

FORMA DE PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Primer Nombre		Apellido	Segundo Nombre
Dirección		Ciudad	Código Postal
Teléfono de Casa ()	Teléfono de Trabajo ()		Teléfono de Celular ()
Preferencia de Contacto ☐ Teléfono de Casa ☐ Teléfono de Trabajo ☐ Teléfono de Celular		¿Podemos dejar un mensaje sobre el cuidado medico y resultados de laboratorio? ☐ Si ☐ No	
Dirección de Correo Electrónico		Número de Seguro Social	Género Hombre ☐ Mujer ☐
Estado Civil ☐ Casado (a) ☐ Soltero (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a)		Raza ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Africano Americano ☐ Blanco ☐ Hawaiano/Isleño del pacífico ☐ Mas de uno	Ethnicity ☐ Hispano/Ascendencia Latina ☐ No-Hispano/Ascendencia Latina
Médico de Atención Primaria		Médico de Referencia	
La razón de su visita de hoy			
Otros médicos involucrados en su cuidado			
Nombre de la Farmacia	Dirección de la Farmacia		Teléfono de la farmacia ()
Ocupación		Empleador	
Contacto de Emergencia	Teléfono de Contacto de Emergencia ()	Relación con el Paciente	

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA ☐ No divulgar mi información a nadie		
Nombre	Teléfono ()	Relación
Nombre	Teléfono ()	Relación

INFORMACIÓN DE SEGUROS		
Compañía de Seguros Primaria		Dirección de la Compañía de Seguros
Nombre del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	Empleador del Titular de la Póliza
Número de Identificación		Grupo/Número de Póliza
Compañía de Seguros Secundaria		Dirección de la Compañía de Seguros
Nombre del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	Empleador del Titular de la Póliza
Número de Identificación		Grupo/Número de Póliza

ANTECEDENTES MÉDICOS (Marque todo lo que corresponda; incluir las fechas pertinentes)

Riñones /Vejiga /Próstata

- ☐ Infecciones de Tracto Urinario (>2-3/año)
- ☐ Episodios de Pielonefritis (Infección Renal)
- ☐ Cálculos Renales
- ☐ Próstata Agrandada
- ☐ Antecedentes de Insuficiencia Renal Aguda, Fecha: _____
- ☐ Sangre en la Orina, Fecha: _____
- ☐ Proteína en la Orina, Fecha: _____
- ☐ Incontinencia
- ☐ Overactive Bladder
- ☐ Quistes Renales / Riñones Poliquísticos

Cabeza, Oídos, Nariz, Garganta

- ☐ Pérdida de Audición
- ☐ Pérdida de Visión
- ☐ Glaucoma
- ☐ Cataratas
- ☐ Degeneración Macular
- ☐ Ojos Excesivamente Secos
- ☐ Sangrado de Nariz
- ☐ Congestión Nasal/Alergias
- ☐ Dolores de Cabeza
- ☐ Traumatismo Craneal

Cardiovascular

- ☐ Hipertensión, Año de Diagnóstico: _____
- ☐ Enfermedad de la Arteria Coronaria
- ☐ Infarto de Miocardio (Ataque al Corazón), Fecha: _____
- ☐ Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- ☐ Fibrilación Auricular
- ☐ Arritmias Ventriculares
- ☐ Marcapasos/Colocación de Desfibrilador
- ☐ Enfermedad Vascular Periférica (mala circulación en las piernas)
- ☐ Enfermedad Valvular:
 - ☐ Aórtica ☐ Mitral ☐ Tricúspide ☐ Pulmonar
- ☐ Edema (Hinchazón)
- ☐ Aneurisma

Pulmones

- ☐ Emfisema/Bronquitis/EPOC ☐ Asma
- ☐ Tuberculosis ☐ Hipertensión Pulmonar

Desórdenes Endocrinos y Glandulares

- ☐ Diabetes Mellitus, Tipo: I ☐ II ☐
Año de Diagnóstico: _____
- ☐ Tiroides Poco Activa ☐ Tiroides Hiperactiva
- ☐ Colesterol Alto ☐ Obesidad

