



**CUESTIONARIO DE LA HISTORIA DE SALUD**

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son confidenciales y se formara en parte de su expediente medico.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_  HOMBRE  MUJER

**NOMBRE DE SU DOCTOR FAMILIAR:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**RAZON DE SU VISITA:** \_\_\_\_\_ **OCUPACION:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA / PERSONAL HEALTH HISTORY**

<b>Cirugias/ Surgeries</b>	<b>Hospital/ Hospital</b>	<b>Año/ Year</b>

**Otras Hospitalizaciones / Other Hospitalizations**

<b>Razon/ Reason</b>	<b>Hospital/ Hospital</b>	<b>Año/ Year</b>

**Nombre todos los medicamentos recetados y no recetados, como las vitaminas y inhaladores**  
**(List your prescribed drugs and over the counter drugs, such as vitamins and inhalers.)**

<b>Nombre del medicamento / Name of drug</b>	<b>Dosis / Strength</b>	<b>Frecuencia tomado / Frequency taken</b>

**Alergias a medicamentos / Allergies To Medication**

*Dr. Ravi Bhalla, MD, FACR • Brady Nelson, PA • Iain Black, PA • Christina Foster, PA*



Nombre del Medicamento / Name Of Drug	Reaccion / Reaction You Had

NOMBRE DE FARMACIA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

**Habitos De La Salud / Health Habits**

**Preguntas / Questions:**

Usted bebe alcohol / Do you drink alcohol? Si dijo que si, que clase ? / If yes, what kind? Cuantas bebidas por semana? / How many drinks per week?	SI	No
Usted utiliza tabaco? / Do you currently use tobacco? Si dijo que si cuanto usa al dia? / If yes, how often?	SI	No
Usted utiliza actualmente Drogas recreacionales? / Do you currently use recreational or street drugs?	SI	No
Usted usa Drogas con aguja? / Have you ever given yourself street drugs with a needle?	SI	No
Usted tiene marcapasos? / Do you have a pacemaker?	SI	No
Usted tiene denturas postisa? / Do you have dentures?	SI	No
Usted tiene metal en su cuerpo? / Do you have metal in your body? Si si, explique por favor: / If yes, please explain:	SI	No

**Historia De La Salud De La Familia / Family Health History**

Han diagnosticado a alguien de su familia con lo siguiente:

(Have any of your family members been diagnosed with any of the following:)

**Preguntas / Questions:**

Artritis Reumatoide / Rheumatoid Arthritis? Si si, explique por favor: / If yes, explain:	SI	No
Lupus? Si si, explique por favor: / If yes, explain:	SI	No
Gota / Gout? If yes, explain:	SI	No
Osteoporosis? Si si, explique por favor: / If yes, explain:	SI	No
Diabetes / Diabetes? Si si, explique por favor: / If yes, explain:	SI	No
Cancer? Si si, explique por favor: / If yes, explain:	SI	No

Otra historia medica familiar? / Any other Family History?



## Su Historia Medica / Your Health History

**Ha sido usted diagnosticado(a) con uno de los siguiente?**  
(Have you been diagnosed with any of the following?)

Hipertension / Hypertension?	SI	No	Colesterol alto / High Cholesterol?	SI	No	Lupus?	SI	No
Enfisema / Emphysema?	SI	No	Fibromialgia / Fibromyalgia?	SI	No	Osteoartritis / Osteoarthritis?	SI	No
Tunel Carpiano / Carpel Tunnel?	SI	No	Síndrome del intestino irritable Irritable / Bowel Syndrome?	SI	No	Síndrome de piernas inquietas / Restless Leg Syndrome?	SI	No
Apnea del sueño/ Sleep Apnea?	SI	No	Enfermedad degenerativa del disco / Degenerative Disc Disease?	SI	No	Gota / Gout?	SI	No
Diabetes /Diabetes?	SI	No	Artritis reumatoide / Rheumatoid Arthritis?	SI	No	Osteoporosis?	SI	No
Asma / Asthma?	SI	No	Cáncer / Cancer?	SI	No	Enfermedad de Crohn / Crohn's Disease?	SI	No
Migrañas /Migraines?	SI	No	Psoriasis?	SI	No	Colitis ulcerosa / Ulcerative Colitis?	SI	No
Ciática / Sciatica?	SI	No						

