



NORTH TEXAS ALLERGY & ASTHMA ASSOCIATES

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y POLÍTICAS (Escriba en letra de molde)

Fecha:

Nombre:

¿Cómo se enteró de nosotros?

Correo electrónico:

Médico de Atención Primaria:

Contacto:

Dirección de residencia:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono de residencia:

Teléfono laboral:

Celular:

Empleador:

Ocupación:

Estado civil: niño(a) S C V D

Fecha de Nacimiento: __

Edad:

Etnicidad:

Seguridad Social: __

Farmacia:

Dirección de la farmacia:

Farmacia:

TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO (si es diferente del anterior):

Nombre:

Relación:

Dirección:

Empleador:

__ Fecha de Nacimiento:

Seguridad Social: __

Teléfono de residencia:

Teléfono laboral:

Celular:

POR FAVOR, PERMÍTANOS HACER COPIAS DE SU TARJETA DE SEGURO Y TOMARLE UNA FOTO. LE ROGAMOS QUE NOS NOTIFIQUE CON PRONTITUD CUALQUIER CAMBIO EN SU SEGURO. POR FAVOR, PONGA SUS INICIALES DESPUÉS DE REVISAR CADA SECCIÓN.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONDICIONES DE TRATAMIENTO:

Reconozco (reconocemos) que se me (nos) ha proporcionado y he (hemos) revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad (con fecha 1 de junio de 2018) y las Condiciones de Tratamiento. Entiendo (entendemos) que como parte de mi atención médica, North Texas Allergy & Asthma Associates ("NTAAA") origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. Entiendo (entendemos) que esta información se utiliza para planificar mi (nuestra) atención y tratamiento, para facturar los servicios prestados a mí (nosotros), para comunicarse con otros proveedores de atención médica y en otras operaciones rutinarias de atención médica, tales como evaluación de calidad y revisión de la competencia de profesionales de la salud y según lo requerido o permitido por la ley sin mi (nuestro) consentimiento. La Notificación de Prácticas de Privacidad proporciona información específica y una descripción completa de cómo mi (nuestra) información personal de salud puede ser utilizada y divulgada. Entiendo (entendemos) que la NTAAA se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad y me (nos) notificará cuando esté disponible un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Autorizo (autorizamos) a la NTAAA a divulgar mi (nuestra) información médica y/o información de salud individualmente identificable a mí (nosotros) o a mi (nuestro) representante debidamente autorizado (como se indica a continuación), a representantes de agencias locales, estatales o federales y a compañías de seguros u otras organizaciones o entidades según se requiera o se permita bajo la ley federal o estatal o según se requiera para la revisión o el pago de reclamaciones. Además, autorizo (autorizamos) a la NTAAA a divulgar dicha información a los médicos, hospitales o proveedores de atención médica que necesiten dicha información para tratarme (tratarnos) o para revisar mi tratamiento. Entiendo (entendemos) que la información específica que se divulgará puede incluir, pero no se limita a, la historia, el diagnóstico y / o el tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades transmisibles. También entiendo (entendemos) que esta autorización puede ser revocada por mí mediante una notificación escrita y fechada, excepto en la medida en que la divulgación de la información se haya realizado antes de recibir dicha revocación.

A continuación, encontrará una lista de personas a las que podemos preguntar y/o informar sobre su información médica general, condiciones o diagnóstico.

Contacto de Emergencia:

Relación:

Teléfono Celular:

Nombre del Paciente:

Firma del Paciente:

SI ES MENOR DE EDAD, POR FAVOR, RELLENE LO SIGUIENTE: Tutor de custodia (donde vive el niño) - Padre o tutor legal:

Relación:

Nombre:

Firma:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Seguridad Social:

Celular:

Tutor secundario (que es la persona legalmente autorizada para traer al menor para el tratamiento) - Debe tener al menos 18 años de edad

Relación:

Nombre:

Firma:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Seguridad Social:

Celular:

Dirección de residencia:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PORTAL DEL PACIENTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA

El Portal del Paciente está diseñado para mejorar la comunicación entre el médico y el paciente en North Texas Allergy & Asthma Associates (NTAAA). El portal del paciente no está diseñado para reemplazar el encuentro cara a cara. Una vez que se establece como un paciente y nos han proporcionado su correo electrónico seguro se le asignará un nombre de usuario y contraseña. Una vez completado el registro en el portal del paciente, podrá actualizar su información de contacto, solicitar citas, ver los resultados de sus diagnósticos, recibir recordatorios por correo electrónico, revisar su resumen médico, su lista de medicamentos, su historial de tratamientos, sus visitas a la consulta e incluso pagar su saldo pendiente. **El uso del portal es gratuito.**

Lo siguiente **NO** será aceptado a través del Portal del Paciente: (1) recibir asesoramiento sobre el mejor curso de tratamiento para su problema médico. Todos los diagnósticos serán hechos por su proveedor cuando se le vea en una consulta (2) solicitar narcóticos o medicamentos controlados o (3) reabastecimiento de medicamentos que no estén siendo recetados por un proveedor de NTAAA.

Algunas directrices importantes del Portal del Paciente: Las comunicaciones en línea no deben utilizarse nunca para comunicaciones que pongan en peligro la vida, ni para solicitudes urgentes. Si tiene una emergencia, debe llamar al 911. Si tiene una solicitud urgente, póngase en contacto con la oficina por teléfono.

- Evite utilizar una computadora pública para acceder al Portal del Paciente. Una vez que haya terminado, asegúrese de cerrar la sesión y cerrar su navegador.
- El Portal del Paciente se proporciona como un servicio de cortesía para nuestros pacientes. Toda la información en el portal se considera parte de su historial médico.
- Le recomendamos que utilice el portal en cualquier momento; sin embargo, los mensajes generalmente se manejan dentro de 2 días hábiles. Si su médico está fuera del consultorio, su solicitud puede retenerse hasta que su médico regrese al consultorio. Si usted no ha sabido de nosotros dentro de 3 días hábiles, por favor llame a nuestra oficina.
- Nos reservamos el derecho de suspender el acceso al portal del paciente en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Si su mensaje contiene demasiados problemas complejos, le pediremos que venga para una cita.
- El paciente o tutor legal debe tener al menos 18 años de edad para ser elegible para acceder al Portal del Paciente.

Cómo funciona la seguridad del portal del paciente: Un portal web seguro es un tipo de página web que utiliza encriptación para evitar que personas no autorizadas lean comunicaciones, información o archivos adjuntos. Los mensajes y la información seguros sólo pueden ser leídos por alguien que conozca la contraseña correcta o que haya iniciado sesión en el sitio del portal. Como el canal de conexión entre su ordenador y el sitio web utiliza tecnología de capa de conexión segura, usted puede leer o ver la información en su ordenador, pero ésta sigue estando encriptada en la transmisión entre el sitio web y su ordenador.

Protección de su información médica privada y riesgos: Este método de comunicación y visualización impide que personas no autorizadas puedan acceder a los mensajes o leerlos mientras se están transmitiendo. Ningún sistema de transmisión es perfecto, pero haremos todo lo posible por mantener la seguridad electrónica. Sin embargo, mantener la seguridad de los mensajes depende de que el mensaje seguro llegue a la dirección de correo electrónico correcta, y sólo la persona correcta (o alguien autorizado por ella) debe poder tener acceso al mensaje. Sólo usted puede asegurarse de que estos dos factores estén presentes. **Es imprescindible que nuestra consulta disponga de su dirección de correo electrónico correcta y que nos informe de cualquier cambio en la misma.** También debe controlar quién tiene acceso a su cuenta de correo electrónico para que sólo usted, o alguien que usted autorice, pueda ver los mensajes que recibe de nosotros. Usted es responsable de protegerse de que personas no autorizadas conozcan su contraseña. Si cree que alguien ha aprendido su contraseña, debe ir inmediatamente al sitio web y cambiarla.

Telemedicina: según los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, es "el uso de las telecomunicaciones y la tecnología de la información para proporcionar acceso a la evaluación, diagnóstico, intervención, consulta, supervisión e información sanitaria a distancia". Existen múltiples criterios que deben cumplir tanto el paciente como el proveedor para que una consulta se considere una visita de telemedicina adecuada. No estamos seguros de cómo cubrirán las consultas de telemedicina las distintas compañías de seguros, incluidas las de Medicare y las comerciales. Aunque queremos seguir proporcionando una atención médica de calidad a todos nuestros pacientes, también tenemos que pagar nuestras facturas y a nuestros empleados. Por lo tanto, estamos solicitando que los pacientes de North Texas Allergy & Asthma Associates (NTAAA) reconozcan lo siguiente:

- Entiendo que todas las leyes federales y estatales que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica, se aplican a la telemedicina.
- Las videoconferencias con su proveedor se harán a través del proveedor de servicios de telemedicina que cumple con la HIPAA o por teléfono.
- Entiendo que se puede utilizar la tecnología de videoconferencia y que la consulta puede no ser la misma que la de un proveedor de atención médica directa debido a que no estaré en la misma sala que mi proveedor de atención médica.
- Entiendo que existen riesgos potenciales de esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas.
- Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta/visita de telemedicina y las futuras consultas de telemedicina en cualquier momento. Entiendo que la revocación de mi consentimiento de telemedicina no afectará a mi atención ni a mi tratamiento futuros.
- Entiendo que ciertos procedimientos, como los exámenes físicos, pruebas de alergia, etc., no pueden realizarse a través de la telemedicina.
- Entiendo que mi proveedor de atención médica puede sentir que la discusión por telemedicina puede no ser adecuada y puede solicitar una visita real al consultorio para una consulta y examen más detallados. Si es así, sólo se me cobrará la consulta en el consultorio.
- Entiendo que mi seguro puede no pagar este servicio de telemedicina, incluso si mi proveedor considera que es una opción de tratamiento que necesito.
- Entiendo que se me pedirá que pague el copago correspondiente antes de que se produzca la consulta. El personal de NTAAA hará todo lo posible para verificar que mi seguro cubre las consultas de telemedicina. Si se considera que esta visita no forma parte de los beneficios de mi seguro, entiendo que soy responsable de la cuota de pago en efectivo de \$50.00.

Mis Responsabilidades frente a la Telemedicina:

- Entiendo que debo estar físicamente dentro de Texas para ser elegible para la telemedicina y que mi proveedor de atención médica puede enviar recetas de medicamentos sólo a las farmacias o direcciones de Texas. Mi proveedor no enviará medicamentos narcóticos a través de una consulta de telemedicina.
- No grabaré ninguna sesión de telemedicina sin el consentimiento escrito de NTAAA y NTAAA no grabará ninguna sesión sin mi consentimiento escrito
- Informaré a mi proveedor de atención médica tan pronto como comience mi sesión si hay otras personas alrededor que estén escuchando o viendo la sesión. Si hay personas alrededor que se queden en la sesión, doy mi consentimiento para que escuchen mi atención médica.
- Notificaré a mi proveedor de atención médica si en algún momento de la consulta mi equipo falla y no puedo disponer de audio claro.

Con respecto al pago por los servicios prestados, solicito la opción a continuación (por favor, escribir iniciales):

_____ Opción 1 - Quiero que se facture a mi seguro esta consulta de Telemedicina y pagaré el copago correspondiente antes de la consulta. Sin embargo, si mi compañía de seguros no paga por la consulta, entonces soy responsable de la tarifa en efectivo de la oficina de **\$50.00 para pacientes de seguimiento o \$100.00 para pacientes nuevos.** Si mi seguro paga, NTAAA reembolsará cualquier pago que hice, menos los copagos o deducibles.

_____ Opción 2 - Pagaré la tarifa en efectivo de **\$50.00 para pacientes de seguimiento o \$100.00 para pacientes nuevos** y no se cobrará al seguro. No intentaré ni pediré a NTAAA que presente ninguna reclamación en un momento posterior a cualquier compañía de seguros para la cobertura de los servicios prestados a mí para esta consulta de telemedicina.

_____ Opción 3 - Rechazo la opción de consulta de Telemedicina.

Acuse de recibo y acuerdo del paciente: Reconozco (reconocemos) que he (hemos) leído y entiendo (entendemos) completamente este formulario y las

políticas y directrices relacionadas con el Portal del Paciente y la Telemedicina. Entiendo (entendemos) los riesgos asociados con las comunicaciones en línea entre mi médico y yo (nosotros), y doy (damos) mi consentimiento a las condiciones aquí descritas. Además, estoy (estamos) de acuerdo en seguir las instrucciones establecidas aquí, incluyendo las políticas y directrices establecidas en la pantalla de inicio de sesión, así como cualquier otra instrucción que mi médico pueda imponer para comunicarse con los pacientes a través de comunicaciones en línea. Entiendo (entendemos) y estoy (estamos) de acuerdo con la información que se me (nos) ha proporcionado.

