



Asociados médicos renales de Winchester Número de serie: _____

Fecha: _____

Estimado _____,

Usted ha sido remitido a nuestro consultorio por _____ para una consulta de nefrología.

consulta con el Dr. _____ el _____ a las

_____.

Por favor, complete todos los documentos adjuntos antes de su cita. Completar estos formularios con anticipación permite a nuestros proveedores prepararse mejor para su visita y garantiza una atención oportuna y de calidad.

Por favor traiga los siguientes artículos a su cita:

- Tarjeta(s) de seguro
- Identificación con fotografía
- Una lista actualizada de medicamentos (incluidas las dosis)

Por favor llegue **15 minutos antes** a su cita programada. Es posible que se le solicite una muestra de orina a su llegada, por lo que recomendamos venir con la vejiga llena.

Nuestra misión es brindar atención médica de alta calidad. Asistir a sus citas programadas es importante para garantizar la mejor atención posible. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con nuestra oficina al **(540) 450-1600**.

Atentamente,

Asociados médicos renales de Winchester

812 Amherst Street, Suite 201 ~ Winchester, VA 22601 ~ Teléfono (540) 450-1600 ~ Fax (540) 450-0166



Asociados médicos renales de Winchester Número de serie: _____

Información del paciente:

Fecha: _____ Nombre (Apellido, Nombre, M): _____

Dirección: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) _____

Casa#: _____ Celular#: _____ Médico de atención primaria: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Género al nacer: _____ ¿Cómo se identifica usted?: Masculino Femenino Otro

Correo electrónico: _____ Estado civil: (Soltero/a/Divorciado/a/Esposo/a)

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Raza: (caucásico/afroamericano/indio/hispano) Idioma preferido: _____

Información del seguro:

Seguro primario: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Relación del paciente con el titular de la póliza: _____

Seguro secundario: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Relación del paciente con el titular de la póliza: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Teléfono (Casa): _____ (Celular): _____



Asociados médicos renales de Winchester Número de serie: _____

Autorización para la divulgación de información

Nombre:	Fecha de nacimiento:
La oficina de Renal Physician Associates está autorizada a divulgar información médica protegida como se describe a continuación para el paciente identificado. Marque cada persona o clase de personas que usted aprueba para recibir información	
Descripción de la información a divulgar.	
☐ Mensajes de voz en: número _____.	☐ Recordatorios de citas ☐ Resultados de laboratorio ☐ Otro: _____
☐ Cónyuge o pareja: _____	☐ Recordatorios de citas ☐ Resultados de laboratorio ☐ Otro: _____
☐ Otra persona: _____	☐ Recordatorios de citas ☐ Resultados de laboratorio ☐ Otro: _____
☐ Otra persona: _____	☐ Recordatorios de citas ☐ Resultados de laboratorio ☐ Otro: _____
Derechos de los pacientes: • Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. • Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará como se describe en este documento. • La revocación no es efectiva en los casos en que ya se ha divulgado información, pero será efectiva en el futuro. • La información utilizada o divulgada como resultado de la autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. • Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y a que mi tratamiento no esté condicionado a la firma.	
Esta autorización permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito.	
Firma del paciente o representante personal Fecha	
• Descripción de la Autoridad de Representantes Personales (adjuntar si es necesario documentación)	



Asociados médicos renales de Winchester Número de serie: _____

Por la presente, autorizo a Renal Physician Associates a examinarme y prescribirme el/los tratamiento(s) que considere necesario(s) o recomendable(s) según mi diagnóstico. Por la presente, autorizo a Renal Physician Associates a divulgar a la compañía de seguros cualquier información obtenida durante mi examen o tratamiento. Entiendo que Renal Physician Associates presentará mi reclamación al seguro como cortesía y autorizo que mis beneficios del seguro se paguen directamente a Renal Physician Associates. Esta autorización será válida hasta su revocación por escrito.

Firma _____ Fecha: _____



Asociados médicos renales de Winchester Número de serie: _____

Proveedores actuales: Enumere los nombres de los proveedores que visita habitualmente.

(ejemplo: cardiólogo, etc.)

Cirugías y hospitalizaciones previas: (enumere todas las operaciones anteriores)

Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha
Apendectomía		Hemorroidectomía	
CABG/Bypass cardíaco		Reparación de hernia	
Catarata I/D/B		Reemplazo de cadera I/D/B	
CORRIENTE CONTINUA		Reemplazo de rodilla I/D/B	
Extirpación de la vesícula biliar		Histerectomía	
Bypass gástrico		Prostatectomía	
Atrás		Nefrectomía	
Trasplante renal		Tiroidectomía	
Amigdalectomía		Reemplazo de válvulas	
fístula AV		Cateterismo de DP	
Otro:		Otro:	



Asociados médicos renales de Winchester Número de serie: _____

Historial médico

Utilice el espacio a continuación para proporcionar detalles y/o el año de inicio.

