

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		Sí	No
<b>Físicos</b>			Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jadeos o asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Gastrointestinal</b>			Otro		
Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia fecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
<b>Cardiovascular</b>			<b>Respiratorios</b>			_____		
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Palpitaciones/arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Todas las demás negativos		

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](mailto: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.