



Gastroenterology
Care Center

7500 SW 87th Avenue, Suite 200, Miami, FL 33173 – 305-913-0666 Fax 305-913-0663 www.gicarecenter.com

**AUTORIZACIÓN PARA FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES
RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA**

Por este medio autorizo el uso o divulgación de la información protegida sobre mi salud por parte de Gastroenterology Care Center, Inc. (el "Proveedor") para fines de establecer diagnóstico y proporcionarme tratamiento, para obtener pago de las facturas por servicios médicos o llevar a cabo las operaciones relacionadas con la atención médica que proporciona el Proveedor. Comprendo que mi diagnóstico y tratamiento por parte del Proveedor podrían estar condicionados por mi autorización, según lo evidencia mi firma en este documento.

Comprendo que tengo derecho a solicitar una restricción en cuanto a la forma en que se use o divulgue la información protegida sobre mi salud para llevar a cabo el tratamiento, obtener pago o llevar a cabo las operaciones de la Práctica. El Proveedor no tiene obligación de estar de acuerdo con las restricciones que yo pueda solicitar. No obstante, si el Proveedor está de acuerdo con una restricción que yo solicite, esa restricción es de obligatorio acatamiento para el Proveedor y para todos los médicos asociados con el Proveedor.

Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que el Proveedor haya actuado basándose en la autorización.

La "información protegida sobre la salud" significa información sobre mi salud que incluye mis datos demográficos, información recibida de mí o creada o recibida por mi médico, otro proveedor de servicios médicos, un plan de salud, o un banco de información médica. Esta información protegida sobre la salud se relaciona con mi condición física y mental pasada, presente o futura y me identifica, o existe un fundamento razonable para creer que la información podría identificarme.

Comprendo que tengo derecho a revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad del Proveedor antes de firmar este documento. Se me ha proporcionado la Notificación de Prácticas de Privacidad. La Notificación de Prácticas de Privacidad describe la forma en que se usará y divulgará la información protegida sobre mi salud durante mi tratamiento, la obtención del pago o durante las operaciones del Proveedor para proporcionar atención médica. La Notificación de Prácticas de Privacidad del Proveedor también se mantiene en la sala de espera. La Notificación de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y las responsabilidades del Proveedor con respecto a la información protegida sobre mi salud.

El Proveedor y todos los médicos asociados con el Proveedor se reservan el derecho de modificar las prácticas de privacidad que se describen en la Notificación de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad revisadas llamando a la oficina y solicitando que me envíen la copia por correo, o puedo pedir una copia la próxima vez que vaya a la oficina para mi cita.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

**NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
NOTIFICACIÓN Y ACUSE DE RECIBO**

Reconocimiento y Acuse de Recibo:

Reconozco que he recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de Gastroenterology Care Center, Inc. y por este medio acuso recibo de dicha Notificación.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal

Descripción de la Autoridad del Representante Personal



GASTROENTEROLOGY CARE CENTER

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA Y FAMILIAR

NOMBRE: _____ **DÍA DE HOY:** _____

EXPEDIENTE NO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

RAZÓN DE LA VISITA: _____

Alergias:

Ninguno Aspirin Demerol Iodine Morphine Penicillin Sulfa Versed Valium Other _____

Antecedentes médicos

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Ciática |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> Intolerancia a la leche | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Infección del oído | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Cáncer de la piel |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Hígado graso | <input type="checkbox"/> Triglicéridos elevados | <input type="checkbox"/> Quiste Ovárico | <input type="checkbox"/> Úlceras gástricas o duodenales |
| <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias | <input type="checkbox"/> VIH (HIV) / SIDA | <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Cálculos de la vesícula | <input type="checkbox"/> Iritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis crónica | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca | <input type="checkbox"/> Tromboflebitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis of liver | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Síndrome del colon irritable | <input type="checkbox"/> Pulmonía | <input type="checkbox"/> Tuberculina positiva |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del colon | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Kidney disease/failure | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Pólipos del colon | <input type="checkbox"/> Hernia inguinal | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Soriasis | <input type="checkbox"/> Transfusiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco o infarto | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa |

Cirugías y procedimientos hospitalización:

- | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Colectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de articulaciones | <input type="checkbox"/> Cirugía de próstata | <input type="checkbox"/> Cirugía del útero |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Operación del intestino grueso | <input type="checkbox"/> Hernia inguinal | <input type="checkbox"/> Cirugía de riñón | <input type="checkbox"/> Cirugía de estómago | Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de seno | <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Biopsia de hígado | <input type="checkbox"/> Cirugía de tiroides | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> Gastrosocopia | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> Cirugía para obesidad | <input type="checkbox"/> Cirugía de las amígdalas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del colon | <input type="checkbox"/> ERCP | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de ovario | <input type="checkbox"/> Ligadura de las trompas | _____ |

Historia social:

- Soltero/a Casado/a Separado/a
 Divorciado/a Viudo/a

Historia - Drogas:

- Nunca he usado drogas Actualmente uso drogas
 He usado drogas en el pasado He sido tratado por un problema de drogas

Historia - Alcohol:

- Nunca alcohólicas mas de dos días por semana
 Raramente alcohólicas menos de dos días por semana
 Bebo He dejado de beber alcohol

Historia - Tabaco:

- Nunca he fumado He dejado de fumar
 Actualmente fumo

Historia - Ocupación:

Veterano de la guerra _____ Veterano de la guerra Actividades / Aficiones _____

Historia - Aficiones:

REVISIÓN POR SISTEMAS

Gastrointestinal:

- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Sangre en las materias fecales | <input type="checkbox"/> Intolerancia a las grasas | <input type="checkbox"/> Náuseas, Vómito | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Cambio del habito intestinal | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito | Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Eructos | <input type="checkbox"/> Constipación / estreñimiento | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Sangrado rectal | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gases | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Manchar / incontinencia | _____ |

Genitourinario:

- Ninguno
 Sangre en la orina
 Cambio en la frecuencia de orina
 Dificultades sexuales
 Otros _____

HOMBRE

- Problemas de próstata
 Problemas de testículos

MUJER

- Excesos de menstruación

Piel:

- Ninguno
 Nódulos o tumores
 Erupción o brote
 Tatuajes
 Picazón
 Recurrent boils
 Infecciones
 Otro _____

Cardiovascular:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Corazón agrandado | <input type="checkbox"/> Edema o hinchazón de las piernas |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma anormal | <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas al caminar | <input type="checkbox"/> Várices |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho con el ejercicio | <input type="checkbox"/> Falta de aire | Otro _____ |

Neurológico :

- Ninguno
- Adormecimiento / hormigueo en el cuerpo
- Mareo / Vértigo

- Dolores de cabeza
- Debilidad de los brazos
- Debilidad de las piernas

Otros _____

Síntomas generales:

- Ninguno
- Escalofrío
- Cansancio
- Fiebre
- Sudoración nocturna

- Pérdida de apetito
- Sudoración
- Aumento inexplicable de peso
- Pérdida inexplicable de peso
- Peso estable

Otros _____

Ojos:

- Ninguno
- Ceguera
- Cambios de la visión

- Inflamación
- Perdida visual

Otros _____

Oídos, Nariz y Garganta:

- Ninguno
- Encías sangrando
- Pérdida auditiva
- Ronquera

- Llagas o úlceras bucales
- Sangrado nasal
- Ruido en el oído

Otros _____

Respiratorio:

- Ninguno
- Tos crónica

- Tos con sangre

Otros _____

Medicamentos:

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Axid | <input type="checkbox"/> Levbid |
| <input type="checkbox"/> Aciphex | <input type="checkbox"/> Bentyl | <input type="checkbox"/> Levsin |
| <input type="checkbox"/> Analpram | <input type="checkbox"/> Carafate | <input type="checkbox"/> Lomotil |
| <input type="checkbox"/> Anusol | <input type="checkbox"/> Donnatal | <input type="checkbox"/> Nexium |
| <input type="checkbox"/> Asacol | <input type="checkbox"/> Lactulose | <input type="checkbox"/> NuLev |

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pentasa | <input type="checkbox"/> Protonix |
| <input type="checkbox"/> Pepcid | <input type="checkbox"/> Questran |
| <input type="checkbox"/> Prednisone | <input type="checkbox"/> Rowasa |
| <input type="checkbox"/> Prevacid | <input type="checkbox"/> Tagamet |
| <input type="checkbox"/> Prilosec | <input type="checkbox"/> Zantac |

Other _____

Current Medications**Por favor indique que medicamentos toma con o sin prescripción.**

Historia familiar:

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Abuelos
Alcoholismo o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendencia al sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer del colon					
Edad cuando fue diagnosticado	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Pólipos del colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Crohn's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer gástrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombosis o embolismo cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermando tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>