



GARD WELLNESS SOLUTIONS

8132 Okeechobee Blvd, Suite A
West Palm Beach, FL 33411
561.585.9619

Original Date:
Dates Revised:

Cuestionario de Historia de Salud

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y se convertirá en parte de su registro médico.

Nombre (apellido, primer, inicial del medio): Name (Last, First, M.I.)		<input type="checkbox"/> Masculino/M <input type="checkbox"/> Hembra/F	Fecha de Nacimiento/ D.O.B.
Estado Civil / Marital Status:	<input type="checkbox"/> Soltero/Single <input type="checkbox"/> Separado/Separated	<input type="checkbox"/> Asociado/Partnered <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorced	<input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Viudo/Widowed
Dirección (Calle, Ciudad, código postal) Street Address (Street/City/Zip Code)			
Número de teléfono: Telephone #:	Altura: Height:	Email:	
Motivo de la visita de hoy/Reason for Today's Visit:			

¿Tiene seguro de medicamentos recetados? / Prescription Insurance : Sí No

Médico anterior o de referencia:
Previous or referring doctor:

Fecha del último examen físico:
Date of last physical exam:

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

¿Tiene, o tenía, alguna de las siguientes?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tos Crónica/Chronic Recurrent Cough | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón/
Heart Attack | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple/ M.S. |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Anxiety | <input type="checkbox"/> Pólipos de colon/Colon Polyps | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Jaundice | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Arthritis | <input type="checkbox"/> Diabetes Type 1 / Edad de iniciot: _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto/
High Cholesterol | <input type="checkbox"/> Neumonía/Pneumonia |
| <input type="checkbox"/> Asma/Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes Type 2 / Edad de iniciot: _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión/Hypertension | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide/
Rheumatoid Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda/
Back Problems | <input type="checkbox"/> Diálisis/Dialysis (Kidney Failure) | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo/Hyperthyroid | <input type="checkbox"/> Problemas Sinusales/
Sinus Problems |
| <input type="checkbox"/> Infusiones de sangre/
Blood Infusions | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Hipotiroideo/Hypothyroid | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
Sexually Transmitted Disease |
| <input type="checkbox"/> Problemas Intestinales/ | <input type="checkbox"/> Emfisema/Emphysema | <input type="checkbox"/> Cálculos Renales/Kidney Stones | <input type="checkbox"/> Carrera/ Stroke |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma Cerebral /
Brain Aneurysm | <input type="checkbox"/> Sangrado intestinal gástrico/
Gastric Intestinal Bleed | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Úlceras/Ulcers |
| <input type="checkbox"/> C.O.P.D. | | <input type="checkbox"/> Desorden de Animo/
Mood Disorder | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: <input type="checkbox"/> Pecho/Breast | <input type="checkbox"/> Colon | <input type="checkbox"/> Pulmón/ Lung | <input type="checkbox"/> Postrado/ Prostate |

Nombrar la Droga/Name the Drug	Fuerza/ Strength	Frecuencia tomada/ Frequency Taken
Alergias a medicamentos/ Allergies to medications		
Nombrar la Droga/ Name the Drug	Reacción que tuviste/Reaction You Had	
SALUD MENTAL/MENTAL HEALTH		
¿El estrés es un problema importante para ti?/ Is stress a major problem for you?	<input type="checkbox"/>	Sí
Te sientes deprimido/Do you feel depressed?	<input type="checkbox"/>	Sí
¿Se asusta cuando está estresado? / Do you panic when stressed?	<input type="checkbox"/>	Sí
¿Tiene problemas para comer o apetito? / Do you have problems with eating or your appetite?	<input type="checkbox"/>	Sí
¿Lloras frecuentemente?/ Do you cry frequently?	<input type="checkbox"/>	Sí
¿Alguna vez has intentado suicidarte? / Have you ever attempted suicide?	<input type="checkbox"/>	Sí
¿Alguna vez pensaste seriamente en hacerte daño? Have you ever seriously thought about hurting yourself?	<input type="checkbox"/>	Sí
Tienes problemas durmiendo? / Do you have trouble sleeping?	<input type="checkbox"/>	Sí
¿Alguna vez has estado con un consejero? / Have you ever been to a counselor?	<input type="checkbox"/>	Sí