Gastrointestinal

- ☐ Úlcera Estomacal
- ☐ Reflujo Ácido/Acidez
- ☐ Diverticulosis/Diverticulitis
- ☐ Sangrado Gastrointestinal
- ☐ Enfermedad de Hígado/Cirrosis
- ☐ Hepatitis A ☐ B ☐ C ☐ /Ictericia
- ☐ Pancreatitis
- ☐ Pólipos de Colon
- ☐ Hemorroides

Sangre y Oncología

- ☐ Cáncer/Tumor, Ubicación: _____
Fecha: _____
Quimioterapia? Si ☐ No ☐, Radiación? Si ☐ No ☐
- ☐ Coágulos de Sangre
- ☐ Anemia
- ☐ Transfusión de Sangre
- ☐ Trastorno Hemorrágico
- ☐ Trombocitopenia
- ☐ Leucemia /Linfoma

Desórdenes Musculoesqueléticos

- ☐ Artritis: ☐ Osteoartritis ☐ Reumatoide
- ☐ Lupus
- ☐ Gota
- ☐ Dolor Lumbar
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Uso de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINE)

Problemas de la Piel

- ☐ Psoriasis
- ☐ Piel Reseca
- ☐ Úlceras en la Piel

Neurológico / Psiquiátrico

- ☐ Convulsiones
- ☐ Ataques Cerebrales
- ☐ AIT (Mini Derrames Cerebrales)
- ☐ Migrañas
- ☐ Temblor
- ☐ Neuropatía
- ☐ Vértigo
- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad o Ataques de Pánico
- ☐ Trastorno Bipolar
- ☐ Consumo de Alcohol en Exceso/Alcoholismo
- ☐ Uso de Drogas Ilegales

(Marque todo lo que corresponda y proporcione fechas cuando sea posible)

- ☐ Colectistectomía (Extirpación de la Vesícula)
☐ Apendicectomía
☐ Amigdalectomía /Adenoidectomía
☐ Reducción de fractura
☐ Histerectomía
☐ Mastectomía Izquierda ☐ Derecha ☐
☐ Extracción de catarata Izquierda ☐ Derecha ☐
☐ Otro (el tipo y fecha)_____

☐ Derivación de la Arteria Coronaria:
 El Vaso 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐
☐ Circunvalación de la Pierna Izquierda ☐ Derecha ☐
☐ Colectomía Parcial ☐ Total ☐
☐ Reparación de Hernia: Inguinal☐
 Izquierda☐ Derecha☐; Incisional☐, Ventral ☐

Nombre del Medicamento	Descripción de la Reacción o Síntomas Acompañantes

Por favor enumere todas las recetas actuales y medicamentos de venta libre (OTC) que esté tomando actualmente o incluir una copia de la lista de sus medicamentos. Incluya hormonas, píldoras anticonceptivas, vitaminas, suplementos, calcio y auxiliares dietéticos especiales. También incluya medicamentos que hayan sido descontinuados en los últimos 3 meses y la fecha se suspendió.

[illegible]

HISTORIA FAMILIAR

Familiar	Vivo	Edad o Edad de Fallecimiento	Lista de enfermedades y / o causas de fallecimiento
Madre	S ☐ N ☐		
Padre	S ☐ N ☐		
# Hermano ☐ Hermana ☐ Hijo(a) ☐	S ☐ N ☐		
# Hermano ☐ Hermana ☐ Hijo(a) ☐	S ☐ N ☐		
# Hermano ☐ Hermana ☐ Hijo(a) ☐	S ☐ N ☐		
# Hermano ☐ Hermana ☐ Hijo(a) ☐	S ☐ N ☐		
# Hermano ☐ Hermana ☐ Hijo(a) ☐	S ☐ N ☐		
# Hermano ☐ Hermana ☐ Hijo(a) ☐	S ☐ N ☐		
# Hermano ☐ Hermana ☐ Hijo(a) ☐	S ☐ N ☐		

HISTORIA SOCIAL

Ocupación Actual: _____

El Empleador: _____ Horas trabajadas por semana: _____

Ocupación previa: _____

¿Está incapacitado? Si ☐ No ☐ Si es así, fecha y por qué: _____

Nivel de Educación Completado: _____

Estado Civil: Casado (a) ☐ Soltero(a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a) ☐

