



**Infinity Family Clinic**

ALWAYS BY YOUR SIDE

## Informacion General del Paciente (favor completar)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_\_ Sex:  M  F

Social sec # \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Dirección Primaria \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono

Celular \_\_\_\_\_ Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

Parentesco Contacto \_\_\_\_\_ Teléfono Contacto Emergencia \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Autoriza notificaciones via E-mail?:  Y  N

Farmacia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Estatus Laboral:  Empleado  Desempleado  Retirado  Estudiante

Nombre Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

## Consentimiento para Mensajes Telefónicos al Paciente

Es parte de nuestras políticas el notificarle los resultados de laboratorio ordenados por nuestra oficina, de igual manera, el llamarlo para confirmar sus citas. Sus iniciales dejan constancia de que ud nos autoriza a:

Dejar un mensaje detallado en su buzón de voz/contestadora/celular SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(coloque sus iniciales en cualquiera de los casos SI o NO)

Dejar un mensaje detallado con la persona que atiende el teléfono SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(coloque sus iniciales en cualquiera de los casos SI o NO)



**Infinity Family Clinic**

ALWAYS BY YOUR SIDE

## **Acerca de Compartir su Información Medica**

Autorizo a los médicos y al personal de Infinity Family Clinic a compartir / discutir mi condición médica con los siguientes individuos:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

## **Aseguranza Primaria**

Nombre Aseguradora \_\_\_\_\_ Nombre Titular \_\_\_\_\_

Aseguranza ID# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Parentesco con Titular de la Poliza \_\_\_\_\_

## **Aseguranza Secundaria**

Nombre Aseguradora \_\_\_\_\_ Nombre Titular \_\_\_\_\_

Aseguranza ID# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Parentesco con Titular de la Poliza \_\_\_\_\_



**Infinity Family Clinic**

ALWAYS BY YOUR SIDE

## **Autorizacion del Paciente para el servicio ePRESCRIBE**

ePrescribing es un servicio que permite a los médicos de nuestra oficina de enviar electrónicamente sus prescripciones directamente a la farmacia de su preferencia de manera segura, legible y sin errores. ePrescribing reduce significativamente los errores y mejora la seguridad del paciente. Entendiendo todo lo anteriormente descrito, Yo autorizo a los médicos y al personal de Infinity Family Clinic, a suscribirme al Programa.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **Autorizacion del Paciente para BENEFICIOS de FARMACIA**

Autorizo a los médicos y al personal de Infinity Family Clinic a solicitar y obtener mi historial de prescripciones médicas de otros proveedores médicos, del director de beneficios de farmacia y/o de cualquier otra farmacia para propósitos de tratamiento

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **Autorizacion del Paciente para PACIENTES con MEDICARE**

Autorizo a los médicos y al personal de Infinity Family Clinic a entregar a la Administración del Seguro Social, Administrador Financiero de Cuidados de Salud, o a sus intermediarios, cualquier información necesaria para este o cualquier reclamo de Medicare. De igual manera permito que se use una copia de esta Autorización en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico para mí o para la parte que pueda hacer que la información de pago de Medicare se transfiera automáticamente a mi asegurador suplementario. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier servicio que Medicare considere no cubierto.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Infinity Family Clinic**

ALWAYS BY YOUR SIDE

## **Autorización del Paciente para Aseguranza PPO o HMO**

Autorizo a los médicos y al personal de Infinity Family Clinic a entregar a mi aseguradora o a sus representantes cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o consulta que se me haya realizado durante cuidados médicos o quirúrgicos. Autorizo y solicito a la aseguradora arriba mencionada a realizar directamente los pagos a Infinity Family Clinic el monto adeudado por concepto de los cuidados médicos o quirúrgicos recibidos. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier servicio recibido no cubierto por la Aseguradora.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **Paciente**

### **Autorización para TODOS LOS PACIENTES**

Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier servicio recibido en Infinity Family Clinic. Así mismo, entiendo que cualquier reembolso derivado de los servicios recibidos será realizado a la tarjeta donde inicialmente fueron realizados los cargos. Por otro lado, entiendo que cualquier saldo que no sea pagado por mi puede ser enviado a una agencia recolectora. En ese sentido, entiendo que seré financieramente responsable por todos los costos o gastos de la agencia recolectora durante el proceso de cobro de mi deuda. Finalmente autorizo a mi médico y a Infinity Family Clinic a realizar fotografías para fines de documentación médicas.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **Acomodaciones Especiales**

Si un paciente requiere de alguna acomodación especial para su cita, el individuo o su representante deberá notificar a Infinity Family Clinic de la necesidad de acomodación con una semana de antelación a la primera cita del paciente. Las citas subsecuentes también requerirán de una notificación con una semana de antelación. De acuerdo a American with Disabilities Act, "los proveedores son responsables y cubrirán los costos para proveer ayuda razonable y no podrán transferir dichos costos al paciente o a su aseguradora. Sin embargo, si un paciente que ha solicitado alguna acomodación especial no informa con