Correo Electrónico:

Fecha:

Nombre del Paciente:

Si es menor de edad, Nombre del Tutor Legal

Firma del Paciente:

Firma del Tutor Legal:



NORTH TEXAS ALLERGY & ASTHMA ASSOCIATES

Ubicaciones en Dallas - Especializados en atención personalizada desde 1927

Principal: (214) 369-1901 ~ Fax: (214) 369-1905

Web: www.texasallergy.com

Correo electrónico: general@texasallergyonline.com

Portal: portal.texasallergyonline.com

DIVULGACIÓN GENERAL Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y DE DIAGNÓSTICO

PARA EL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, padre o tutor legal, a ser informado sobre la enfermedad y el procedimiento médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará, para que pueda tomar la decisión de someterse al procedimiento tras conocer los riesgos y peligros que conlleva. Esta información no pretende asustarle ni alarmarle; es simplemente un esfuerzo por informarle mejor, para que pueda dar o negar su consentimiento a los procedimientos que se le recomiendan.

Estoy (estamos) en buenas condiciones mentales y físicas, y estoy (estamos) en condiciones de dar mi consentimiento informado. Reconozco (reconocemos) que soy (somos) plenamente consciente de la atención, tratamiento y / o servicios que voy (vamos) a recibir y que está sujeto a de este formulario. Solicito (solicitamos) voluntariamente que los médicos del personal de North Texas Allergy & Asthma Associates ("NTAAA"), y los asociados, y otros proveedores de atención médica que consideren necesarios, traten mis condiciones que involucran cualquier sistema de órganos del cuerpo, pero principalmente la alergia nasal, alergias oculares, asma, eczema, urticaria, angioedema, dolores de cabeza y síntomas gastrointestinales.

Entiendo (entendemos) que los siguientes procedimientos médicos y/o de diagnóstico pueden ser necesarios para mí (nosotros), y doy (damos) voluntariamente mi consentimiento y autorizo estos procedimientos según se considere necesario tras el examen:

- 1) Pruebas cutáneas (Percutáneas e intradérmicas)
- 2) Pruebas de parches
- 3) Inmunizaciones
- 4) Espirometría y Niox
- 5) Estudios de sangre o imagenología (TAC, rayos X)
- 6) Provocaciones orales o desensibilización
- 7) Rinofaringolaringoscopia (rinoscopia)
- 8) Biopsia por punción

Entiendo (entendemos) que mi médico puede descubrir otras o diferentes condiciones, que pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes a los previstos. Comprendo (comprendemos) que en los procedimientos médicos y/o de diagnóstico existe la posibilidad de que se produzcan infecciones, hemorragias, síncope, reacciones alérgicas y, en casos muy raros, incluso la muerte debido a una reacción sistémica grave. Autorizo (autorizamos) a mi médico, y a los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica a realizar otros procedimientos que sean aconsejables según su criterio profesional. Entiendo (entendemos) que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado de ningún procedimiento o la curación de cualquier condición. Así como puede haber riesgos y peligros en la continuación de mi condición actual, con o sin tratamiento o procedimiento(s), también hay riesgos y peligros relacionados con la realización de los procedimientos médicos y/o de diagnóstico, que pueden ser planificados para mí.

Por ejemplo:

- Para los pacientes que comienzan la inmunoterapia (inyecciones antialérgicas): Entiendo (entendemos) que la inmunoterapia puede provocar complicaciones de anafilaxia e incluso la muerte. La Academia Americana de Alergia, Asma e Inmunología recomienda que la inmunoterapia se administre bajo la supervisión de un médico. Este consultorio considera que esta posición es médicamente apropiada y que siempre debe obtener su inyección por personal capacitado, ya sea en nuestro consultorio o en otro entorno médico. Por lo tanto, entiendo (entendemos) que la inmunoterapia debe ser administrada bajo la supervisión de un médico. Además, entiendo (entendemos) que es necesario que espere en la sala de espera **AL MENOS 30 MINUTOS** después de cada inyección. Si me (nos) retiro (retiramos) antes de tiempo, entiendo (entendemos) que va en contra de la recomendación médica y mantendré a mi médico tratante y al personal de la NTAAA libres de cualquier responsabilidad.
- Para pacientes a los que se les administra anestesia: Entiendo (entendemos) que la anestesia implica riesgos y peligros adicionales, pero solicito (solicitamos) el uso de anestésicos para el alivio y protección del dolor durante el procedimiento planificado. Comprendo (comprendemos) que la anestesia puede tener que ser cambiada posiblemente sin explicación para mí (nosotros). Entiendo (entendemos) que el uso de cualquier anestesia puede dar lugar a ciertas complicaciones, como problemas respiratorios, reacciones al fármaco, parálisis, daños cerebrales o incluso la muerte.