¿Con quien vive? _____

¿Bebe alcohol? Si ☐ No ☐ Si es así, ¿qué bebe? Cerveza ☐ Vino ☐ Licor ☐,
En promedio, ¿cuántas bebidas toma por semana? _____

¿Ha dejado de beber? Si ☐ No ☐ Si es así, ¿cuándo renunció? _____ En promedio, ¿cuántas bebidas tomaba por semana? _____

¿Fuma? Si ☐ No ☐ Si es así, ¿cuántas cajetillas /día? _____

¿Ha dejado de fumar? Si ☐ No ☐ Si es así, ¿cuántas cajetillas /día? _____ Edad que comenzó _____ Edad que lo dejó _____

¿Fuma o fumo alguna vez cigarros, pipas o masco tabaco? Si ☐ No ☐

¿Usó o alguna vez usó drogas ilegales? (Cocaína, Marihuana, LSD, Ácido, Drogas IV, etc.)? Si ☐ No ☐

¿Bebe café o refrescos con cafeína con frecuencia? (< 2 al día)? Si ☐ No ☐ Si es así, ¿cuántos cada día? _____

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

☐ Colonoscopia, Fecha: _____ ☐ Mamografía, Fecha: _____

☐ Vacuna contra la gripe, Fecha: _____ ☐ Vacuna contra la neumonía, Fecha: _____

Vacuna para el COVID 19

REVISIÓN DE SÍNTOMAS (marque todo lo que corresponda, aclarar a continuación si es necesario)

General

- ☐ Fiebre
- ☐ Resfriado
- ☐ Fatiga
- ☐ Aumento de Peso/Pérdida (> 10 lbs.)
- ☐ Hospitalización Reciente
- ☐ Enfermedad Reciente
- ☐ Poco Apetito

Piel

- ☐ Salpullido
- ☐ Comezon Excesiva
- ☐ Úlceras en la Piel
- ☐ Cambios de Color en la Piel
- ☐ Sudoración Excesiva

Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta

- ☐ Dolores de Cabeza
- ☐ Visión Borrosa
- ☐ Cambio Repentino en la Visión
- ☐ Ojos Excesivamente Secos
- ☐ Sangrado de Nariz Frecuente
- ☐ Congestión Nasal Recurrente
- ☐ Úlceras en la Boca/Labios
- ☐ Boca Seca

Cuello

- ☐ Masa en el Cuello
- ☐ Cuello Inflamado
- ☐ Glándulas Inflamadas

Pulmones

- ☐ Dificultad para Respirar
- ☐ Jadeos
- ☐ Tos Crónica
- ☐ Mucosidad con Sangre

Corazón

- ☐ Dolor de Pecho
- ☐ Inflamación de Pies
- ☐ Latido de Corazón Irregular
- ☐ Calambres en las Piernas con Caminar
- ☐ Soplos Cardíacos
- ☐ Desmayos o Pérdida de Conciencia
- ☐ Alta Presion Sanguinea
- ☐ Presión Sanguínea Excesivamente Baja
- ☐ Stent de Corazón
- ☐ Marcapasos
- ☐ Despierta en la Noche Sin Aliento
- ☐ Falta de Aliento Tendido en Cama

Estómago/Intestino

- ☐ Dolor Abdominal
- ☐ Sangre en Heces
- ☐ Heces Alquitranadas Negras
- ☐ Náuseas y/o Vómitos
- ☐ Diarrea
- ☐ Acidez Estomacal Frecuente
- ☐ Ictericia
- ☐ Pólipos

Riñones/Vejiga

- ☐ Sangre en la Orina
- ☐ Urgencia o Vejiga Hiperactiva
- ☐ Ardor o Dolor al Orinar
- ☐ Orinar con Frecuencia (más de usual)
- ☐ Dolor en el Costado
- ☐ Dificultad para Comenzar o Vaciado Incompleto
- ☐ Incontinencia
- ☐ Evacuación Urinaria Frecuente de Noche
- ☐ Orina Espumosa

Hombres

- ☐ Problemas de Erección
- ☐ Sistema Urinario Flojo o Débil

Mujeres

- ☐ Bulto o Masa en el Seno
- ☐ Secreción de Pezón
- ☐ Sangrado Menstrual Excesivo

