



SMG Specialty Care, SMG Salud de la Mujer y Familia, SMG Primary Care, SMG Mancos Valley, SMG Walk-In Care, SMG Centro de salud escolar

Por favor devuelva o envíe este paquete al Coordinador de Pacientes Nuevos al 1311-A North Mildred Road, Cortez, CO 81321 en el edificio de la oficina médica en el campus del Southwest Memorial Hospital o envíelo por fax al (970) 564-2019. Número de teléfono del nuevo coordinador de pacientes: (970) 516-1616.

## **AVISO A NUESTROS PACIENTES**

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Esperamos proporcionar un entorno de oficina y relación de proveedor que satisfaga sus necesidades médicas y / o las de su familia.

### **Artículos para llevar a su primera cita:**

1. Licencia de conducir o otra identificación con foto.
2. Todas las tarjetas de seguro.
3. Copagos o pagos completos al momento de su visita si no está cubierto por el seguro.
4. Botellas reales de todos los medicamentos (recetados y de venta libre) que esté tomando actualmente

### **Política de no presentación**

Nuestra política es llamar a los pacientes el día hábil anterior a su cita programada para recordarles la cita fecha y hora. Realizamos estas llamadas como cortesía a nuestros pacientes y para darnos la oportunidad de reprogramar el intervalo de tiempo en caso de que la cita no sea necesaria. Una llamada de usted para cancelar su cita nos permitirá programar otro paciente que necesita ser visto. Reconociendo que el tiempo de todos es valioso y esa cita. el tiempo es limitado, le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. Esto nos permitirá para llamar a uno de nuestros pacientes en una lista de espera para completar el espacio disponible en el horario.

Para mejorar la atención de nuestros pacientes, realizaremos un seguimiento de todas las visitas de "No-Show". A cada paciente se le permitirá faltar a dos programados. Nombramientos dentro de un período de un año sin penalización. Una vez que se pierde una tercera cita, el paciente estará en riesgo de ser dado de alta de la práctica o del Southwest Medical Group. Para evitar que esto suceda, los pacientes deben recibir una carta cada vez que no se presente a una cita para recordarles nuestra política de no presentarse.

Para los fines de esta política, una cita de no presentarse se define de la siguiente manera

1. Una cita que el paciente ha perdido sin previo aviso.
2. Una cita que se cancela con menos de 24 horas antes de la hora programada para la cita.
3. Una cita a la que el paciente llega 10 minutos o más después de la cita programada

Debido al proceso de registro, solicitamos que los pacientes lleguen 20 minutos antes de su cita programada para pasar Su tiempo asignado con su proveedor.

Si no se presenta a la cita inicial para el "nuevo paciente" puede eliminar su oportunidad de establecer la atención como un nuevo paciente.

### **Política de Recambio Rx**

Nuestra política es recargar las recetas de los pacientes dentro de las 72 horas hábiles (hábiles) de haber recibido la solicitud. Por favor no esperes hasta que Está completamente sin medicamentos o es probable que se quede sin él hasta que se pueda procesar la recarga

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

Firmado (se requiere firma): \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Paciente, padre o guardian legal: \_\_\_\_\_ Fecha y hora : \_\_\_\_\_

SMG Specialty Care, SMG Salud de la Mujer y Familia, SMG Primary Care, SMG Mancos Valley, SMG Walk-In Care,  
SMG Centro de salud escolar

**NUEVO PACIENTE / INFORMACIÓN DE LA HISTORIA - ADULTO**

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Segundo nombre                      Apellido

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

El mejor número de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Desea registrarse en nuestro portal de pacientes de Southwest Medical Group?  No  Si

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Retirado?