Creo (creemos) que tengo (tenemos) suficiente información para dar este consentimiento general informado para el tratamiento. Yo (nosotros) reconozco (reconocemos) que esta divulgación y consentimiento informado me ha sido

explicada en su totalidad, que la he (hemos) leído o me la han leído y que entiendo (entendemos) su contenido.

Fecha:

Nombre del Paciente:

Si es menor de edad, Nombre del Tutor Legal

Firma del Paciente:

Firma del Tutor Legal:

NORTH TEXAS ALLERGY & ASTHMA ASSOCIATES

Fecha:

(Por favor, asegúrese de completar la parte de atrás)

Nombre:

Médicos
MAP: _____
Especialista DR: _____
Especialista DR: _____
Especialista DR: _____

Ocular
<input type="checkbox"/> Cirugía ocular
<input type="checkbox"/> Cataratas
<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Visión borrosa
<input type="checkbox"/> Visión doble
<input type="checkbox"/> Dolor ocular
<input type="checkbox"/> Infección de pestañas o párpados

Endocrino
<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Sed frecuente
<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor
<input type="checkbox"/> Intolerancia al frío
<input type="checkbox"/> Se fatiga con facilidad

Diagnóstico Médico Actual
<input type="checkbox"/> Infarto al miocardio
<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Derrame
<input type="checkbox"/> Cataratas
<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo ácido
<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea
<input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune

Gastrointestinal
<input type="checkbox"/> Pérdida de Appetito
<input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal
<input type="checkbox"/> Diarrea
<input type="checkbox"/> Estreñimiento
<input type="checkbox"/> Vómito con sangre
<input type="checkbox"/> Sangre en heces
<input type="checkbox"/> Diverticulitis
<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Pirosis
<input type="checkbox"/> ERGE
<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Hernia hiatal
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Intestino Inflamable
<input type="checkbox"/> Síndrome de Intestino Irritable (SII)

Pulmonar y Tórax
<input type="checkbox"/> EPOC
<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Pleuritis
<input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica

Antecedentes quirúrgicos (incluya el año)
<input type="checkbox"/> Cirugía ocular
<input type="checkbox"/> Cirugía sinusal
<input type="checkbox"/> Cirugía de oído
<input type="checkbox"/> Extirpación de amígdalas
<input type="checkbox"/> Extirpación de adenoides
<input type="checkbox"/> Extirpación de apéndice
<input type="checkbox"/> Extirpación de vesícula biliar
<input type="checkbox"/> Otro _____

Neurológico
<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Vértigo frecuente
<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo
<input type="checkbox"/> Temblor/temblor de mano
<input type="checkbox"/> Derrame
<input type="checkbox"/> Entumecimiento u Hormigueo
<input type="checkbox"/> Debilidad

General
<input type="checkbox"/> Fiebre
<input type="checkbox"/> Escalofríos
<input type="checkbox"/> Aumento/Pérdida de Peso

Cutáneo
<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Eczema
<input type="checkbox"/> Cáncer de piel
<input type="checkbox"/> Psoriasis

Hematológico
<input type="checkbox"/> Moretones o hemorragias con facilidad
<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Coágulos
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre
<input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas

Orejas, Nariz y Garganta
<input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído
<input type="checkbox"/> Zumbido en el oído
<input type="checkbox"/> Cirugía de oído
<input type="checkbox"/> Tubos para oídos
<input type="checkbox"/> Pérdida de audición
<input type="checkbox"/> Vértigo
<input type="checkbox"/> Ronquidos
<input type="checkbox"/> Apnea del sueño
<input type="checkbox"/> Ronquera
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta frecuente
<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar

Corazón
<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Dolor torácico
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco
<input type="checkbox"/> Palpitaciones
<input type="checkbox"/> Pulso irregular
<input type="checkbox"/> Infarto al miocardio
<input type="checkbox"/> Marcapasos

Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria
<input type="checkbox"/> Cambios de Humor

Cáncer
<input type="checkbox"/> Tipo _____

Musculoesquelético
<input type="checkbox"/> Dolor articular
<input type="checkbox"/> Rigidez articular
<input type="checkbox"/> Debilidad muscular/articular
<input type="checkbox"/> Dolor muscular o calambres
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Otros síndromes de artritis
<input type="checkbox"/> Gota
<input type="checkbox"/> Ciática
<input type="checkbox"/> Dolor de cuello frecuente
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda frecuente
<input type="checkbox"/> Osteoporosis

Antecedentes de
<input type="checkbox"/> ¿Usted fuma?
<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿qué fuma?: _____
<input type="checkbox"/> Por cuántos años: _____
<input type="checkbox"/> Cuántos paquetes al día: _____
<input type="checkbox"/> ¿Expuesto a humo pasivo?: _____

Solo para mujeres
<input type="checkbox"/> ¿Está actualmente embarazada?
<input type="checkbox"/> Planificación de embarazos futuros

Consumo de Alcohol
<input type="checkbox"/> ¿Bebe alcohol?
<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, de qué tipo: _____
<input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces al día? _____

Consumo de Drogas Ilícitas
<input type="checkbox"/> ¿Tomas drogas ilegales?
<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, de qué tipo: _____
<input type="checkbox"/> ¿Cómo consumió? _____

Medicamentos	Antecedentes Familiares							
Enumere todos los medicamentos, incluidos los suplementos y los fármacos de venta libre que esté tomando. Asegúrese de indicar la potencia y cuántas veces al día. Si tiene una lista de medicamentos, por favor entréguela a un asistente médico y podrá omitir esta lista.	Madre	Padre	Hermano(s)	Hermana(s)	Abuelos Maternos	Abuelos Paternos	Hijo(s)	Hijas(s)
	Alergias							
	Asma							
	Eczema							
	Problemas Sinusales							
	Urticaria							
	Alergias Alimenticias							
	Enfermedad tiroidea							
	EPOC							
	Inmunodeficiencia							
	Enfermedad cardíaca/infarto cardíaco							
	Derrame							
	Enfermedad autoinmune							
	Cáncer (indicar tipo)							

Antecedentes ambientales

Exposición animal	Tipo de vivienda:	Tipo de A/A:
<input type="checkbox"/> ¿Tiene mascotas? Número de gatos: _____ <input type="checkbox"/> Duerme dentro <input type="checkbox"/> Duerme afuera Número de perros: _____ <input type="checkbox"/> Duerme dentro <input type="checkbox"/> Duerme afuera Número de aves: _____ Número de jerbos/cobayas: _____ Número de caballos: _____ Otros animales: _____ _____ ¿Está expuesto a algún animal en el trabajo? _____ ¿De qué tipo? _____ _____ Otro: _____ _____ _____	Años en el hogar actual: _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa móvil <input type="checkbox"/> Granja Tipo de almohadas: <input type="checkbox"/> ¿Tiene fundas de almohada? <input type="checkbox"/> Plumas/Plumón <input type="checkbox"/> Poliéster <input type="checkbox"/> Espuma Colchón: Con respecto a su colchón: ¿Cuántos años? _____ ¿Fundas de colchón? _____ Tipo de plantas: <input type="checkbox"/> Vivas <input type="checkbox"/> Artificiales <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Tipo de piso: <input type="checkbox"/> Alfombrado <input type="checkbox"/> De madera <input type="checkbox"/> Baldosa <input type="checkbox"/> Vinilo	<input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Ventana <input type="checkbox"/> Enfriador Tipo de calefacción: <input type="checkbox"/> Combustible/gas <input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Chimenea de gas <input type="checkbox"/> Chimenea de leña <input type="checkbox"/> Estufa de leña ¿Tiene lo siguiente en casa? <input type="checkbox"/> Ventiladores de techo <input type="checkbox"/> Humidificador <input type="checkbox"/> Filtro de aire <input type="checkbox"/> Peluches <input type="checkbox"/> Estanterías de libros Otro <input type="checkbox"/> ¿Es sensible a los perfumes? ¿De qué tipo? _____ _____ _____