Músculos/Articulaciones/Huesos

- ☐ Ataques Frecuentes de Gota
- ☐ Dolor en las Articulaciones
- ☐ Rigidez Articular
- ☐ Inflamación de Articulaciones
- ☐ Dolor Muscular
- ☐ Debilidad Muscular

Nervios/Cerebro

- ☐ Entumecimiento o Hormigueo
- ☐ Mareos o Vértigo
- ☐ Convulsiones
- ☐ Sacudidas o Temblores
- ☐ Pérdida de Memoria
- ☐ Problemas de Equilibrio/Caídas

Psiquiátrico

- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Insomnio/Problemas para dormir

Endocrino/Glándulas

- ☐ Problemas de Tiroide
- ☐ Intolerancia al Frío
- ☐ Intolerancia al Calor
- ☐ Sed excesiva

Sangre/Ganglios linfáticos

- ☐ Anemia/Bajo Conteo de Sangre
- ☐ Moretones con facilidad
- ☐ Sangra con Facilidad
- ☐ Nodos Linfáticos Agrandados

Explicación: _____



FORMA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA	INICIALES
Autorizo a San Antonio Kidney para la liberación o divulgación de toda información médica protegida acerca de mí para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica.	

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO	INICIALES
Autorizo a los proveedores de cuidado de la salud en San Antonio Kidney que pueden realizar un examen físico y otorgar me (o el paciente que representó) cualquier tratamiento médico que se considere necesario	

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO	INICIALES
Entiendo que soy el responsable en última instancia del pago de mi cuenta. Entiendo que es mi responsabilidad de proveer información de mi aseguradora, e incluir cualquier cambio a San Antonio Kidney. Entiendo que soy responsable por cualquier remisión o autorización que mi aseguradora pueda requerir y por cualquier cargo no cubierto por mi aseguradora, al incluir los co-pagos, deducibles y coseguro. Autorizo el pago de beneficios que sean pagados directamente a San Antonio Kidney. Entiendo que soy responsable financiero de cualquier balance y cargo no cubierto por esta asignación.	

AVISO DE PRIVACIDAD	INICIALES
Reconozco que San Antonio Kidney me ha facilitado una copia del Aviso de Privacidad en la cual explica como mi información de salud protegida (PHI) puede ser usada o liberada.	

Escribir Nombre de Paciente

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha



SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE REGISTROS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Primer Nombre	Apellido	Segundo Nombre	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Direccion		Ciudad	Estado	Codigo Postal

Por la presente autorizo y solicito que el siguiente Médico /Centro de salud libere los siguientes artículos marcados a San Antonio Kidney:

- ☐ Mi registro medico completo
- ☐ Registro médico solo del periodo de _____ a _____
- ☐ Registro medico en relación con la siguiente condición(es) _____

Firma de Paciente

Fecha

LIBERACIÓN DE REGISTROS DE PARTE DE:			
Médico/Establecimiento			
Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de Telefono ()	Numero de Fax ()		

LIBERACIÓN DE REGISTROS PARA: San Antonio Kidney

☐ 102 Palo Alto Rd, Ste 200	San Antonio	TX	78211	P (210) 403-0765	F (210) 547-9270
☐ 1410 E. Walnut St	Seguin	TX	78155	P (830) 549-5022	F (830) 433-4460
☐ 222 Sidney Baker South, Ste 208	Kerrville	TX	78028	P (830) 896-7607	F (830) 896-8482
☐ 2391 NE Loop 401, Ste	San Antonio	TX	78217	P (210) 654-7326	F (210) 590-8232
☐ 2660 E. Common St, Ste 201	New Braunfels	TX	78130	P (830) 620-4650	F (830) 620-4657
☐ 2902 Goliad Rd, Ste 103	San Antonio	TX	78223	P (210) 337-4911	F (210) 337-7749
☐ 400 Baltimore	San Antonio	TX	78215	P (210) 228-0743	F (210) 228-9749
☐ 495 10 th Street, Ste 102	Floresville	TX	78114	P (830) 216-2606	F (830) 216-4037
☐ 18707 Hardy Oak Blvd, Ste 530	San Antonio	TX	78258	P (210) 495-8280	F (210) 481-3116
☐ 4330 Medical Dr, Suite 105	San Antonio	TX	78229	P (210) 692-7228	F (210) 692-9671
☐ 10010 Rogers Crossing, Ste 210	San Antonio	TX	78251	P (210) 549-3524	F (210) 549-3526

