% al saldo pendiente y la cuenta será enviada a una agencia de cobranza para su procesamiento. No se programarán citas adicionales para cuentas morosas hasta que estén al corriente.

_____ A los cheques devueltos por cualquier motivo se les aplicará un cargo de servicio de \$50.00 además del monto del cheque. Los cheques sin fondos deberán ser saldados con fondos certificados y ya no se aceptarán cheques como forma de pago.

_____ Intentamos contactar a cada paciente para recordarle su cita; sin embargo, es responsabilidad del paciente presentarse puntualmente a su cita. SWCOA también se reserva el derecho de cobrar una tarifa por inasistencia a los pacientes que falten a sus citas sin llamar para cancelar dentro de las 24 horas previas a la cita. La tarifa actual por inasistencia es de \$50.00 y está sujeta a cambios sin previo aviso. (SU SEGURO NO CUBRIRÁ ESTA TARIFA)



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

____ Se aplicará el siguiente cargo por copiar expedientes médicos: si usted solicita una copia de su expediente médico, se cobrará \$50.00. Esta tarifa incluye la preparación de registros electrónicos exportados en CD, USB o impresos, así como el costo de mano de obra y suministros. Si un nuevo médico solicita su expediente médico, no se le cobrará. Por favor permita de siete a 14 días hábiles para completar una solicitud de expediente médico. Tenga en cuenta que puede tardar hasta 30 días, según lo permitido por la ley.

Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria relacionada con mi diagnóstico y tratamiento con el fin de gestionar el pago con mi compañía de seguros; y por lo tanto autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al médico por cualquier servicio prestado que yo no pague directamente.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago 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 derecho a restringir el uso de la información, pero la práctica no está obligada a aceptar esas restricciones
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento; a partir de entonces cesarán todas las divulgaciones completas
- La práctica puede condicionar la recepción de este tratamiento a la firma de este consentimiento

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA, LEÍDO Y ENTENDIDO LAS SIGUIENTES POLÍTICAS. ACEPTO LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DESCRITOS EN ELLAS:

- **Política y Responsabilidades de HIPAA**
- **Responsabilidad Financiera del Paciente, incluyendo cobranzas, cheques devueltos y política de inasistencias**
- **Expedientes Médicos y Cargo por Formularios**

Este consentimiento fue firmado por _____ (nombre en letra de molde)
Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

Autorización del Paciente para la Divulgación de Expedientes Médicos

Nombre (en letra de molde)

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono #

Yo autorizo a:

Divulgar a:

Nombre: _____

Dr. Jesus R. Duran

Teléfono #: _____

Tyson Kay, PA-C

Dirección: _____

Mary Younger, NP

Fax #: _____

Rebecca Ellis, NP

Los expedientes solicitados son los siguientes:

- ☐ Informes de laboratorio, radiografías, informes de electrocardiograma
- ☐ Historia clínica y examen físico, ecocardiogramas
- ☐ Prueba de esfuerzo nuclear/regular
- ☐ Monitor Holter
- ☐ Informes de cateterismo/ACTP/stent
- ☐ Todos los expedientes
- ☐ Otro: _____

Autorizo específicamente la divulgación de información relacionados con:

- ☐ Abuso de sustancias (incluyendo alcohol/drogas)
- ☐ Información relacionada con ETS (VIH y SIDA relacionada con esta prueba)
- ☐ Salud mental (incluyendo notas de psicoterapia)

Firma del paciente o tutor legal

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. También entiendo que debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a Southwest Center on Aging en la dirección antes mencionada. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros cuando las aseguradoras impugnen una reclamación bajo mi póliza.

Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Fecha

Parentesco con el paciente

Nombre y firma del testigo (en letra de molde)

Fecha



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

Divulgación de Información Médica

Yo, _____ por la presente doy autorización a _____
(Nombre del paciente) (Distinto al médico)

_____, para tener acceso a la información médica indicada a continuación, a partir del
(Parentesco con el paciente)

_____.
(Fecha)

_____ Procedimientos

_____ Medicamentos

_____ Horarios de citas y cancelaciones

_____ Historia clínica del paciente

_____ Toda la información médica puede ser divulgada a la(s) persona(s) antes mencionada(s)

Entiendo que puedo solicitar cancelar esta divulgación de información por escrito, por cualquier motivo, en cualquier momento, y que la información sobre mí o relacionada conmigo no será divulgada a nadie más que a la persona antes mencionada. También entiendo que Southwest Center on Aging no puede ser considerado responsable por el mal uso de la información obtenida por la persona antes mencionada.

Firma del paciente

Fecha

Fecha de nacimiento

Testigo

Fecha



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

SOLICITUD DE CARTAS Y FORMULARIOS DEL MÉDICO

Las tarifas están sujetas a cambio sin previo aviso

_____ Cualquier carta de incapacidad, competencia, diagnóstico, etc. **-\$35.00**

_____ Excusa de jurado **-\$25.00**

_____ Formulario de permiso de estacionamiento para discapacitados / Informe médico del MVD **-\$20.00**

_____ Formulario de la Ley de Ausencia Médica Familiar (FMLA) **-\$100.00**

_____ Formulario de seguro de vida **-\$100.00**

_____ Envío por correo de cualquiera de los documentos anteriores, así como cualquier documento en nuestro archivo **-\$5.00**

***El pago debe realizarse antes de comenzar el trámite de cualquier formulario. Solo aceptamos efectivo o cheque a nombre de: Dr. Jesus Duran**

***Por favor permita de siete a 14 días hábiles para completar una solicitud de carta o formulario.**

Firma del paciente

Fecha

Fecha de nacimiento

Testigo

Fecha



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

Información General

Nombre: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Teléfono celular: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Fecha de nacimiento _____

Empleador: _____ Número de seguro social: _____

Estado civil: _____ Cónyuge/Pareja: _____ Teléfono #: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Idioma preferido: _____

Raza: _____ Origen étnico: _____

Correo electrónico: _____

Proveedor preferido

(por favor encierre en un círculo)

Jesus R. Duran, III MD, CMD Tyson Kay, MSPAS, PA-C Mary Younger, AGACNP-BC Rebecca Ellis, CNP-BC

*** En caso de que el proveedor preferido no esté disponible, para evitar demoras en la atención, usted acepta ser atendido por otro proveedor. Los horarios están sujetos a cambios.**

Contacto de emergencia (distinto al cónyuge)

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono celular #: _____ Teléfono de casa #: _____ Teléfono del trabajo: _____

Información del seguro

Seguro primario: _____

Seguro secundario: _____

ID #: _____

ID#: _____

Grupo #: _____

Grupo #: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Cuestionario Médico

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____
 Encierre en un círculo el nivel más alto de educación completado- Primaria: 1 2 3 4 5 6 7 8 Secundaria: 1 2 3 4
 Universidad 1 2 3 4 Posgrado 1 2 3 4
 ¿Cuál es su estado civil? Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
 Motivo de la visita de hoy: _____
 ¿Está usted bajo el cuidado de un proveedor de salud por alguna condición? SÍ ____ NO ____
 Si respondió sí, ¿cuál es el nombre del proveedor de salud?: _____ Última fecha que lo atendió: _____

POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE SU SALUD GENERAL

¿Cómo calificaría su salud general?: Excelente ____ Buena ____ Regular ____ Mala ____

ENFERMEDADES GRAVES PREVIAS:

Enfermedad pulmonar Fecha: _____ Problemas neurológicos Fecha: _____

Enfermedad cardíaca Fecha: _____ Enfermedad de la vesícula biliar Fecha: _____

Enfermedad renal Fecha: _____ Epilepsia / Convulsiones Fecha: _____

Tuberculosis Fecha: _____ Migraña / Dolores de cabeza Fecha: _____

Trastorno sanguíneo Fecha: _____ Transfusión de sangre Fecha: _____

Diabetes Fecha: _____ Ansiedad / Depresión Fecha: _____

Derrame cerebral / AIT Fecha: _____ Presión arterial alta Fecha: _____

Hinchazón Fecha: _____ Enfermedad de Parkinson Fecha: _____

Glaucoma Fecha: _____ Colitis / Enfermedad intestinal Fecha: _____

Cataratas Fecha: _____ Alergias estacionales Fecha: _____

Enfermedad de la vesícula biliar Fecha: _____ Pérdida de conocimiento Fecha: _____

Epilepsia / Convulsiones Fecha: _____ Osteoartritis Fecha: _____

Problemas de tiroides Fecha: _____ Artritis reumatoide Fecha: _____

Migraña / Dolores de cabeza Fecha: _____ Cáncer Fecha: _____



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

NOMBRE: _____

Fecha de nacimiento: _____

CIRUGÍAS:

Apendicectomía SÍ___ NO___ FECHA_____

Colecistectomía SÍ___ NO___ FECHA_____

Histerectomía SÍ___ NO___ FECHA_____

Cirugía de cataratas SÍ___ NO___ FECHA_____

Cirugía de corazón SÍ___ NO___ FECHA_____

Cateterismo cardíaco SÍ___ NO___ FECHA_____

Cirugía de cadera SÍ___ NO___ FECHA_____

Amigdalectomía SÍ___ NO___ FECHA_____

Otras cirugías no mencionadas anteriormente:

Huesos rotos:

Hospitalizaciones:

HISTORIA FAMILIAR:

Padres: Madre viva ___ fallecida ___ edad y causa de muerte _____

Padre vivo ___ fallecido ___ edad y causa de muerte _____

Hermanos: Número que viven ___ Número fallecidos ___

Hijos: Número que viven ___ Número fallecidos ___

¿Tiene familiares en el área local? SÍ___ NO___

¿Antecedentes familiares de alguno de los siguientes?

Cáncer De ser así, quién _____

Depresión De ser así, quién _____

Diabetes De ser así, quién _____

Enfermedad cardíaca De ser así, quién _____

Derrame cerebral De ser así, quién _____

Demencia/Senilidad De ser así, quién _____

¿Ha fallecido recientemente algún amigo o familiar?

De ser así, quién y cuándo _____



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

NOMBRE: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE SU HISTORIA SOCIAL:

¿Quién lo ayudaría en caso de emergencia? _____

¿Está jubilado(a)? SÍ ___ NO ___ AÑO _____

¿Tiene un testamento vital o un Poder Notarial Médico? SÍ ___ NO ___

¿Qué tipo de trabajo ha realizado? _____

¿En qué actividades participa actualmente? _____

¿Vive solo(a)? SÍ ___ NO ___

Si no, ¿con quién vive? _____

POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE SU ESTADO DE SALUD RECIENTE:

¿Cuándo fue su última mamografía? AÑO _____ No aplica ___

¿Cuándo fue su último examen pélvico o Papanicolaou? AÑO _____ No aplica ___

¿Cuándo fue su último examen de próstata? AÑO _____ No aplica ___

¿Cuándo fue su último examen de audición? AÑO _____ No aplica ___

¿Cuándo fue su último examen de densidad ósea? AÑO _____ No aplica ___

¿Cuándo fue su último examen de la vista? AÑO _____

¿Cuándo fue su última limpieza y examen dental? AÑO _____

¿Cuándo fue su última colonoscopia? AÑO _____

¿Cuándo fue su última vacuna antineumocócica? SÍ ___ NO ___ Fecha _____

¿Se ha vacunado contra la influenza esta temporada? SÍ ___ NO ___ Fecha _____

¿Se ha vacunado contra el tétanos? SÍ ___ NO ___ Fecha _____

¿Hace ejercicio regularmente? SÍ ___ NO ___

¿Fuma o ha fumado alguna vez? SÍ ___ NO ___

De ser así, ¿por cuántos años? _____ ¿Cuántas cajetillas al día? _____

¿Todavía fuma? _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Consume alcohol? SÍ ___ NO ___

• Social _____

• Ocasional _____

• Diario _____

¿Cuántos vasos al día? _____



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

NOMBRE: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

¿Puede encargarse de su propio cuidado personal (ir al baño, comer, caminar, vestirse, bañarse)?