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_ Nombre del titular del seguro primario: \_\_\_\_\_

Identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_

Identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el titular del seguro: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, ¿quién debe ser notificado?** Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Primer Nombre Segundo nombre Apellido

**Enumere los proveedores de los que ha recibido atención en el pasado:**

Médicos de Primaria: \_\_\_\_\_

Otros doctores: \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales:**

*(Incluya todos los medicamentos o productos de venta libre, como aspirina, aerosoles nasales, hierbas, vitaminas, etc.)*

Nombre de la droga	Dosis	Tiempos por día

Farmacia preferida : \_\_\_\_\_ Dirección (Ciudad): \_\_\_\_\_

**Alergias : (incluyen medicamentos, pólenes, alimentos y animales)**

Droga / Tipo	Reacción

**Historial médico pasado (marque con un círculo Sí o No para indicar si alguna vez ha tenido lo siguiente)**

Enfermedad o condición	S	N	Duración
Alcoholismo	Sí	No	
Anemia / trastornos de la sangre	Sí	No	
Artritis / gota	Sí	No	
Asma o otros problemas respiratorios	Sí	No	
Tipo de cáncer :	Sí	No	
Diabetes	Sí	No	
Tipo de adicción a las drogas:	Sí	No	
Enfermedad ocular (ojos)	Sí	No	
Infecciones frecuentes o graves	Sí	No	
Enfermedad del corazón / ataque	Sí	No	
Alta presión sanguínea	Sí	No	
Colesterol alto	Sí	No	
Problemas hormonales	Sí	No	
Enfermedad Renal / Piedras	Sí	No	
Tipo de enfermedad hepática / hepatitis:	Sí	No	
Enfermedad pulmonar / COPD	Sí	No	
Problemas de salud mental o depresión	Sí	No	
Debilidad muscular	Sí	No	
Trastornos nerviosos / migrañas / convulsiones	Sí	No	
Reflujo / acidez estomacal / ERGE / Úlceras	Sí	No	
Fiebre reumática	Sí	No	
Lesiones o fracturas graves	Sí	No	
Enfermedad de la piel	Sí	No	
STD / problemas genitales	Sí	No	
Infarto	Sí	No	
Problemas tiroideos	Sí	No	
Tuberculosis	Sí	No	
Trastornos urinarios / problemas de la próstata / incontinencia	Sí	No	

¿Alguna vez ha tenido antecedentes de coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones (embolia pulmonar)?  No  Sí

**Otros problemas médicos no mencionados arriba**

Enfermedad o condición	Duración / año

**Historial de cirugía pasado: (incluya TODAS las cirugías y el lado izquierdo o derecho, si corresponde)**

**Si alguna vez ha tenido una cirugía, indique los tipos y las fechas aproximadas:**

Año	Operación	Anestesia	¿Alguna complicación con la cirugía o anestesia?

¿Alguna vez has recibido una transfusión de sangre? No Sí En caso afirmativo, en qué año \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna enfermedad? No Sí

En caso afirmativo, ¿para qué enfermedad y año de hospitalización? \_\_\_\_\_

Numere cualquier droga de la calle actualmente utilizada: Marijuana Otro(s): \_\_\_\_\_

**Para mujeres: Embarazos**

Año	tipo de entrega	¿Alguna complicación?
	<input type="radio"/> Vaginal <input type="radio"/> C-Section	
	<input type="radio"/> Vaginal <input type="radio"/> C-Section	
	<input type="radio"/> Vaginal <input type="radio"/> C-Section	
	<input type="radio"/> Vaginal <input type="radio"/> C-Section	

Abortos:  No  Sí # \_\_\_\_\_ Abortos involuntarios:  No  Sí # \_\_\_\_\_

El último periodo menstrual: \_\_\_\_\_ Anteceptivos de Embarazo:  No  Sí Tipo: \_\_\_\_\_

Menopausia:  No  Sí Edad: \_\_\_\_\_

Histerectomía:  No  Sí

**Historial de exámenes / exámenes previos**

Pruebas / exámenes previos	S	N	Año	Normal / Abnormal
Densidad de huesos (después de los 65)	Sí	No		
Colonoscopia (después de los 50)	Sí	No		
Lípidos / Colesterol (después de 45)	Sí	No		
Mamografía (después de los 40)	Sí	No		
Prueba de Papanicolaou / pelvis	Sí	No		
Prueba de estrés	Sí	No		
Prueba de función tiroidea	Sí	No		
Prueba de VIH/SIDA	Sí	No		
Último examen dental	Sí	No		
Ultimo Examen de Vision	Sí	No		