Por favor envíe el consentimiento firmado a: Fax – (210) 481-7453, Correo Electrónico – medicalrecords@sakdc.com, o
Enviar a; San Antonio Kidney, 7142 San Pedro Ave., Ste. 120, San Antonio, TX 78216

San Antonio Kidney Consentimiento de Telemedicina

Nombre del Paciente: _____

Número de Cuenta: _____

Fecha de Nacimiento: _____

I. Introducción. Telemedicina implica una evaluación en tiempo real, diagnóstico, consulta, y el tratamiento de una condición de salud utilizando la tecnología avanzada de telecomunicaciones, que puede incluir el uso de audio interactivo, vídeo, u otros medios electrónicos. Como tal, la telemedicina le permite al proveedor ver y comunicarse con el paciente en tiempo real.

II. Consentimiento para Tratamiento. Solicito voluntariamente que el(os) proveedor(es) de San Antonio Kidney ya sean Médicos, Enfermeros, y otros proveedores de atención médica que consideren necesario participar en mi atención médica a través del uso de la telemedicina.

Entiendo que los proveedores de San Antonio Kidney (i) pueden ejercer en un lugar diferente al que me encuentro para recibir atención médica, (ii) pueden no tener la oportunidad de realizar un examen físico en persona, y (iii) confiar en la información que yo les proporcione. Reconozco que los consejos, recomendaciones y / o decisiones de los proveedores de San Antonio Kidney pueden basarse en factores que no están bajo su control, como datos incompletos o inexactos que yo les proporcione o distorsión en imágenes de diagnóstico o muestras que pueden resultar de transmisiones electrónicas. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar información sobre mi historial médico, condición que sea completa y exacta en lo mejor de mi capacidad. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me otorgan garantías de resultado o cura.

Si los proveedores de San Antonio Kidney determinan que los servicios de telemedicina no satisfacen adecuadamente mis necesidades médicas, pueden requerir una evaluación médica en persona. En el caso de que la sesión de telemedicina se interrumpa debido a un problema tecnológico o falla del equipo, se pueden implementar medios de comunicación alternativos o puede ser necesaria una evaluación médica en persona. Si tengo un problema urgente, como una reacción negativa a cualquier tratamiento después de una sesión de telemedicina, debo alertar a mi médico tratante y, en caso de emergencias, marcar el 911 o ir al departamento de emergencias del hospital más cercano.

III. Divulgación de Información. Para facilitar la atención y / o tratamiento a través de la telemedicina, solicito y autorizo voluntariamente la divulgación de toda y parte de mi historia clínica (incluida la información oral) a los proveedores de San Antonio Kidney. Entiendo y acepto que la información que autorizo a divulgarse puede incluir: 1) resultados de pruebas de SIDA / VIH, diagnóstico, tratamiento e información relacionada; 2) resultados de análisis de drogas e información sobre el uso y tratamiento de drogas y alcohol; 3) información de salud mental; y 4) información genética.

Entiendo que la divulgación de mi información médica a los proveedores de San Antonio Kidney, incluyendo el audio y / o video, será por transmisión electrónica. Aunque se toman precauciones para proteger la confidencialidad de esta información evitando la revisión no autorizada, entiendo que la transmisión electrónica de datos, imágenes de video y audio es una tecnología nueva y en desarrollo y que la confidencialidad puede verse comprometida por fallas en las salvaguardas de seguridad o manipulación ilegal e indebida.

Certifico que se me ha explicado completamente este formulario, que lo he leído o lo que me han leído, y que entiendo su contenido.

Firma del Paciente / Parte Responsable (Relación con el Paciente)

Fecha

Por favor envíe el consentimiento firmado a: Fax – (210) 481-7453, Correo Electrónico – medicalrecords@sakdc.com, o
Enviar a; San Antonio Kidney, 7142 San Pedro Ave., Ste. 120, San Antonio, TX 78216