**Infinity Family Clinic**

ALWAYS BY YOUR SIDE

al menos 24 horas de anticipación de la cancelación del servicio, o no se presenta a su cita, será entonces responsable por los todos gastos incurridos por Infinity Family Clinic.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **CONOCIMIENTO DE RECEPCION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Aviso a los pacientes: Estamos obligados a entregarle una Notificación de nuestras Políticas de Privacidad las cuales indican de qué manera podemos usar o compartir su información médica. Por favor firme esta forma como reconocimiento de que ha recibido esta notificación. Usted puede negarse a firmar esta forma si es su deseo.

Reconozco que he recibido una copia de la Notificación de las prácticas de privacidad de Infinty Family Clinic.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **CONOCIMIENTO DE LAS POLITICAS DE INFINITY FAMILY CLINIC**

Infinity Family Clinic requiere de 5 días hábiles para recibir la mayoría de los resultados de laboratorio e imágenes. 5 días hábiles permitirá a los doctores y al personal médico de Infinity Family Clinic de revisar, completar y cuando sea posible, publicar sus resultados en el portal del paciente.

Infinity Family Clinic remitirá las referencias medicas necesarias dentro de los 5 días hábiles posteriores a su visita. Esto permitirá al personal de Infinity Family Clinic de obtener las autorizaciones necesarias y de enviar las referencias con la documentación requerida.

Reconozco que he leído y entendido las políticas de Infinity Family Clinic.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA RECIBIR TRATAMIENTO**

Por medio de la presente, doy mi consentimiento a Infinity Family Clinic y autorizo a su personal a proveer tratamiento médico. Entiendo que Infinity Family Clinic explicara mi condición, preveerá los riesgos y métodos de tratamiento para mi condición antes de que dicho tratamiento sea suministrado.



**Infinity Family Clinic**

ALWAYS BY YOUR SIDE

Autorizo a Infinity Family Clinic a realizar cualquier tratamiento adicional o diferente que se piense sea necesario en caso de una situación de emergencia y de que alguna condición no previamente conocida sea descubierta.

He leído cuidadosamente y entiendo completamente este Formulario de Consentimiento de Tratamiento. He tenido la oportunidad de discutir mi condición y el procedimiento arriba mencionado con el proveedor de cuidados médicos, Todas mis inquietudes han sido adecuadamente respondidas.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **Cancelaciones y Politicas No Show**

Nuestra política se indica a continuación:

No cancelación/No Shows dentro de las 24 horas de notificación: \$30.00

Los pacientes que no se presenten a su cita médica sin llamar para cancelar su cita o procedimiento será considerado como **NO SHOW**. Pacientes que acumulen más de 3 No-Show en un periodo de doce meses podrán ser dados de baja de la práctica y por tanto no serán agendados para futuras citas.

Los cargos por Cancelaciones y No Show son exclusiva responsabilidad del paciente y deberán ser pagados completamente antes de la próxima cita agendada.

Entendemos que pueden surgir circunstancias inevitables que puedan hacer cancelar una cita en las 24 horas antes. En esta situación, los cargos pueden ser exonerados solo bajo la autorización de la gerencia.

Nuestra practica cree firmemente en que las buenas relaciones paciente/doctores están basadas en el entendimiento y la buena comunicación. Preguntas acerca de las cancelaciones y cargos por No Show deben ser dirigidas directamente al Office Manager.

Reconozco que he leído y entiendo las políticas de cancelación Infinity Family Clinic.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Infinity Family Clinic**

ALWAYS BY YOUR SIDE

Estimado paciente,

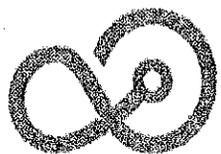
En un esfuerzo por satisfacer las crecientes demandas de las compañías de seguros y mantenernos en cumplimiento con Medicare, en Infinity Family Clinic, PLLC estamos pidiendo que nuestros pacientes sigan el protocolo necesario para cumplir con sus pautas. Solicitamos a todos los pacientes:

- \*) Identificación y seguro: proporciónenos su identificación actual y, si tiene seguro, necesitamos su tarjeta de seguro para garantizar una facturación eficiente.**
- \*) Pacientes con seguro: dibujamos laboratorios en la oficina como cortesía a los pacientes y enviamos esos laboratorios a Quest Diagnostics. Asegúrese de que su seguro esté siempre al día con Infinity Family Clinic, PLLC. El seguro proporcionado es lo que se enviará a Quest, quien luego facturará el seguro. Si encuentra un problema con la facturación, consulte a su compañía de seguros para obtener cobertura de laboratorio. A todos los pacientes sin seguro se les cobrará directamente desde la oficina.**
- \*) Medicamentos- Necesitamos una lista de todos sus medicamentos. Por favor, proporciónenos una lista de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo de cualquier especialista.**
- \*) Recargas: no podemos volver a surtir los medicamentos antes de que lo vean en Infinity Family Clinic, PLLC. Las recargas de medicamentos se basan en la discreción de NP y varían con cada individuo.**
- \*) Visita anual: nuestros pacientes deben tener una visita anual / física / de bienestar cada año. Esto generalmente es obligatorio por su compañía de seguros. Cualquier paciente que no cumpla con esta visita tan importante estará sujeto a no ser visto por nuestra práctica o sanciones por parte de su compañía de seguros. Esto es separado y diferente de una cita de seguimiento.**
- \*) Especialista- Necesitamos saber si ha visto a un especialista, si es así, necesitamos sus registros. Por favor, proporciónenos sus nombres e información.**

Esperamos que entienda que estas pautas se establecieron para ayudar a nuestros proveedores y a la oficina a coordinar la mejor atención médica posible para nuestros pacientes.

Gracias por elegir Infinity Family Clinic, PLLC

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Infinity Family Clinic**

ALWAYS BY YOUR SIDE

## CUESTIONARIO PARA PACIENTES

### Preguntas de detección de riesgo de caídas

1. ¿Ha tenido dos o más caídas en los últimos 12 meses con o sin lesión?  Sí  No
2. ¿Se siente inestable al caminar o estar de pie?  Si  No
3. ¿Le preocupa caerse?  Sí  No
4. ¿Utiliza un bastón o un andador?  Sí  No

### Salud física

1. ¿La salud física interfiere con sus actividades diarias?  Casi nunca  de vez en cuando  Con frecuencia
2. ¿Cuántos días a la semana eres físicamente activo?  0-1 Días  2-3 Días  4 o más días
3. ¿Eres tan activo como otras personas de tu edad?  Sí  No
4. ¿Eliges escaleras elevadoras / elevadores?  Casi nunca  de vez en cuando  Con frecuencia

### Salud emocional

1. ¿Cómo describiría su salud emocional?  Yo calmo  Yo enérgico  Yo desanimado
2. En el último mes, ¿su salud emocional ha interferido con sus actividades diarias?  Sí  No
3. ¿Cuántas horas de sueño suele dormir por la noche?  5 o menos  6-7 horas  8 o más horas
4. En el último mes, ¿ha logrado menos de lo que le gustaría o ha sido más descuidado en el trabajo o mientras realiza las actividades diarias?  Sí  No

### Control de la vejiga

1. ¿El control de la vejiga es un problema para usted?  Sí  No
2. En los últimos 60 días, ¿la pérdida de orina ha cambiado sus actividades diarias o ha interferido con el sueño?  Sí  No
- 3, si la pérdida de orina es un problema, ¿estaría dispuesto a preocuparse?  
Medicación  Sí  No  
Ejercicio  Sí  No  
Cirugía  Sí  No

### Medicamentos

1. ¿En las últimas 2 semanas se olvidó de tomar sus medicamentos?  Sí  No
2. ¿Tiene alguna pregunta sobre los medicamentos recetados y cómo y cuándo tomarlos?  Sí  No
3. ¿Tiene algún medicamento que no sea asequible incluso con la ayuda de los copagos?  Sí  No
4. ¿Tiene alguna inquietud o pregunta relacionada con su medicación o efectos secundarios?  Sí  No

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

| <b>QUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9</b> <span style="float: right;">72883</span><br>(US Spanish version of the PHQ)  |  |  |   |                     |
|--|--|--|---|---------------------|
| Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?   | No del todo  | Varios días                                    | Más de la mitad de los días                               | Casi todos los días |
| 1. Poco interés o placer en hacer cosas  | 0  | 1  | 2   | 3                   |
| 2. Sintiendo decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas  | 0  | 1  | 2   | 3                   |
| 3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado  | 0  | 1  | 2   | 3                   |
| 4. Sintiendo de cansado o teniendo poca energía  | 0  | 1  | 2   | 3                   |
| 5. Pobre de apetito o comer en exceso  | 0  | 1  | 2   | 3                   |
| 6. Sintiendo mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia   | 0  | 1  | 2   | 3                   |
| 7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión  | 0  | 1  | 2   | 3                   |
| 8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal                     | 0  | 1  | 2   | 3                   |
| 9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)  | 0  | 1  | 2   | 3                   |
| <b>SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY</b><br>_____ + _____ + _____ + _____<br>=Total Score: _____   |  |  |   |                     |
| Si usted marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tan <u>difícil</u> han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas? |  |  |   |                     |
| <b>Para nada difícil</b><br><input type="checkbox"/>   | <b>Un poco difícil</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Muy difícil</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Extremadamente difícil</b><br><input type="checkbox"/> |                     |
| Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EPI0905.PHQ9P   |  |  |   |                     |
| <b>Confirmando que la información en este formulario es correcta.</b>  | Iniciales del paciente:                            |  | Fecha:  |                     |