Nefropatía

Estadio (si se conoce): _____ Año del trasplante: _____

Ubicación: _____

Tipo:

- ☐ Pariente vivo
☐ Vivir sin parentesco

Año de diálisis: _____

Tipo:

- ☐ Diálisis peritoneal
☐ Hemodiálisis

Historial médico completo del paciente

Cáncer	Año	Cáncer	Año
Riñón		Linfoma	
Mamá		Melanoma	
Próstata		Tiroides	
Colon		Leucemia	
Pulmón		Uterino	
Vejiga		Pancreático	
Testicular		Otro	

Cardiopatía	Fecha
Angina de ataque cardíaco	
Marcapasos fibrilatorio auricular	
Insuficiencia cardíaca congestiva	
Angioplastia/Stent	
Otro	



Asociados médicos renales de Winchester Número de serie: _____

Otorrinolaringología	Año	Rasgo de células falciformes	Año
Ceguera		Gastrointestinal	
Cataratas		Reflujo ácido	
Glaucoma		Tipo de hepatitis	
Problemas de audición		Síndrome del intestino irritable (SII)	
Genitourinario		Úlceras estomacales e intestinales	
Cálculos renales		Enfermedad inflamatoria intestinal	
Agrandamiento de la próstata		Colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn	
Infecciones urinarias frecuentes		Respiratorio	
Neurológico		EPOC	
Neuropatía		Enfisema	
Convulsiones		Bronquitis crónica	
Esclerosis múltiple		Asma	
Ataque		Neumonía	
Enfermedad de Parkinson		Apnea del sueño	
Demencia		tuberculosis	
Migrañas / Dolor de cabeza		Endocrino	
Psiquiátrico		Hipotiroidismo	
Depresión		Hipertiroidismo	
Trastorno de ansiedad		Suprarrenal	
Músculoesquelético		Inmunología / Reumatología	
Osteoartritis		Lupus	



Asociados médicos renales de Winchester Número de serie: _____

Osteoporosis		Artritis reumatoide	
Otro:		VIH	
Anemia		Historial de obstetricia	
Infusión de sangre		Preeclampsia	
anemia de células falciformes		Hipertensión inducida por el embarazo	
Cualquier otro:		Diabetes gestacional	
		HX de embarazos difíciles	

- ☐ Diabetes tipo 1
☐ Diabetes tipo 2
☐ Diabetes desconocida
☐ Gota
☐ Hipertensión

Historia familiar: Por favor indique con una marca cualquier miembro de la familia que haya tenido alguna de las siguientes condiciones:

- ☐ Marque aquí si no conoce su historia familiar.

Condición médica	MAMÁ	PAPÁ	SEIS	HERM ANO	MUCHOS	HIJO	Otros parientes cercanos
Anemia							
Ataque							
Demencia							
Cáncer							
Enfermedad renal poliquística del adulto							
Hipertensión							
Diabetes tipo 1							
Diabetes tipo 2							

Si seleccionó cáncer, especifique el tipo:



Asociados médicos renales de Winchester Número de serie: _____

Estado familiar:

Padre	Estado (marque uno)	Edad al morir	Causa de la muerte
Padre	☐ Vivo ☐ Fallecido ☐ Desconocido	_____	_____
Madre	☐ Vivo ☐ Fallecido ☐ Desconocido	_____	_____

Historia social:

Casado Apartado postal Soltero Viudo Divorciado

Arreglos de vida:

Él vive solo Vive con su cónyuge Cuidador a domicilio Vive con la familia

Vive con otra persona significativa Vive en una residencia de ancianos o residencia asistida.

Funcional / Cognitivo

Sin impedimento Pérdida de audición Déficit de memoria Mala visión / Ceguera Movilidad limitada

Desafíos del transporte

Historia social - Hábitos

Consumo de tabaco: Actual Anterior. Nunca Si es el primero, ¿en qué año lo dejaste? _____

Cigarrillos Cigarrillos Vapeadores tuberías tabaco de mascar Rapé

Consumo de alcohol: Actual Anterior Nunca usado Otro: _____

Si fumó o fumaba actualmente, ¿con qué frecuencia? Todos los días Algunos días desconocidos

Si está al día, ¿cuántos paquetes al día? _____ ¿Y cuántos años en total lleva usando tabaco? _____

Uso recreativo de drogas: Actual Anterior Nunca usado

Marijuana Heroína Cocaína LSD Anfetaminas Éxtasis

Barbitúricos Joven OTRO: _____