**Usted tiene uno estos sintomas?**  
(Have you had any of the following symptoms?)

Dificultad para respirar / Shortness of breath?	SI	No	Tos con sangre / Bloody Cough?	SI	No	Tos / Cough?	SI	No
Sibilancia / Wheezing?	SI	No	Produce Flema / Sputum Production?	SI	No	Fiebre / Fever?	SI	No
Vómito / Vomiting?	SI	No	Fatiga / Fatigue?	SI	No	Náuseas / Nausea?	SI	No
Pérdida de apetito / Loss Of Appetite?	SI	No	Ciática / Sciatica?	SI	No	Enfermedad degenerativa del disco / Degenerative Disc Disease?	SI	No
Sangre en el escremento / Bloody Stools?	SI	No	Dolor de pecho / Chest Pain on Exertion?	SI	No	Palpitación / Palpitation?	SI	No
Escalofríos / Chills?	SI	No	Suda por las noches / Night Sweats?	SI	No	Dolor abdominal / Abdomen Pain?	SI	No



**VALLEY ARTHRITIS**  
CARE

**Peoria Office**  
13943 N. 91<sup>st</sup> Ave. Bldg. I, Peoria, AZ 85381

**Sun City West Office**  
13613 W Camino Del Sol #4, Sun City West, AZ 85375

Retención de agua (Leg Edema/Water) Retention?	SI	No	Micción frecuente / Frequent Urination?	SI	No	Dolor al orinar / Painful Urination?	SI	No
Urgencia de orinar / Urgency Of Urination?	SI	No	Incontinencia urinaria / Urine Incontinence?	SI	No	Moretones fáciles / Easy Bruising?	SI	No
Sangra por la nariz/ Nosebleeds?	SI	No	Glándulas inflamadas / Swollen Glands?	SI	No	Infecciones frecuentes / Frequent Infections?	SI	No
Convulsiones / Seizures?	SI	No	Problemas visuales / Visual Problems?	SI	No	Depresión / Depression?	SI	No
Ansiedad / Anxiety?	SI	No	Entumecimiento/hormigueo Numbness/Tingling?	SI	No	Alucinaciones / Hallucinations?	SI	No
Dolor de quijada / Jaw Pain?	SI	No	Llagas en la boca / Mouth Sores?	SI	No	Acedía / Heartburn?	SI	No
Erupciones en la piel / Rashes?	SI	No	Ojos secos / Dry Eyes?	SI	No	Boca seca / Dry Mouth?	SI	No
Fotosensibilidad/Erupción en el sol?(Photosensitivity/Rash In Sun?)	SI	No	Cambio de color de la punta de los dedos en temperatura fría / Fingertip color change in cold temperature?	SI	No	Intolerancia a la temperatura / Temperature Intolerance?	SI	No
Espasmo muscular / dolor Muscle Spasm/Ache?	SI	No	Cambio en los hábitos intestinales / Change in Bowel Habits?	SI	No	Espasmo muscular / dolor Muscle Spasm/Ache?	SI	No

OTRO?

Dr. Ravi Bhalla, MD, FACR • Brady Nelson, PA • Iain Black, PA • Christina Foster, PA



### Cuestionario Demográfico Del Paciente

Por favor, tómese un momento para responder las preguntas del siguiente cuestionario. Usted tiene la opción de no responder. Estamos preguntando por su raza y etnia porque algunas personas tienen mayores riesgos de desarrollar ciertas enfermedades, como presión arterial alta, diabetes y enfermedades cardíacas. También es importante que conozcamos su idioma de preferencia para que su equipo de atención médica pueda comunicarse con claridad. Nuestro sistema de registro también nos permite documentar su género y orientación sexual para los pacientes que desean que esta información se documente. Entendemos que es posible que desee hablar con su médico directamente sobre este tema durante su visita al consultorio. Mantendremos esta información confidencial y actualizaremos su expediente médico. Esta información nos ayudará a continuar brindándole la mejor atención médica. ¡Gracias!

**Nombre completo del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Sírvase proporcionar la información que figura a continuación. Agradecemos enormemente su participación.**

**1. Raza / Etnia:**

- Blanco/caucásico
- Asiático
- Hawaiano nativo o isleño del Pacífico
- Eres de los pueblos originales/indígena
- Negro/ Africano
- Hispano/ Latino
- Otro
- Prefiere no responder

**2. Por favor, indique su idioma de preferencia:** \_\_\_\_\_

**3. Sexo:** \_\_\_Femenino \_\_\_Masculino

**4. Identidad de género:**

- Masculino
- Femenino
- Transgénero Masculino / Femenino a Masculino
- Transgénero Femenino / Masculino a Femenino
- Genderqueer, ni exclusivamente Masculino ni Femenino
- Otro
- Prefiere no responder

