

Nombre:

Fecha de nacimiento:

## 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 (encierre 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: \_\_\_\_\_

Proveedor que remite: \_\_\_\_\_ Teléfono del 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: \_\_\_\_\_

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 recibió 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](http://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 ¿Consumo 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**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desequilibrio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Temblores
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desorientación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hormigueo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pérdida/falta de memoria
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Disminución de la fuerza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Confusión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Convulsiones	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de coordinación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensación de ardor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos (síncope)	

**Musculoesquelético**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hinchazón en articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debilidad muscular	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Calambres musculares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inflamación en las piernas	

**Genitourinario**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Micción frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor pélvico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relaciones sexuales dolorosas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado menstrual abundante
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Incontinencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nicturia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Secreción vaginal	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Urgencia urinaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Picazón genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado vaginal	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambio en la libido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ciclos menstruales irregulares	

**Integumentario**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sarpullido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Heridas en la piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tumoración inusual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer en la piel
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Piel seca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambio de un lunar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Picazón	<input type="checkbox"/> Otro: _____

**Psiquiátrico**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ansiedad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--	--------------------------------------

**Hematológico/linfático**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fácil formación de moretones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Más propenso a sangrar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nódulos linfáticos inflamados	<input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--	---	--------------------------------------

**Endocrino**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambios en la piel
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cambios en el cabello	<input type="checkbox"/> Otro: _____

**OFFICE USE ONLY:** Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Office Use Only		
MRN #:	Age:	Height:
Weight:	Pulse:	BP:
BMI:		

Name of patient: \_\_\_\_\_

Name of person completing form: \_\_\_\_\_

Referring provider's name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Would you like a copy of today's consult note sent to this doctor?  Yes  No

Primary care provider's name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Would you like a copy of today's consult note sent to this doctor?  Yes  No

Reason for today's visit: \_\_\_\_\_

Which side hurts?  Left  Right  Both How long has your reason for today's visit been going on? \_\_\_\_\_

How did it start? \_\_\_\_\_

Hand dominance:  Left  Right

Pain description:  Dull  Sharp  Tingling  Other: \_\_\_\_\_

When does pain occur?  At rest  With activity  At night  Other: \_\_\_\_\_

Rate pain: (Check box)

No pain	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Most extreme
	<input type="checkbox"/>										

What reduces the pain?  Medicine  Ice  Heat  Rest  Elevation

Your problem has:  Improved  Worsened

Any other symptoms associated with the current problem? \_\_\_\_\_

Does your home have: (Check all that apply)  1 story  2 stories  3+ stories  Entrance steps  Elevator

Do you take public transportation?  Y  N

Do you exercise regularly?  Y  N Are you involved in organized sports?  Y  N

**Required Information:**

Did this injury happen while working?  Yes  No Does this injury relate to an auto accident?  Yes  No

Is this injury related to a pending lawsuit?  Yes  No

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date