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR/FAMILY HEALTH HISTORY

	Años /AGE	PROBLEMAS SIGNIFICATIVOS DE SALUD/ SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS	Años /AGE	PROBLEMAS SIGNIFICATIVOS DE SALUD/ SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS
Padre/Father			Niños/ Children	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
Madre/ Mother				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
Hermano/ Sibling	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H		Abuela/ Grandmother <i>Materno/ Paternal</i>	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H		Abuelo/ Grandfather <i>Materno/ Paternal</i>	

Fecha de la última menstruación/Date of last menstruation: _____

Cantidad de embarazos/Number of pregnancies _____ Número de nacidos vivos/Number of live births _____

Estás embarazada o amamantando/
Are you pregnant or breastfeeding? Sí No

Fecha de la última prueba de papanicolaou y del recto:
Date of last pap and rectal exam: _____

SOLO HOMBRES/ MEN ONLY

¿Usualmente te levantas para orinar durante la noche?
Do you usually get up to urinate during the night? Sí No

Si es así, numero de veces/ If yes, # of times: _____

¿Sientes dolor o ardor al orinar?/Do you feel pain or burning with urination? Sí No

¿Tiene algún problema para vaciar completamente la vejiga?
Do you have any problems emptying your bladder completely? Sí No

Fecha del último examen rectal y de próstata: / Date of last prostate and rectal exam: _____

SOLO PARA PACIENTES CON PERDIDA DE PESOS/ FOR WEIGHT LOSS PATIENTS ONLY

Historial de Peso/Weight History:

¿Cuándo llegaste a tener sobrepeso? / When did you become overweight?

Infancia/Childhood Adolescente/Teen Edad Adulta/Adulthood El Embarazo/Pregnancy Menopausia/Menopause

¿Alguna vez ganó más de 20 libras en 3 meses?

Did you ever gain more than 20 pounds in less than 3 months? Sí/No

Si es así, ¿cuánto tiempo atrás? / If Yes, how long ago?

Disparadores para su aumento de peso (Marque todos los que correspondan)/Triggers for your weight gain (check all that apply):

Stress /Estrés Matrimonio/Marriage Divorcio/Divorce Enfermedad/Illness Abuso de medicación/Medication abuse
 Viajar/Travel Lesión/Injury Trabajo Nocturno/Nightshift work Insomnio/Insomnia
 Dejar/Quitting (marque todos los que correspondan/circle all that apply): De Fumar/Smoking Alcohol Drogas/ Drugs

¿Cuáles son tus mayores desafíos con la dieta? What are your greatest challenges with dieting?

SOLO PARA PACIENTES CON PERDIDA DE PESOS/ FOR WEIGHT LOSS PATIENTS ONLY

¿Alguna vez ha tomado medicamentos para perder peso?(Marque todos los que correspondan)
Have you ever taken medication to lose weight? (check all that apply)

- Phentermine (Adipex) Meridia Xenecal/Alli Phen/Fen
Phendimetrazine (Bontril) Topamax Saxenda Diethylpropion
Bupropion (Wellbutrin) Belviq Qsymia Contrave Other:

¿Qué funcionó? / What worked?

¿Qué no funcionó? / What didn't work?

¿Por qué o por qué no?
Why or Why not?

Historia Nutricional / Nutritional History:

Cantidad de veces a la semana que come comida rápida:
Number of times a week you eat fast food: Desayuno/Breakfast_____ Almuerzo/Lunch_____ Cena/Dinner_____

Comiendo Disparadores (Marque todos los que correspondan)/Eating Triggers (check all that apply):

- Estrés/Stress Aburrimiento/Boredom Enfado/Anger Buscando Recompensa/Seeking Reward
Fiestas/Parties Comer Fuera/Eating Out Comida rápida/Fast Food Otro/Other:

Los Antojos de Alimentos(Marque todos los que correspondan)/ Food Cravings (check all that apply):

- Azúcar/Sugar Chocolate Almidones/Starches Salado/Salty Rica en Grasas/High Fat
Porciones Grandes/Large Portions Comidas Favoritas/Favorite Foods:



GARD WELLNESS SOLUTIONS

Yo _____, autorizo a Bryan L. Gard, PA-C y a los proveedores de atención médica asociados, para que me ayuden en mis esfuerzos de reducción de peso. Entiendo que mi programa puede consistir en una dieta de déficit balanceado, un programa regular de ejercicios, instrucción sobre técnicas de modificación de comportamiento, y puede involucrar el uso de medicamentos anti-obesidad. Otras opciones de tratamiento pueden incluir una dieta muy baja en calorías o una dieta suplementada con proteínas. Además, entiendo que si se usan medicamentos, se han utilizado con seguridad y con éxito en las prácticas médicas privadas con especialistas experimentados en medicina de la obesidad, así como en los centros académicos por períodos superiores a los recomendados en el producto literatura.

Entiendo que cualquier tratamiento médico puede implicar riesgos, así como los beneficios propuestos. También entiendo que hay ciertos riesgos para la salud asociados con el exceso de peso o la obesidad. Los riesgos de este programa son generalmente temporales, reversibles, y pueden incluir pero no se limitan al nerviosismo, insomnio, dolores de cabeza, anormalidades del electrólito, boca seca, disturbios gastrointestinales, debilidad, fatiga, pancreatitis, psicológica problemas, cálculos biliares, presión arterial alta, rapidez o ralentización del latido cardíaco y las irregularidades cardíacas, y riesgo de recuperación de peso. Estos y otros posibles riesgos podrían, en ocasiones, ser graves o incluso fatales. Los riesgos asociados con el sobrepeso restante son la presión arterial alta, la diabetes, el ataque cardíaco y las enfermedades cardíacas, la artritis de las articulaciones, incluyendo las caderas, las rodillas, los pies y la espalda, la apnea del sueño y la muerte súbita. Entiendo que estos riesgos pueden ser modestos si no soy significativamente sobrepeso, pero aumentará con aumento de peso adicional con el tiempo.

Entiendo que gran parte del éxito del programa dependerá de mis esfuerzos y que no hay garantías de que el programa tendrá éxito. También entiendo que la obesidad es una afección crónica y de por vida que puede requerir cambios en los hábitos alimenticios y cambios permanentes en el comportamiento para ser tratados con éxito.

He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento y se me ha explicado completamente. Mis preguntas han sido respondidas a mi completa satisfacción.

Nombre del Paciente (impreso)

Fecha

Firma del Paciente

(o firma de la persona con autoridad para dar su consentimiento al paciente)

Formulario de Consentimiento del Paciente

Atención Médica Centrada en el Paciente

Nuestra meta es ser su socio con usted en su salud y ofrecerle cuidado de calidad. Es nuestro objetivo proporcionar este tipo de cuidado y coordinar su salud en todos los ajustes que usted puede elegir para recibir. Para ser más eficaz, necesitamos que usted tome un papel activo en su salud. Es su responsabilidad proporcionar un historial médico completo, así como cualquier información acerca de la atención que usted recibe fuera de nuestra práctica. Por favor mantenga a su proveedor informado de nuevos medicamentos, alergias, hospitalizaciones, visitas especiales, resultados de exámenes y vacunas. También tratamos la mente, el cuerpo y el alma. La oración puede ser ofrecida. GFMP no garantiza la curación o se responsabiliza de cualquier ocurrencia sobrenatural que pueda ocurrir.

Portal del Paciente

Te ofrecemos acceso a tu propio portal web personal donde podrás obtener tus registros y contactar con la oficina. El portal se puede utilizar para mensajear a su proveedor, solicitar referencias y citas, y administrar sus recetas. Este portal no es para asuntos urgentes, los mensajes enviados a través del portal no serán comprobados hasta el próximo día hábil.

Prescripciones

Con el fin de mantener sus registros precisos y evitar las interacciones potencialmente dañinas para las drogas, es posible que necesitemos verificar sus medicamentos a través de una base de datos externa o con su farmacéutico. Esto le permitirá a su proveedor saber qué medicamentos le han recetado a otros doctores o hospitales.

Resultados de Laboratorio y Pruebas

Los resultados de laboratorio o las pruebas ordenadas en su visita pueden requerir una cita adicional de seguimiento con su proveedor para discutir los resultados. Los laboratorios sensibles, como las pruebas de VIH, siempre requerirán un seguimiento con su proveedor.

