

Lyracore Health Alliance

Paquete para Pacientes Nuevos

Todo lo que hacemos es para nuestros pacientes. Familiarizarse con nuestras políticas ayuda a que su visita sea fluida.

CITAS Y PROGRAMACIÓN

Citas: Por favor llegue a tiempo. Si llega tarde, llámenos — reservaremos su cita por 15 minutos. Las citas con más de 15 minutos de retraso pueden necesitar reprogramarse.

Cancelación tardía / No presentarse: Por favor llame con al menos 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar. Se aplicará un cargo por no presentarse. Consulte la Política Financiera.

Copagos y deducibles: El pago de copagos y deducibles se cobra en el momento de su cita. Consulte la Política Financiera para conocer los métodos de pago aceptados y detalles completos.

POLÍTICAS DE ATENCIÓN MÉDICA

Emergencias médicas: Si tiene una emergencia médica, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Para preguntas no urgentes, llámenos durante el horario regular de oficina.

Manejo del dolor crónico: No ofrecemos manejo del dolor crónico. Para el manejo de medicamentos narcóticos crónicos, comuníquese con su médico de atención primaria o especialista en manejo del dolor.

Atención primaria: Los problemas médicos no pulmonares deben ser atendidos por su médico de atención primaria. Le recomendamos que permanezca bajo su cuidado como parte de su programa de tratamiento pulmonar.

Preguntas: Llámenos en cualquier momento durante el horario regular de oficina para preguntas rutinarias no urgentes. Para preguntas financieras, comuníquese con nuestra oficina de facturación.

HORARIO DE OFICINA

	Oficina Tampa	Oficina Sun City
Lunes	8:30 AM – 5:00 PM	—
Martes	8:30 AM – 5:00 PM	—
Miércoles	8:30 AM – 5:00 PM	8:00 AM – 5:00 PM
Jueves	8:30 AM – 5:00 PM	—
Viernes	8:30 AM – 2:30 PM	—

Oficina Tampa:

602 S. Audubon Ave., Suite B, Tampa, FL 33609

Oficina Sun City:

1901 Haverford Ave., Suite 111, Sun City, FL 33573

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
---------------------	---------------------	--------------

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CON CUIDADO.

Nuestras responsabilidades: Lyracore Health Alliance está obligada por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI). Debemos proporcionarle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad, y debemos cumplir con los términos de este aviso.

Cómo usamos su información de salud: Usamos su información de salud para brindar tratamiento, procesar pagos y operar nuestra práctica. También podemos usarla para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Los usos y divulgaciones más allá de los enumerados aquí requieren su autorización por escrito.

Sus derechos: Tiene derecho a: (1) solicitar una copia de su información de salud; (2) solicitar enmienda de información que crea incorrecta; (3) solicitar una lista de divulgaciones; (4) solicitar restricciones sobre el uso o divulgación; (5) solicitar comunicaciones confidenciales; (6) recibir una copia impresa de este aviso; y (7) recibir notificación de cualquier violación de su PHI no segura.

Mercadeo y venta de PHI: No usaremos ni divulgaremos su PHI con fines de mercadeo ni venderemos su PHI sin su autorización por escrito. Está prohibido usar o divulgar información genética con fines de suscripción de seguros.

Presentar una queja HIPAA: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Lyracore Health Alliance o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No será objeto de represalias por presentar una queja.

Sección 1557 — Aviso de no discriminación: Lyracore Health Alliance cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ofrecemos servicios gratuitos de asistencia en idiomas para pacientes con dominio limitado del inglés. Para asistencia, contacte nuestra oficina. Para presentar una queja de derechos civiles, visite [hhs.gov/ocr/office/file](https://www.hhs.gov/ocr/office/file).

ACUSE DE RECIBO

Fecha de vigencia del Aviso de Prácticas de Privacidad: 1 de enero de 2024

He revisado este Aviso de Prácticas de Privacidad, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente o Representante Personal	Nombre en letra de molde	Fecha
---	--------------------------	-------

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
----------------------------	----------------------------	---------------------

DATOS DEL PACIENTE**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre, Inicial)		Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
Número de Seguro Social	Género	Pronombres preferidos	Idioma principal
Raza	Etnia	Estado civil (S/C/D/V)	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dirección		Apto/Unidad	Ciudad
		Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Fecha del último examen físico
Correo electrónico			

CONTACTOS Y FARMACIA

Nombre del cónyuge / tutor		Relación	Teléfono
Nombre de contacto de emergencia 1		Relación	Teléfono
Nombre de contacto de emergencia 2		Relación	Teléfono
Nombre de farmacia 1	Teléfono	Fax	¿Pedido por correo? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de farmacia 2	Teléfono	Fax	¿Pedido por correo? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

MÉDICO REFERENTE / MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Médico referente	Teléfono	Médico de atención primaria
¿Directiva anticipada / Testamento vital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Poder notarial de atención médica en archivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Orden de no resucitar en archivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si respondió sí a alguna de las anteriores, por favor traiga una copia a su cita.

