

Next Century Medical Care, LLC

Formulario de Registro del Paciente

Información del paciente

Fecha:	Seguro Social#:	Proveedor: Wilbur para Proveedor Primario (Circule uno) Estes para Alergia, Asthma, Immunologia	
Apellido:		Nombre:	M.I.
Direccion:		Apt #:	Ciudad, Estado, Codigo Postal:
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: (Circule uno) Soltero-a Casado-a Divorciado-a Viudo-a Separado-a	
Telefono de casa#:	Telefono de trabajo#:	Telefono de Celular #:	Correo electronico:
Método de Contacto Preferido (Circule uno) Casa Trabajo Celular		Accepta Texto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Accepta Correo Electronico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Autoriza a Next Century Medical Care a recuperar el historial de sus recetas para su cuidado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Información de contacto en caso de emergencia

Apellido:	Nombre:	Numero de contacto:
-----------	---------	---------------------

Información del responsable (Factura a)

(Si es paciente, por favor deje en blanco. Si el paciente es menor de 18 años, por favor complete con la información de sus padres/tutores).

Apellido:	Nombre:	M.I.:
Fecha de nacimiento:	Seguro Social #:	Contacto#:
		Relacion al paciente:

Referral Information

Fuente de Referencia (Circule todo lo que apliquen):	Busqueda de Internet Sitio web Conocido Pariente Proveedor de Salud Trabajador-a Libro de Telefonos (Otros:)
Proveedor Primario:	Referencia Medica:

Información de Seguro Medico

Seguro Medico Primario:	Numero de Poliza :	Numero de Grupo:
Fecha Efectuada:	Copago de Proveedor:	Copago de Especialista:
Nombre del Suscriptor:	Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Relación del paciente con el suscriptor: (Circule uno) Yo Pareja Hijo-a Otro:		
Segundo Seguro Medico:	Numero de poliza:	Numero del Grupo:
Fecha Efectuada:	Copago de Proveedor:	Copago de Especialista:
Nombre del Suscriptor:	Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
Relación del paciente con el suscriptor: (Circule uno) Yo Pareja Hijo-a Otro:		

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a incluir: Medicare, Medicaid, comercial o cualquier otro plan de seguro de salud al que tenga derecho: Next Century Medical Care, LLC. Esta transferencia permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta transferencia debe ser considerada tan válida como un original. Por la presente autorizo a dicho asignado a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por mi compañía de seguros. Autorizo el uso de este formulario para todas mis solicitudes de seguro. Autorizo la divulgación de información a mi compañía de seguros. Autorizo a mi(s) proveedor(es) de atención médica a actuar como mi agente para ayudarme a obtener el pago de mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de obtener cualquier referencia que sea necesaria. Entiendo que cualquiera o toda mi información médica puede ser utilizada para la investigación de datos ciegos en la que ninguno de los datos se vinculará con mi identidad. Entiendo que mi información médica puede ser enviada electrónicamente a cualquiera o a todos mis proveedores de atención médica, hospitales y/o entidades de atención médica.

Firma: _____ Relacion al Paciente: _____ Fecha: _____



1400 Philadelphia Pike
Suite A4
Wilmington, DE 19809
Phone: (302) 375-6746
Fax: (302) 375-6822

Información para el paciente sobre las prácticas de la clínica

Queremos agradecerle por haber elegido a Next Century Medical Care, LLC como su socio en su salud y bienestar. Nos comprometemos a trabajar con usted para asegurarle la mejor atención médica.

Derechos del paciente

1. A un acceso razonable a los servicios médicos sin importar el color de la raza, el origen nacional, la edad, el sexo, la discapacidad o la situación financiera.
2. A recibir un cuidado considerado, respetuoso y compasivo
3. A ser informado y a participar en las decisiones relacionadas con su cuidado, incluyendo el rechazo de tratamiento.
4. Participar en todos los aspectos del cuidado, y que se le permita participar en ese cuidado.
5. Rechazar el tratamiento en la medida en que lo permita la ley y ser informado de las consecuencias medicas de sus acciones.
6. Tener información clínica y educativa sobre su tratamiento en un lenguaje y términos que usted entienda.
7. A expresar quejas sobre su cuidado, y a que esas quejas sean revisadas y, cuando sea posible, resueltas.
8. A la información sobre cualquier actividad de investigación que involucre su tratamiento, incluyendo benéficos y riesgos, procedimientos involucrados tratamientos alternativos.
9. A las seguridad, privacidad y confidencialidad en todas las áreas de atención al paciente mientras se somete a pruebas o tratamientos.
10. A saber quién es responsable de proporcionarle su cuidado inmediato y directo.
11. A la información sobre los aspectos financieros de los servicios y las opciones alternativas.
12. A solicitar un estado de cuenta de cuenta detallado de los servicios facturados.