SÍ ___ NO ___ ALGO ___

¿Cocina usted mismo(a)?

SÍ ___ NO ___

¿Hace su propia limpieza?

SÍ ___ NO ___

¿Hace sus propias compras?

SÍ ___ NO ___

¿Maneja sus propias finanzas?

SÍ ___ NO ___

¿Maneja sus propios medicamentos?

SÍ ___ NO ___

Si respondió no a alguna de estas preguntas, ¿quién hace estas cosas por usted?

¿Usa el teléfono para llamar a familiares, amigos o en caso de emergencia? SÍ ___ NO ___

¿Maneja usted? SÍ ___ NO ___

Si es así, ¿ha tenido algún accidente o casi accidente en los últimos dos años? SÍ ___ NO ___

¿Alguna vez se ha perdido? SÍ ___ NO ___

POR FAVOR INDIQUE SI TIENE PROBLEMAS CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:

Mareos SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Visión borrosa SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Dolores de cabeza SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Hinchazón SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Dolor en el pecho SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Insomnio SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Función sexual SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Pérdida de memoria SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Se cansa fácilmente SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Caída reciente SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Dolor/ardor al orinar SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Diarrea/Estreñimiento SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Indigestión/Acidez SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Pérdida/aumento de peso SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Dolor muscular o articular SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Ansiedad/Depresión SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Cambios recientes en el apetito SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Falta de aire SÍ ___ NO ___ Comentarios _____

Tos SÍ ___ NO ___ Comentarios _____



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

Por favor complete este formulario de admisión para que podamos entender mejor sus necesidades y brindarle atención personalizada.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Evaluación de Síntomas y Estilo de Vida

1. ¿Experimenta algún síntoma de incontinencia urinaria? (encierre en un círculo todos los que apliquen):

Escape de orina / Micción frecuente / Urgencia repentina / Dificultad para retener la orina

2. ¿Se levanta durante la noche para orinar? Sí / No En caso afirmativo, ¿cuántas veces por noche? _____

3. ¿Usa toallas o productos para la incontinencia? Sí / No

En caso afirmativo, ¿cuántas veces los cambia al día? _____

4. ¿Siente urgencia con poco tiempo para llegar al baño? Sí / No

5. ¿Actividades físicas como reír, toser, estornudar, correr o saltar alguna vez le causan escape de orina? Sí / No

En caso afirmativo, ¿cuánto? • Unas cuantas gotas • Cantidad moderada • Suficiente para requerir una toalla

6. Si es hombre, ¿experimenta disfunción eréctil (DE)? Sí / No

Equilibrio, Estabilidad y Bienestar del Núcleo (Evaluación adicional)

7. ¿Se siente inestable o nota problemas de equilibrio durante sus actividades diarias? Sí / No

8. ¿Tiene dificultad para pasar de sentado a de pie (vacilación, debilidad o necesita impulso)? Sí / No

9. ¿Experimenta dolor lumbar que pueda relacionarse con debilidad del núcleo o del suelo pélvico? Sí / No
Comentarios o metas adicionales:

Gracias por completar este formulario. Sus respuestas nos ayudan a brindar una atención reflexiva e individualizada



1106 Centre Ct. | LAS CRUCES, NM 88011 | (575) 532-5455 | FAX (575) 532-5641

NOMBRE: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Lista de Medicamentos Actuales

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

Alergias a medicamentos: _____

Farmacia preferida: _____

Farmacia de pedido por correo: _____

**POR FAVOR ASEGÚRESE DE TRAER TODOS LOS FRASCOS DE SUS MEDICAMENTOS A
TODAS SUS CITAS CON NOSOTROS.
¡GRACIAS!**