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
----------------------------	----------------------------	---------------------

INFORMACIÓN DE SEGURO**SEGURO PRIMARIO**

Nombre de la compañía de seguro		Teléfono		¿Es el paciente jubilado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Dirección de la aseguradora		Ciudad		Estado	Código postal
Número de póliza / ID	Nombre / Número de grupo		Fecha de vigencia		
Nombre del empleador	Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento del titular		
NSS del titular de la póliza		Relación con el paciente			

SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la compañía de seguro		Teléfono		¿Es el paciente jubilado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Dirección de la aseguradora		Ciudad		Estado	Código postal
Número de póliza / ID	Nombre / Número de grupo		Fecha de vigencia		
Nombre del empleador	Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento del titular		
NSS del titular de la póliza		Relación con el paciente			

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
----------------------------	----------------------------	---------------------

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN Y AUTORIZACIONES

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO (marque todos los que apliquen)

- Llamar al teléfono de casa
 Llamar al teléfono celular
 Llamar al teléfono de trabajo
 Enviar correo a domicilio
 Enviar correo electrónico (dirección en archivo)
 Enviar fax (número en archivo)

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO

Autorizo a Lyracore Health Alliance a comunicarse conmigo por correo electrónico respecto a mi información de salud protegida (PHI). Reconozco que: (a) el correo electrónico no es un medio completamente seguro y un tercero podría potencialmente obtener acceso; (b) Lyracore hará todos los esfuerzos razonables para mantener la confidencialidad pero no puede garantizar la seguridad absoluta.

PERMISO PARA COMUNICAR INFORMACIÓN MÉDICA

Doy permiso a Lyracore Health Alliance para discutir mi condición médica, resultados de pruebas y recomendaciones médicas con las personas enumeradas a continuación:

Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR / SOLICITAR REGISTROS MÉDICOS

Por medio de la presente, autorizo a Lyracore Health Alliance a divulgar o solicitar información a/de:

Nombre / Organización	Teléfono	Fax
Dirección	Ciudad	Estado
		Código postal

Información a divulgar / solicitar (marque todos los que apliquen):

- Notas de consulta / progreso
 Resultados de laboratorio
 Informes de imágenes
 Notas de procedimiento
 Expediente médico completo
 Otro

AUTORIZACIÓN DE CONTACTO PARA PROGRAMAS DE ATENCIÓN

Autorizo a Lyracore Health Alliance a compartir únicamente mi **información de contacto** con los socios seleccionados. Los registros médicos NO se compartirán sin autorización escrita por separado. El consentimiento puede revocarse por escrito.

- RPM / Monitoreo remoto de pacientes — monitoreo respiratorio
 Investigación clínica y ensayos — estudios relevantes para la condición
 Servicios de atención — programas o recursos de tratamiento

Autorización del paciente:

Firma del paciente	Nombre en letra de molde	Fecha
--------------------	--------------------------	-------

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
---------------------	---------------------	--------------

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Aldor-Pulmonary, LLC d/b/a Lyracore Health Alliance

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

El paciente y/o representante autorizado consiente por medio de la presente al tratamiento médico que el médico/proveedor considere recomendable. Esto otorga autoridad para administrar y realizar todos los exámenes, tratamientos y procedimientos diagnósticos que se consideren necesarios. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento y el derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi médico.

Firma del paciente o autorizado	Nombre en letra de molde y relación (si no es el paciente)	Fecha
---------------------------------	--	-------

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados, incluyendo Medicare (si aplica), se realice en mi nombre a Aldor-Pulmonary LLC / Lyracore Health Alliance por los servicios médicos prestados. Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra necesaria para determinar estos beneficios.

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por mis beneficios de salud. Es mi responsabilidad notificar a la organización cualquier cambio en mi cobertura. Una copia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original. Esta es una autorización de por vida a menos que se revoque por escrito.