Nuestras Prácticas de Privacidad

En el curso de la prestación de asistencia sanitaria, podemos utilizar y revelar su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento en nuestro centro de atención médica, o para los propósitos que son permitidos o requeridos por la ley. La información de salud protegida es información sobre usted, que incluye su información demográfica que puede ser necesaria para ayudar a identificarle y cualquier condición de salud pasada, presente o futura que pueda surgir.

Algunas de las formas de información podrían ser utilizadas:

Recordatorios de la cita	Donaciones de órganos y tejidos
Discuta las alternativas de tratamiento	Militares y veteranos
Éxito del tratamiento clínico y testimonios escritos/video	Compensación al trabajador
Beneficios y servicios relacionados con la salud	Registros de salud pública
Personas involucradas en el cuidado del paciente	Pleitos y conflictos
Ensayos clínicos forenses	Examinadores médicos
Directores funerarios	Aplicación de la ley de salud o seguridad.
Agencias de seguridad e inteligencia nacionales	Internos

Según lo requerido por la ley: para evitar una amenaza seria

Otros usos de la información no cubiertos por las leyes que se aplican a nosotros o nuestras prácticas de privacidad se harán sólo con el permiso escrito del paciente.

Para la Pérdida de Peso del Paciente:

Reglas Para el Uso de Medicamentos Contra el Control de la Obesidad

He leído a través de las reglas de los medicamentos controlados contra la obesidad y he entendido y aceptado los términos de uso de la medicación. Es mi responsabilidad seguir las instrucciones cuidadosamente.

Firma del Paciente

Fecha

Consentimiento Para Dejar Mensajes Telefónicos

Entiendo que como parte de mi salud, la práctica médica familiar de Gard (GFMP) puede necesitar contactarme por teléfono.

Yo les autorizo a dejar un mensaje en mi teléfono de casa, teléfono celular, con respecto a pruebas de laboratorio/resultados y estudios de imagen. **Sin embargo, entiendo que la información sensible y o los resultados que requerirán el seguimiento de la medicación o la discusión requerirán que yo haga una cita con el médico.**

No les autorizo a dejar un mensaje en mi teléfono (casa o celda) con respecto a cualquier tipo de resultados de prueba. **Aceptaré la responsabilidad de concertar una cita con el médico para obtener resultados.**

Por la presente doy mi consentimiento a mi proveedor de cuidado de la salud para discutir o liberar mi información de atención médica privada a (es decir: cónyuge, padre, cuidador):

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Por la presente consiento que no voy a utilizar ningún dispositivo de grabación de voz o imagen en la premisa de GFMP, esto incluye elementos como cámaras, grabadoras de voz, teléfonos y gafas de Google.

Responsabilidad Financiera

La siguiente información proporcionada es hacer claras las responsabilidades financieras del paciente y ayudar con cualquier malentendido sobre el pago de los servicios.

No aceptamos seguro, por lo que se considera auto-pago. Esto significa que el pago se vence en el momento en que se presta el servicio.

Referencias

Por favor, permita 3 días hábiles a partir de la fecha solicitada.

Laboratorios

Tenga en cuenta que cualquier análisis de sangre o patología se facturará por separado de una visita a la oficina. Estos serán directamente facturados por la compañía de laboratorio.

Exoneración de Responsabilidad

Mi firma confirma mis responsabilidades como paciente y mi comprensión de las políticas y procedimientos de las prácticas médicas de la familia Gard presentados en mi paquete de registro. La práctica médica de la familia Gard no lleva seguro por negligencia. Asumo todos los riesgos asociados con el tratamiento y la atención en la práctica médica de la familia Gard (GFMP) y por la presente liberan, absuelven y acuerdan mantener inofensivos a GFMP o a cualquiera de sus empleados. Tampoco se responsabilizará económicamente a ninguno de los empleados, ni se responsabilizará legalmente de ninguna lesión, pérdida, daño, enfermedad o muerte atribuida a circunstancias imprevistas que estén fuera de su control o que puedan surgir de mi incapacidad de seguir al general instrucciones y directrices.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre de la impresión