\_\_\_\_\_ MRN \_\_\_\_\_ PROVEEDOR

# CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD FEMENINA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Marca el casillero apropiado para cada síntoma que estés experimentando.

| SÍNTOMAS  | NING                     | LEV                      | MODERADO                 | GRAVE                    | MUY GRAVE                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Agotamiento físico (fatiga, falta de energía, vigor o motivación)   | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de sueño (dificultad para conciliar el sueño o dificultad para dormir durante toda la noche)                            | <input type="checkbox"/> |
| Irritabilidad (cambios de ánimo, agresividad, te enojas con facilidad)  | <input type="checkbox"/> |
| Ansiedad (sensación de agobio, pánico o nerviosismo)  | <input type="checkbox"/> |
| Disminución del deseo o del interés (pérdida del "entusiasmo por la vida", sensación de desánimo o tristeza)                      | <input type="checkbox"/> |
| Síntomas en articulaciones y músculos (dolor de articulaciones, debilidad muscular, mala recuperación después de hacer ejercicio) | <input type="checkbox"/> |
| Dificultades con la memoria (concentración, encontrar la palabra correcta o retener información)                                  | <input type="checkbox"/> |
| Sequedad en la vagina o dificultad con el acto sexual   | <input type="checkbox"/> |
| Problemas sexuales (cambios en el deseo, en la actividad sexual, en el orgasmo y/o en la satisfacción)                            | <input type="checkbox"/> |
| Sudoración (sudoración nocturna o mayor cantidad de episodios de sudoración)  | <input type="checkbox"/> |
| Sofocos (sensación repentina de calor que comienza en el pecho y dura poco tiempo)  | <input type="checkbox"/> |
| Caída de cabello, debilitamiento o cambio en la textura del cabello   | <input type="checkbox"/> |
| Sentir frío todo el tiempo, o tener las manos o los pies fríos  | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de cabeza o migrañas (aumento de la frecuencia o intensidad)  | <input type="checkbox"/> |
| Peso (dificultad para bajar de peso a pesar de la dieta y el ejercicio)   | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de vejiga (dificultad para orinar, mayor necesidad de orinar, incontinencia)  | <input type="checkbox"/> |

Otros síntomas o circunstancias de salud únicas a considerar:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

# CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD MASCULINA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Marca el casillero apropiado para cada síntoma que estés experimentando.

| SÍNTOMAS  | NING                     | LEV                      | MODERADO                 | GRAVE                    | MUY GRAVE                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Agotamiento físico (fatiga, falta de energía, vigor o motivación)   | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de sueño (dificultad para conciliar el sueño o dificultad para dormir durante toda la noche)  | <input type="checkbox"/> |
| Irritabilidad (cambios de ánimo, agresividad, te enojas con facilidad)  | <input type="checkbox"/> |
| Ansiedad (sensación de agobio, pánico o nerviosismo)  | <input type="checkbox"/> |
| Disminución del deseo o del interés (pérdida del "entusiasmo por la vida", sensación de desánimo o tristeza)  | <input type="checkbox"/> |
| Síntomas en articulaciones y músculos (mala recuperación después de hacer ejercicio, incapacidad para aumentar la masa muscular, dolor de articulaciones, debilidad muscular) | <input type="checkbox"/> |
| Dificultades con la memoria (concentración, encontrar la palabra correcta o retener información)  | <input type="checkbox"/> |
| Deseo o rendimiento sexual (reducido o disminuido)  | <input type="checkbox"/> |
| Cambios eréctiles (erecciones menos firmes, pérdida de erecciones matinales)  | <input type="checkbox"/> |
| Eyaculaciones (poco frecuentes o ausentes)  | <input type="checkbox"/> |
| Sudoración (sudoración nocturna o mayor cantidad de episodios de sudoración)  | <input type="checkbox"/> |
| Rápida caída o debilitamiento del cabello   | <input type="checkbox"/> |
| Sentir frío todo el tiempo, o tener las manos o los pies fríos  | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de cabeza o migrañas (aumento de la frecuencia o intensidad)  | <input type="checkbox"/> |
| Peso (dificultad para bajar de peso a pesar de la dieta y el ejercicio)   | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de vejiga (dificultad para orinar, mayor necesidad de orinar)   | <input type="checkbox"/> |

Otros síntomas o circunstancias de salud únicas a considerar:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---