Firma del asegurado, padre o tutor	Nombre en letra de molde (si no firmó el asegurado)	Relación con el asegurado	Fecha
------------------------------------	---	---------------------------	-------

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y EXENCIÓN

Autorizo la divulgación de cualquier información de salud privilegiada (incluyendo psiquiátrica, dependencia química, enfermedad comunicable/infecciosa, VIH/SIDA) necesaria para los fines descritos. Exonero a Lyracore Health Alliance de todas las responsabilidades relacionadas. Esta autorización se otorga conforme a la ley de Florida.

Firma del paciente (o su representante)	Nombre en letra de molde	Fecha de Nacimiento	Fecha
---	--------------------------	---------------------	-------

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
---------------------	---------------------	--------------

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Aldor-Pulmonary, LLC d/b/a Lyracore Health Alliance

Al firmar esta política, confirma que ha leído y comprende las siguientes obligaciones financieras.

Cuenta al corriente: Su cuenta debe mantenerse al corriente. Todos los montos de pago propio, copagos, coseguros y deducibles se deben pagar al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover y American Express. No pagar al momento del registro puede resultar en la reprogramación de citas no urgentes.

Cambios de dirección y seguro: Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina cualquier cambio en su dirección, número de teléfono o información de seguro antes de su cita para que se pueda re verificar la cobertura.

Cobertura de seguro: Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. No somos parte de su contrato específico. Es su responsabilidad conocer las regulaciones y limitaciones de su plan. No todos los servicios son un beneficio cubierto. Aunque presentar su reclamación es una cortesía, todos los cargos son en última instancia su responsabilidad desde la fecha en que se prestan los servicios.

Referencias y autorizaciones: Cualquier referencia o autorización requerida debe proporcionarse a nuestra oficina no menos de 48 horas antes de su cita. Usted es en última instancia responsable de garantizar la autorización adecuada y será responsable del costo de los servicios prestados sin ella.

Cita perdida / Cargo por no presentarse: Por favor proporcione al menos 24 horas de aviso para cancelar o reprogramar. No cancelar dentro de las 24 horas resultará en un cargo de \$50.00 por no presentarse.

Cheques devueltos: Se cobrará una tarifa de \$25.00 por todos los cheques devueltos. Su cuenta quedará marcada como solo efectivo o tarjeta de crédito para todos los servicios futuros.

Estados de cuenta y reembolsos: Recibirá un estado de cuenta cuando su saldo alcance \$10.00 o más. Los reembolsos se emitirán dentro de las 2 semanas siguientes a la solicitud, siempre que no haya reclamaciones pendientes.

Cobranza: Si su cuenta se entrega a una agencia de cobranza, usted será responsable de todos los costos incurridos en la cobranza, incluyendo tarifas de agencia de hasta el 50% de su saldo pendiente, así como costos judiciales y honorarios de abogados.

He leído, comprendo y acepto la Política Financiera de Lyracore Health Alliance y acepto la responsabilidad de todas las obligaciones financieras descritas anteriormente.

Firma del paciente	Nombre en letra de molde	Fecha
Parte responsable (si aplica)	Nombre en letra de molde	Fecha

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
---------------------	---------------------	--------------

CONSENTIMIENTOS Y AUTORIZACIONES ADICIONALES

AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO EN ARCHIVO

Autorizo a Lyracore Health Alliance a guardar una tarjeta de crédito o débito en archivo para cobrar saldos del paciente después del procesamiento del seguro (copagos, deducibles, coseguro y servicios no cubiertos). Se me notificará antes de cualquier cargo y puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Nombre del titular de la tarjeta	Tipo de tarjeta <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> Disc <input type="checkbox"/> AmEx	Últimos 4 dígitos
Firma del titular	Fecha	

CONSENTIMIENTO DE TELESALUD

Las visitas de telesalud (virtuales) pueden estar disponibles según su cobertura de seguro. Si su plan cubre la telesalud, la participación es voluntaria y puede solicitar una visita en persona en cualquier momento. Por favor pregúntele a nuestro personal si la telesalud está cubierta bajo su plan.

Si la telesalud está disponible para usted, al firmar a continuación entiendo y acepto: (1) La telesalud implica comunicación electrónica de información de salud entre yo y mi proveedor; (2) Tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento; (3) La telesalud no siempre es sustituto de la atención en persona; (4) Las dificultades técnicas pueden interrumpir una sesión; (5) Mi información puede compartirse con proveedores tratantes según lo permitido por HIPAA.