Responsabilidades del paciente:

1. Dar información complete y exacta sobre su condición y cuidado, incluyendo el reporte de cambios inesperados en su condición.
2. Adherirse al plan de cuidado mutuamente acordado, incluyendo las visitas de seguimiento a la oficina.
3. Reportar cambios inesperados en su condición a su proveedor de atención médica.
4. Llevar una copia actualizada de sus instrucciones anticipadas para incluirla en su expediente médico, si está disponible.
5. Aceptas la responsabilidad de rechazar el tratamiento.
6. Mostrar consideración por otros pacientes siguiendo todas las cortesías comunes relacionadas con el tabaco, el ruido y la conducta general.
7. Aceptar todas las obligaciones financieras asociadas con su cuidado.
8. Ser considerado con el personal que lo atiende. Un espíritu mutuo de respeto y cooperación nos permite servirle mejor.
9. Aconsejarnos sobre cualquier insatisfacción que pueda tener con respecto a su cuidado. Hay una encuesta de satisfacción de los pacientes en el enlace "Contáctenos" de nuestra página web.

Financial Practices

Para nuestros pacientes con beneficios de Seguro médico:

Participamos con las mayorías de los planes de seguro médico. Nuestra compañía de gestión del ciclo de ingresos presentara reclamaciones por cualquier servicio prestado a un paciente que sea miembro de uno de estos planes de seguro médico. Le ayudaremos de cualquier manera que podamos razonablemente ayudar a que sus reclamaciones sean pagadas. Es responsabilidad del paciente proporcionar toda la información necesaria antes de salir de las oficinas. Si tiene un plan de Seguro secundario, automáticamente presentaremos un reclamo con ellos tan pronto como el plan de seguro primario haya pagado. Es posible que su plan de seguro médico necesite que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud.

Por favor traiga su tarjeta de seguro con usted a cada una de sus visitas a la clínica. Esto asegurara que tengamos la información más actualizada del seguro para usted. Sin embargo, si cambia su plan de seguro médico, es mejor notificarnos inmediatamente para que podamos asegurarnos de que pueda ser visto con nosotros en su próxima visita a la clínica.

Si está asegurado por un plan de seguro médico con el que participamos, pero no tiene su tarjeta de seguro con usted, se requiere el pago completo de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Si un paciente es miembro de un plan de seguro médico con el que no participamos, el pago completo debe hacerse en el momento del servicio. Presentaremos nuestros cargos a su compañía de seguros para cobrar cualquier beneficio fuera de la red que pueda estar disponible para usted, pero en última instancia el paciente es responsable de cualquier saldo no pagado.

Llame a nuestra oficina para verificar los planes de seguro médico aceptados. Su plan de Seguro médico nos exige que cobremos los copagos en el momento del su servicio. La renuncia a los copagos puede constituir un fraude según las leyes estatales y federales. Para su conveniencia aceptamos efectivo y tarjetas de crédito: Visa, Mastercard, and Discover. Si no tiene su copago, su visita será reprogramada. También puede tener un coaseguro y/o cantidades deducibles requeridas por su plan de seguro médico. Cualquier saldo pendiente en su cuenta, después de ajustar las responsabilidades de su plan de seguro médico, era tratado en su visita a la clínica.

Las normas de Next Century Medical Care, LLC es tratar a todos pacientes de manera justa en relación con los saldos de las cuentas. No renunciamos, o dejamos de cobrar o descontamos copagos, coaseguro, deducible u otra responsabilidad financiera del paciente de acuerdo con las leyes estatales y federales, así como los acuerdos de participación con los planes de seguro médico.

Los servicios médicos que su plan de seguro médico considere que no están cubiertos, que están fuera de la red o que no son medicamento necesarios serán su responsabilidad.

Para nuestros pacientes sin beneficios de Seguro médico:

Si no tiene cobertura de un plan de seguro médico de grupo o individual, se espera el pago de todos los servicios profesionales en el momento de su visita al consultorio. En caso de dificultades financieras, podemos hacer arreglos de pago basada en su caso.

Plan de pago para pacientes con y sin beneficios de Seguro médico:

Si no puede pagar su saldo en total, puede tener a su disposición una opción de plan de pago. Se espera que todos los planes de pago se paguen en un plazo de doce meses. Para establecer un plan de pago, por favor llame a la oficina al (302) 375-6746.