**5. Orientación sexual:** \_\_\_Heterosexual \_\_\_Gay \_\_\_Lesbiana \_\_\_Bisexual \_\_\_Otro  
\_\_\_ indefinido \_\_\_Prefiere no responder

*Dr. Ravi Bhalla, MD, FACR • Brady Nelson, PA • Iain Black, PA • Christina Foster, PA*



## Política De Responsabilidades Financieras Del Paciente

Nuestros médicos aprecian la confianza que ha demostrado al elegirlos para satisfacer sus necesidades de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle el mejor tratamiento disponible. El servicio que ha elegido implica una responsabilidad financiera de su parte. La responsabilidad le obliga a garantizar el pago completo de nuestro servicio. Todos los pacientes nuevos deben completar nuestro registro de pacientes, así como leer y firmar la política financiera antes de ver al médico.

Tenga en cuenta que su aseguranza medica es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Facturaremos su seguro en su nombre con la información que nos haya proporcionado. Asegúrese de notificar a nuestra oficina si hay algún cambio de su aseguranza medica en su plan. Solo le proporcionaremos servicios si los consideramos médicamente necesarios. Al brindarle el mejor tratamiento, cobraremos lo que sea habitual y habitual. Tenga en cuenta que su plan de seguro puede considerar nuestros servicios como servicios no cubiertos y / o no médicamente necesarios. Le ofreceremos nuestra asistencia en la negociación del pago del seguro para cualquier reclamo de disputa. Sin embargo, como nuestro paciente, usted es responsable del pago de todos los servicios prestados en nuestra oficina.

En el caso de que no tenga cobertura de seguro médico, se le considerará un paciente de autopago y responsable del pago de todos los servicios prestados en la fecha del servicio, a menos que se haya realizado un acuerdo de pago previo.

Todos los copagos y deducibles y / o coseguros se deben pagar antes del tratamiento. Entendemos que puede ser necesario que usted haga un plan de acuerdo financiero con nuestro departamento de facturación para deducibles y coseguros. Comuníquese con nuestro departamento de facturación al (623) 414-4053.

Si una cuenta se retrasa y se coloca en una agencia de cobranza externa, usted será responsable de todos los honorarios legales y de cobro.

Gracias por entender nuestra política financiera. Si tiene alguna pregunta o inquietud, nuestro departamento de facturación estará encantado de ayudarle.

He leído y entiendo esta política financiera. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar y beneficiarse directamente a Valley Arthritis Care, LLC. Estoy de acuerdo con esta política financiera y entiendo que seré responsable del pago de los servicios que se me proporcionen.

Imprimir nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_



**Gracias por elegir Valley Arthritis Care para satisfacer sus necesidades de atención médica. En un esfuerzo por servir a los pacientes, debemos usar nuestro tiempo de manera eficiente. Hemos implementado la siguiente política con respecto al tratamiento y los registros.**

**Publicación de registros médicos**

El paciente debe firmar una autorización para divulgar los registros médicos. El plazo asignado para que se publiquen los registros es de aproximadamente 7-10 días hábiles. En el caso de que un paciente solicite una copia de su archivo medico completo, esto puede tardar hasta 30 días.

**Formularios de discapacidad**

Algunos médicos requerirán que programe una cita para completar su **formulario** de **discapacidad**. Mientras que otros médicos no llenarán formularios de discapacidad en la visita del paciente. Consulte con el departamento de registros médicos antes de dejar cualquier formulario. Para los médicos que no requieren una cita, todos los formularios se entregarán al departamento de registros médicos y luego se dispersarán a su médico. Los médicos revisarán y completarán los formularios mensualmente. El paciente debe establecerse con el mismo médico por un mínimo de 1 año. si el médico determina que no puede proceder a completar el formulario, el médico puede recomendar al paciente que se someta a una evaluación de la capacidad funcional. No realizamos este tipo de evaluaciones. Las instalaciones que realizan este tipo de evaluación cobran una tarifa por sus servicios y deberá comunicarse con ellos directamente. Si elige realizar el tipo de evaluación, lleve esos resultados a su médico. Valley Arthritis Care cobrará una tarifa de \$50.00 por todos los formularios y cartas completados. Todas las tarifas deberán pagarse antes de recibir los formularios completados.

**Formularios de licencia de FMLA**

Antes de que el médico pueda completar un formulario FMLA, el paciente debe establecerse con el médico y al menos haber sido visto durante dos visitas. Los formularios FMLA pueden requerir una cita y / o ser llenados mensualmente. Por favor, traiga una descripción del trabajo de sus deberes diarios requeridos.

**Cancelación/No Presentación de Citas**

Entendemos que puede haber ocasiones en las que falte a una cita debido a emergencias de obligaciones con el trabajo o la familia.