<input type="checkbox"/> Consiento los servicios de telesalud si están cubiertos por mi plan <input type="checkbox"/> NO consiento los servicios de telesalud		
Firma del paciente o autorizado	Nombre en letra de molde	Fecha

INSCRIPCIÓN AL PORTAL DEL PACIENTE

Nuestro portal de pacientes le permite ver resultados de pruebas, solicitar resurtidos de recetas, enviar mensajes seguros a su equipo de atención y acceder a resúmenes de visitas. El acceso al portal es voluntario.

<input type="checkbox"/> Sí, me gustaría inscribirme en el portal del paciente	<input type="checkbox"/> No, no deseo inscribirme en este momento
Correo electrónico para el portal (si es diferente al anterior)	

RECONOCIMIENTO DE PAGO PROPIO (si aplica)

<input type="checkbox"/> Pago propio: He sido informado de las tarifas de pago propio y acepto pagar en su totalidad al momento del servicio.

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
----------------------------	----------------------------	---------------------

VISITA DE HOY Y MOTIVO DE CONSULTA

Nombre del paciente	Edad	Fecha de Hoy	Ocupación actual
Si está jubilado, ocupación anterior			

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY

¿Cuál es el motivo principal de su visita hoy y cuándo notó este problema por primera vez?

PROBLEMAS ACTUALES

Por favor marque cualquier problema actual que esté experimentando. Si es afirmativo, explique.

Sí / No	Síntoma	Explique
<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 flema / con sangre)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno / Alergias	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en el pecho	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cambio reciente de peso	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno del sueño	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad para tragar	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fatiga	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sudores nocturnos	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ronquidos	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad para conciliar el sueño	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad para mantenerse dormido	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de piernas	

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
---------------------	---------------------	--------------

HISTORIA MÉDICA PASADA

Por favor marque todas las condiciones con las que alguna vez haya sido diagnosticado.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Arritmias / Latidos irregulares |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Aspiración | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado / coagulación | <input type="checkbox"/> Bronquiectasia | <input type="checkbox"/> Bronquitis (crónica) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Paro cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> EPOC |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> Tos (crónica) | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Fisura | <input type="checkbox"/> ERGE / Acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hodgkin |
| <input type="checkbox"/> Vía aérea hiperactiva | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | <input type="checkbox"/> Lupus / LES |
| <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Linfoma no Hodgkin | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Derrame pleural | <input type="checkbox"/> Pleuritis | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Neumotorax | <input type="checkbox"/> Mala circulación | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar | <input type="checkbox"/> Hipertensión pulmonar | <input type="checkbox"/> Fenómeno de Raynaud |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Sarcoidosis | <input type="checkbox"/> Esclerodermia | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Condición sinusal | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral / AIT / ACV |
| <input type="checkbox"/> Trastorno tiroideo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) | |

Otro (especifique)

Iniciales del paciente: He revisado esta sección y confirmo que es precisa y completa según mi mejor conocimiento.

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
----------------------------	----------------------------	---------------------

ALERGIAS**ALERGIAS A MEDICAMENTOS**

Por favor liste todos los medicamentos a los que es alérgico y describa la reacción experimentada.

Medicamento	Reacción

CATEGORÍAS ADICIONALES DE ALERGIAS (marque todas las que apliquen)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inhibidores de la ECA | <input type="checkbox"/> Albuterol / Nebulizador Xopenex | <input type="checkbox"/> Anestesia |
| <input type="checkbox"/> Antihistamínicos | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Codeína |
| <input type="checkbox"/> Productos lácteos | <input type="checkbox"/> Yodo / Contraste de tomografía | <input type="checkbox"/> Látex |
| <input type="checkbox"/> Moho | <input type="checkbox"/> Sin alergias conocidas | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Caspa de mascotas | <input type="checkbox"/> Prednisona | <input type="checkbox"/> Medicamentos de sulfa |
| <input type="checkbox"/> Tinte para rayos X | | |

Otras alergias (especifique)

¿Es alérgico al Albuterol y/o a la solución nebulizadora Xopenex? Sí No No sé

Iniciales del paciente: He revisado esta sección y confirmo que es precisa y completa según mi mejor conocimiento.

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
---------------------	---------------------	--------------

HISTORIA DE CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES

HISTORIA QUIRÚRGICA

Por favor liste cualquier procedimiento quirúrgico al que se haya sometido. Use papel adicional si es necesario.