Políticas de Asistencia y Confirmación de citas

Es muy importante que confirme su cita cuando el sistema automatizado lo contacte. Contamos con espacio limitado para agendar visitas y no podemos “gastar” espacio en citas que no se presenten. Si usted no confirma su cita, su cita será cancelada. Nosotros reagendaremos citas no confirmadas con los pacientes que necesitan citas.

Normas de Asistencia del Paciente

Llegada tardía a la su Visita

Un paciente que llega más de 15 minutos para una visita al consultorio de proveedor primario o 15 minutos para una visita al consultorio para el especialista del alergía, asma e inmunología se considera una llegada tardía. La llegada traída, que no se considera responsabilidad de consultorio, se registrara y se trabajara en el horario lo antes posible, incluyendo la reprogramación a otro día.

No se presentó para la visita a la clínica

Cualquier paciente que no llegue a una visita programada a la clínica sin cancelar al menos 24 horas antes de la cita programada se considera un “No Show.” A un paciente que no se presenta se le puede cobrar una tarifa de 40 dólares, como se establece en la práctica por no presentarse. Un paciente, establecido que no se presente a tres visitas puede ser expulsado de la clínica. Para pacientes nuevos solo se le permitirá una ausencia antes de ser despedido de la práctica.

Norma de Solicitud de formularios para Pacientes

Basándose en las pólizas de Seguro, a los pacientes que soliciten formularios que no estén relacionados con el control de la enfermedad del paciente (es decir, Plan de Acción contra el Asma, Plan de Acción de Alimentos, etc.) se les cobrara un cargo administrativo de 20 dólares por cada juego de formularios. La tarifa será por cada vez que se solicite que se complete el formulario. Por favor permita un tiempo entrega de una semana.

Normas de Solicitud de Renovación de Prescripciones

Si necesita una renovación de su prescripción entre las visitas de rutina de la clínica, llame a la clínica para avisar a la recepción. Ellos tomaran su información pertinente y la pasaran al proveedor de salud que le receto el medicamento. Por favor permita un tiempo de respuesta 72 horas para renovaciones de prescripciones. Si una receta no puede ser renovada, recibirá una llamada telefónica para indicárselo.

Si debe acudir a la clínica, es posible que tenga que programa una visita antes de que se pueda ordenar una renovación. Si no puede acudir al consultorio antes de que se le acabe el medicamento y el proveedor de atención medica está legalmente capacitado para hacerlo, se puede emitir una renovación ajustada de la receta hasta la fecha de la visita programada al consultorio.

Al firmar abajo, usted indica que ha leído, entendido y aceptado las normas de Next Century Medical Care, LLC. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

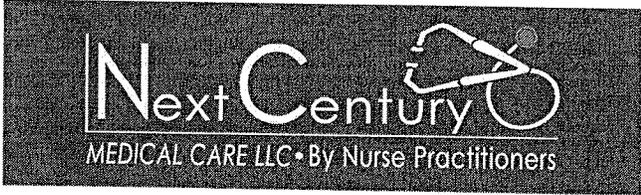
Firma legal molde del paciente: _____

Fecha de asimiento del paciente: _____

Firma del paciente, del tutor o del representante personal

Fecha: _____

5.10.2023



Autorización para difundir información médica protegida

_____ autorizo a Next Century Medical Care, LLC a divulgar o discutir información relacionada con mi condición médica (incluyendo información relacionada con mi plan de tratamiento, información médica y/o información de facturación) a las siguientes personas nombradas:

Nombre Completo: _____
Telefono: _____
Relacion al paciente: _____

Nombre Copleto: _____
Telefono: _____
Relacion al paciente: _____

NombreCompleto: _____
Telefono: _____
Relacion al paciente: _____

Nombre Completo: _____
Telefono: _____
Relacion al paciente: _____

Por favor, tenga en cuenta que a cualquier persona no mencionada en esta lista no se le dará ninguna información relacionada con su cuidado, incluyendo información de facturación. Puede cambiar, restringir o ampliar esta lista en cualquier momento. **No está obligado a incluir ningún nombre en la lista si no lo elige.**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de morde del paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Phone: (302) 375-6746 Fax: (302) 375-6822
NextCenturyMedicalCare@outlook.com
NextCenturyMedicalCare.com
1400 Philadelphia Pike Suite A4
Wilmington, DE 19809