**Historia diabetica**

Glucemia en ayunas: \_\_\_\_\_ Última fecha A1C: \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_

**Historial de inmunizaciones (indique la fecha de la última inmunización o prueba)**

Fecha de la vacuna contra la varicela: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la vacuna contra la gripe: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la vacuna contra la hepatitis: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la vacuna contra la Neumonía: \_\_\_\_\_  
 Fecha de vacunación contra la poliomielitis: \_\_\_\_\_  
 Fecha de vacunación contra la rubéola o MMR: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la vacuna contra la culebrilla: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la vacuna contra el tétanos: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la prueba cutánea de TB: \_\_\_\_\_  
 Fecha (s) de la vacuna contra el VPH: \_\_\_\_\_  
 (edades 9-26; idealmente edades 9-12 mujeres y hombres)

## Historia familiar

¿Eres adoptado?  No  Sí

Relación	¿Vivo?	Años	Edad de muerte (si falleció)	Causa de la muerte
Padre				
Madre				
# Hermano (s): _____	# viviendo:			
# Hermana(s): _____	# viviendo:			

**Indique quién (si lo hubiera) de SUS RELATIVOS DE SANGRE INMEDIATOS** ha tenido alguno de los siguientes: [Indique qué pariente (s) y el tipo de enfermedad o afección, si corresponde, (por ejemplo, abuela, madre, cáncer de pulmón)]

Enfermedad o condición	Relación contigo	Tipo (si corresponde) *
Dependencia de alcohol o drogas		*
Artritis / gota		*
Asma / fiebre del heno		
Cáncer de mama		
Cáncer de colon		
Diabetes		*
Enfermedad del corazón / ataque		
Alta presión sanguínea		
Colesterol alto		
Enfermedad del riñón		
Enfermedad pulmonar / COPD		
Problemas de salud mental o depresión		*
Migrañas / Convulsiones		
Esclerosis múltiple		
Obesidad / trastorno de peso		*
Osteoporosis		
Otro cáncer		*
Cáncer de ovarios		
Parkinson's		
Carrera		
Trastornos de la tiroides		
Tuberculosis		
Cáncer uterino		

## Historia social

Nacido en: \_\_\_\_\_ Criado en: \_\_\_\_\_ Viviendo en: \_\_\_\_\_ ¿Por cuanto tiempo?: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Nivel de educación más alto alcanzado:

Primaria  Secundaria  Preparatoria  Universidad  Postgrado

¿Te sientes seguro en tu hogar?  No  Sí ¿Alguna vez ha sido maltratado (físical/sexualmente)?  No  Sí

¿Tiene directivas avanzadas?  No  Sí

¿Testamento vital?  No  Sí

En caso afirmativo, ¿está la documentación archivada en una clínica de Southwest Medical Group o su Proveedor de atención primaria?  No  Sí

## Factores de riesgo

¿Usted o ha usado productos de tabaco?  Sí, actual  si, anteriormente  nunca

Si es así, ¿de qué tipo? (cigarrillos, masticar, pipa, etc.) \_\_\_\_\_

Si un fumador de cigarrillos: \_\_\_\_\_ paquete (s) Edad comenzó? \_\_\_\_\_ Si es anterior, año en que renunciaste? \_\_\_\_\_

Si es fumador actual, ¿le gustaría ayuda para dejar de fumar?  No  Sí

¿Hay consumo de tabaco por otros en el hogar?  No  Sí

Si es así, ¿de qué tipo? (cigarrillos, masticar, pipa, etc.) \_\_\_\_\_

¿Usas drogas recreativas?  No  Sí  Raramente En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol?  No  Sí  Raramente En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, bebidas / , \_\_\_\_\_ bebidas / semana, \_\_\_\_\_ bebidas / mes \_\_\_\_\_

¿Bebes bebidas con cafeína?  No  Sí  Raramente

Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_ If yes, \_\_\_\_\_ Drink/day

¿Hace ejercicio regularmente? No Sí En caso afirmativo, ¿qué actividades? \_\_\_\_\_ Días/semana \_\_\_\_\_

¿Te pones el cinturón de seguridad?  No  Sí Si tiene hijos, ¿usan el cinturón de seguridad?  No  Sí