Procedimiento / Cirugía	Institución / Hospital	Fecha

Iniciales del paciente: He revisado esta sección y confirmo que es precisa y completa según mi mejor conocimiento.

HISTORIA DE HOSPITALIZACIONES

Por favor liste cualquier hospitalización, incluyendo visitas a urgencias por problemas respiratorios en los últimos 12 meses.

Motivo de hospitalización	Institución / Hospital	Fecha	Duración de la estadía

Iniciales del paciente: He revisado esta sección y confirmo que es precisa y completa según mi mejor conocimiento.

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
----------------------------	----------------------------	---------------------

HISTORIA FAMILIAR

Por favor indique si algún familiar inmediato ha tenido alguna de las siguientes condiciones. Marque (■) todas las que apliquen para cada relación.

Condición	Hermano/a	Padre/Madre	Abuelo/a
Enfermedad de Addison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (especifique tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo(s) de cáncer

Otro (especifique)

Iniciales del paciente: He revisado esta sección y confirmo que es precisa y completa según mi mejor conocimiento.

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
----------------------------	----------------------------	---------------------

HISTORIA SOCIAL**USO DE TABACO**

- Nunca fumó
 Ex fumador
 Fumador actual diario
 Fumador actual ocasional
 Estado actual desconocido

Fecha de cese (si es ex fumador)	Cajetillas por día	Número de años fumando
----------------------------------	--------------------	------------------------

Otro uso de tabaco (marque todos los que apliquen):

- Pipa
 Cigarro
 Rapé
 Tabaco de mascar
 Vaporizador / Cigarro electrónico

¿Está interesado en dejar de fumar? Sí No No sé

¿Ha intentado dejar de fumar anteriormente? Sí No No sé

USO DE ALCOHOL Y DROGAS

¿Consumo alcohol? Sí No No sé

Si es afirmativo, ¿cuántas bebidas por semana?	Tipo de alcohol
--	-----------------

¿Usa drogas recreativas o ilícitas? Sí No No sé

Si es afirmativo, tipo (p. ej., marihuana, vaporizador, opioides)	Duración del uso
---	------------------

HISTORIA AMBIENTAL Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**HISTORIA AMBIENTAL**

Exposiciones ocupacionales (p. ej., asbesto, polvo, químicos, humos)

Mascotas en casa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Aves en casa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Alfombra en casa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Infestación de insectos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Moho / Humedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Exposición a tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Viaje internacional reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Si viajó recientemente, destino(s)	

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RECIENTES

Por favor proporcione la fecha y lugar más recientes para cada prueba:

Prueba	Fecha	Lugar / Institución	Resultados (si se conocen)
Prueba cutánea de tuberculosis			
Radiografía de tórax			
Tomografía computarizada (tórax)			
Prueba de función pulmonar (PFP)			
Estudio del sueño			
Ecocardiograma			
EKG			
Prueba de densidad ósea			

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
----------------------------	----------------------------	---------------------

VACUNAS

Vacuna	Fecha más reciente	Notas
Influenza (gripe)		
Pneumovax / Prevnar (neumonía)		
COVID-19		
Shingrix (culebrilla)		
Tdap		
Otro		

CUESTIONARIO DEL PROTOCOLO GRADUADO DE DETECCIÓN DE APNEA (GASP)

Por favor responda las siguientes preguntas con la mayor precisión posible. Estas ayudan a detectar trastornos respiratorios relacionados con el sueño.

¿Le han dicho (o ha notado usted mismo) que ronca la mayoría de las noches?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Le han dicho que deja de respirar o que tiene dificultad para respirar mientras duerme?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Se siente cansado, fatigado o somnoliento la mayoría de los días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Tiene acidez estomácal o presión arterial alta (o usa medicamento para controlar alguna de estas condiciones)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé
¿Tiene sobrepeso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

En una escala de **0 (nunca)** a **3 (alta probabilidad)**, por favor identifique la probabilidad de quedarse dormido en las siguientes situaciones:

Actividad	0 Nunca	1 Leve	2 Moderada	3 Alta
Sentado leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viendo televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado, inactivo en un lugar público (p. ej., teatro o reunión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como pasajero en un automóvil durante una hora sin pausa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostado a descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado hablando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado tranquilamente después del almuerzo (sin alcohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un automóvil, detenido unos minutos en el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación total: (Una puntuación de 11 o más puede indicar somnolencia diurna excesiva)