Sin embargo, le instamos a que llame a nuestra oficina 24 horas antes de cancelar su cita. Si no llama a nuestra oficina para cancelar su cita, se considerará un no-show. Si no se presenta dos veces, es posible que lo den de alta de nuestra práctica.

**Consentimiento para el tratamiento**

En cada visita se le pedirá que revise su información. Por favor, haga los cambios necesarios en ese momento. Usted estará dando su consentimiento para el tratamiento que se considere necesario para su condición médica.

**Cambiar de médico dentro de la práctica**

Si tiene preferencia de un médico, debe informar a nuestros programadores antes de su primera visita. Haremos todo lo posible para satisfacer sus preferencias. La solicitud para cambiar de proveedor debe ser aprobada por los médicos y, en general, será negada. Habrá una excepción si se trata de una cuestión geográfica y/o barrera lingüística.

**Aviso de Práctica de Privacidad**

Por la presente, reconozco que se me ha presentado una copia del Aviso de práctica de privacidad de Valley Arthritis Care.

He leído y entiendo las políticas anteriores.

**Imprimir Nombre completo** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_



## **Aviso de práctica de privacidad y consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida.**

**Nombre completo del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos Derechos del Paciente con respecto a mi información de salud protegida.

Entiendo que Valley Arthritis Care, LLC puede usar o divulgar mi información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, lo que significa proporcionar atención médica para mí, el paciente; manejo de facturación y pago; y ocuparse de otras operaciones de atención de la salud. A menos que lo exija la ley, no habrá otros usos y divulgaciones de esta información sin mi autorización.

Valley Arthritis Care, LLC tiene un documento detallado llamado 'Aviso de prácticas de privacidad'. Contiene una descripción más completa de sus derechos a la privacidad y cómo usamos y divulgamos la información de salud protegida.

Entiendo que tengo derecho a leer el 'Aviso de Prácticas de Privacidad'.

Mi firma a continuación indica que se me ha dado la oportunidad de revisar dicha copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Mi firma significa que acepto permitir que Valley Arthritis Care, LLC use y divulgue mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Valley Arthritis Care, LLC haya tomado medidas para transmitir este consentimiento.

**Imprimir Nombre completo** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluidas las revisiones de nuestro Aviso en cualquier momento, comunicándose con Valley Arthritis Care, LLC 13943 N 91<sup>ST</sup> AVE BUILDING I, Peoria , AZ 85381.( 623) 815-2690

*Dr. Ravi Bhalla, MD, FACR • Brady Nelson, PA • Iain Black, PA • Christina Foster, PA*





Autorización para divulgar información de salud

Discutir/ Recoger información médica

Autorizo a Valley Arthritis Care a discutir mis registros de información de atención médica a las siguientes personas:

Table with 3 columns: NOMBRE COMPLETO, RELACIÓN CON EL PACIENTE, NÚMERO DE TELÉFONO

Tipos de información

Toda la información médica, incluidos, entre otros, los registros relacionados con exámenes, tratamientos, consultas, registros de facturación, radiografías e informes, DEXA, historial y hallazgos de laboratorio, informes de admisión y alta, registros de tratamiento, registros de diagnóstico y pronóstico, notas de enfermeras y médicos, y cualquier otra información no médica en mi archivo.

- RECOGIDA DE RECETAS.
RECOGIDA DE PEDIDOS PARA LABORATORIOS, RAYOS X, MRI, ETC..
RECOGIDA DE MUESTRAS DE MEDICAMENTOS.
SÓLO LOS SIGUIENTES TIPOS DE INFORMACIÓN.

Imprimir Nombre completo Fecha de nacimiento

Firma del paciente Fecha De Hoy:

Esta autorización seguirá siendo válida hasta que sea revocada (anulada) por mí por escrito o firmada en el cuadro a continuación. Deseo revocar esta autorización ya que parte o toda esta información es incorrecta o ya no es válida. Entiendo que no puedo hacer cambios a este formulario, pero puedo completar un nuevo formulario de autorización, doy permiso para que este formulario sea anulado. Imprimir Nombre completo: Fecha de Hoy: Firma Del paciente: Fecha de Hoy: Nombre del formulario de anulación del empleado:



AUTORIZACIÓN De Lanza Expedientes Medicos

Nombre completo del paciente: Fecha de nacimiento:

Dirección del paciente:

Número de teléfono:

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN EN MI REGISTRO DE ATENCIÓN MÉDICA:

De: Valley Arthritis Care, LLC

Para: Propio

Recogeré los registros cuando esté listo en MAIN SCW Envíe los registros por correo a la dirección del paciente indicada anteriormente.

