

La fecha de hoy _____ Fecha de la última visita al consultorio _____

Nombre _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Médico de atención primaria _____ Médico referente _____

1) Describa las razones para su visita de hoy _____

2) Nombre de la farmacia preferida _____ Teléfono de la farmacia _____

Dirección de la farmacia _____

Calle Apartamento/Unidad Ciudad Estado Código Postal

Autorizo a Atlanta Gastroenterology Associates a obtener mi historial de recetas electrónicamente. Sí No

3) Alcohol (cerveza, vino, o Licor) Nunca Ex Todos los Días Algunos días Desconocido su estado actual

Uso de droga intravenosa/recreacional Nunca Ex Todos los Días Algunos días Desconocido su estado actual

Tobaco (cigarillos, cigarros, tabaco de masticar) Nunca Ex Todos los Días Algunos días Desconocido su estado actual

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes vacunas? Influenza (gripe) Hepatitis A Hepatitis B
 Otro _____

4) ¿Está usted actualmente tomando anticoagulantes como (Coumadin®, Eliquis®, heparina, Plavix®, Pradaxa®, Xarelto®)? Sí No

¿Está tomando aspirina / AINE (ibuprofeno, Advil®, BC Powder®, Powder® de Goody, Naprosyn®, Aleve®)? Sí No

Lista de medicamentos actuales (incluyendo a base de hierbas) y dosis

Haga una lista de los medicamentos que ha de jado de tomar desde su última visita _____

Detalle las alergias _____

¿Necesita una nueva receta o repuesto? Si es así, haga una lista de medicamentos y el suministro necesario.

5) ¿Ha experimentando alguno de los siguientes síntomas? Si es así, por favor describa.

	Sí	No		Sí	No
Físicos			Palpitaciones/arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores corporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratorios		
Sobrepeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovasculares			Jadeos o asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____		

Descripción del problema mencionado _____

6) ¿Ha tenido cualquiera de lo mencionado a continuación desde su última visita?

Si es así, por favor describa brevemente y especifique la fecha de servicio.

	Sí	No	
Colonoscopia / Endoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Visitas a una sala de emergencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Exámen de laboratorio u otros análisis de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ultrasonidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rayos X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

AGA, LLC ("AGA") cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. AGA no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

AGA:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, etc.)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con the Site Manager.

Si considera que AGA no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: AGA, LLC, ATTN: Compliance Officer, 550 Peachtree Street NE, Ste 1600, Atlanta, GA 30308, (phone) 404.888.7575, (fax) 404.253.6896, (email) hipaacompliance@atlantagastro.com .

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, the Compliance Officer está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD).

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.