Tipo de Information:

- Registros de pacientes de los últimos tres años de tratamiento.
Todos los registros médicos (Entiendo que esto requiere la aprobación del oficial de privacidad y puede tomar hasta 30 días.)
Registros médicos de: A
Registros específicos: (del año pasado) Billing Notas de oficina Laboratorios Radiografía Densidad de los huesos
Otro: por favor explique y proporcione las fechas:

Propósito: Solicitud del paciente Continuar con la atención médica Solicitud de abogado Otro

Entiendo que mis registros de salud pueden incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, inmunodeficiencia adquirida; (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Hepatitis C y otras enfermedades transmisibles, Atención de Salud conductual, Atención psiquiátrica y tratamiento del abuso de alcohol y / o drogas; mi firma autoriza la divulgación de dicha información. Puedo negarme a firmar esta autorización y entender que Valley Arthritis Care no condicionará ni negará el tratamiento al firmar esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en esta autorización, a menos que se revoque lo contrario, esta autorización se rige por un año.

Entiendo que una vez que se publique mi información, Valley Arthritis Care ya no podrá proteger esa información. Libero a Valley Arthritis Care y a sus empleados de cualquier responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de la información anterior. Entiendo que hay una tarifa administrativa asociada con la duplicación de mis registros. Espere de 7 a 10 días para cualquier duplicación de registros. Para la publicación de todos los registros médicos, por favor permita 30 días.

Firma del paciente Fecha De Hoy:



**VALLEY ARTHRITIS**  
CARE

**Peoria Office**  
13943 N. 91<sup>st</sup> Ave. Bldg. I, Peoria, AZ 85381

**Sun City West Office**  
13613 W Camino Del Sol #4, Sun City West, AZ 85375

## Aviso a todos los pacientes:

Debido a todos los diversos planes de seguro HMO y PPO y sus requisitos individuales con respecto a los pagos, la certificación previa y las reclamaciones, solicitamos que todos los pacientes busquen toda la información necesaria y proporcionen esa información al personal de la oficina.

Los pacientes son responsables de hacer un seguimiento de una autorización y referencias para su visita al consultorio y procedimientos. Si sus autorizaciones o referencias deben provenir de su médico de atención primaria, por favor déles al menos un aviso de diez días. Si su autorización o referencia no se ha recibido un día antes de la hora programada de la cita, la cita puede ser reprogramada.

Siempre hemos presentado y continuaremos presentando reclamos para el paciente, pero el paciente debe compartir la misma responsabilidad de obtener y dar al médico y a la compañía de seguros la información necesaria para procesar y recibir el pago dentro de un período de tiempo razonable. Por lo tanto, solicitamos su cooperación, para que podamos servirle mejor y brindarle la atención médica adecuada que merece.

Gracias, agradecemos su ayuda.

*Dr. Ravi Bhalla, MD, FACR • Brady Nelson, PA • Iain Black, PA • Christina Foster, PA*

Phone (623) 815-2690 • Fax (623) 815-2689 • [www.valleyarthritiscare.com](http://www.valleyarthritiscare.com)



**VALLEY ARTHRITIS**  
CARE

**Peoria Office**  
13943 N. 91<sup>st</sup> Ave. Bldg. I, Peoria, AZ 85381

**Sun City West Office**  
13613 W Camino Del Sol #4, Sun City West, AZ 85375

## Servicios en línea para pacientes

Como sabes, pocas cosas en la vida importan más que tu salud y la salud de tus seres queridos... ahora hay una nueva forma de gestionar lo que es más importante.

### En MyHealthRecord.com, puedes:

- Envíe mensajes de forma segura a su equipo de atención
- Revisar citas
- Solicitar resurtidos de recetas o ver la lista de medicamentos
- Ver resultados de laboratorio y notas de resumen
- Envíe sus registros a otros proveedores de atención médica
- Reciba mensajes seguros de su proveedor con respecto a los resultados.
- Realizar pagos de facturación

### Crear una cuenta es rápido y fácil:

- Pídale a un miembro del personal que le envíe por correo electrónico un enlace de registro.
- Abrir enlace
- Responda algunas preguntas de verificación de datos
- Visita MyHealthRecord.com para iniciar sesión



*Dr. Ravi Bhalla, MD, FACR • Brady Nelson, PA • Iain Black, PA • Christina Foster, PA*

Phone (623) 815-2690 • Fax (623) 815-2689 • [www.valleyarthritiscare.com](http://www.valleyarthritiscare.com)