1400 Philadelphia Pike
Suite A4
Wilmington, DE 19809
Telefono: (302)375-6746
Fax: (302) 375-6822

Formulario de consentimiento del paciente para el cumplimiento de la HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o revelar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección sobre los derechos del paciente que describe sus derechos en virtud de la ley. Con su firma usted se asegura de que ha revisado nuestra notificación antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Tiene derecho a restringir la forma en que se utiliza y divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, honraremos este acuerdo. La ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago o operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que utilicemos y divulguemos su información médica protegida y para que la utilicemos de forma potencialmente anónima en una publicación. Tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede ser revelada o utilizada para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.
- El consultorio se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permitido por la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con aquellos restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las revelaciones completas cesarán entonces.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamar, enviar un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar las citas? SI
NO

¿Podemos dejar un mensaje en el contestador de su casa o en su teléfono móvil? SI
NO

Este consentimiento fue firmado por: _____
(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, POR FAVOR)

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



Historial nuevo del Alegía, Asma y Imunológico del paciente

Fecha completada del formulario: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Razón de la visita de hoy: _____

Alergias a los medicamentos para usted: (Incluya una lista si es necesario..)

Nombre de droga	Gravedad (Leve/Moderado/Severo)	Sintomas	Origen (Infancia/ Adulto/ Desconocido)

Alergias de alimento pra usted: (Incluya una lista si es necesario.)

Alimentos	Gravedad (Leve/Moderado/Severo)	Sintomas	Origen (Infancia/ Adulto/ Desconocido)

Alergias ambientales para usted: (Incluya una lista si es necesario.)

Alérgico-a	Gravedad (Leve/Moderado/Severo)	Sintomas	Origen (Infancia/ Adulto/ Desconocido)

Todo medicamento que esta tomando: (Incluya una lista si es necesario.)

Nombre de medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia?	¿Para tartar?

¿Tiene usted un nebulizador en casa? Si / No fecha de la compra: _____

Historial de fumar para ti:

Usa tabaco: SI/ No Tipo: _____ Cuanto: _____ ¿Por tanto tiempo? _____
 ¿Expuesto a segundas mano de humo de tabaco? Si/ No Donde: _____

Visitas a la sala de emergencias/hospitalizaciones para ti: (Incluya una lista si es necesario).

Fecha	Razón

Cirugías para ti: Incluya una lista si es necesario.)

Fecha	Tipo de cirugías

Su historial médico y diagnósticos (Por favor, marque con un círculo todo lo que se aplique a usted.)

Ojos	Gafas; lentes de contacto; cataratas; glaucoma; ceguera; otros:
Oído	Audífonos; infecciones crónicas de oído, tubos de oído actuales; tubos de oído h/o; Otros:
Naríz	Pólipos nasales; perforación del tabique nasal; hemorragias nasales; infecciones crónicas de los senos paranasales; Otros:
Cardiovascular	Ritmo cardíaco anormal; coágulos de sangre; enfermedad cardíaca, soplo cardíaco; presión arterial alta; marcapasos; fiebre reumática; accidente cerebrovascular; enfermedad vascular periférica; varices; Otros:
Respiratorio	Asma; COPD; bronquitis crónica, fibrosis quística; enfisema; tuberculosis; neumonía; embolia pulmonar; apnea del sueño; requieren oxígeno suplementario; Otros:
Gastrointestinal	Reflujo ácido; Enfermedad de Crohn; esofagitis; enfermedad de la vesícula biliar; hernia; síndrome del intestino irritable; pólipos; úlcera; colitis ulcerosa; Otros:
Musculoeskeletal	Osteoartritis; gotas de ácido húrico; osteoporosis; dolor de espalda crónico; infecciones articulares; esguinces recurrentes; huesos rotos recurrentes; Otros:
Integumentario (Piel)	Acné; pérdida de cabello; crecimiento excesivo del cabello; enfermedad de las uñas; rosácea; psoriasis; celulitis recurrente; Otros:
Neurológico	Demencia; encefalitis; convulsiones; migrañas; pérdida de memoria; h/o lesión en la cabeza; parálisis; temblor; síncope; Parkinson; esclerosis múltiple; Otros:
Psiquiátrico	Ansiedad; depresión; intento de suicidio, bipolar; trastorno obsesivo-compulsivo; insomnio; atención psiquiátrica/psicológica anterior o actual; Otro:
Endocrino/ Reumático	Enfermedad autoinmune; diabetes; fibromialgia; lupus; enfermedad renal/renal; enfermedad de Raynaud; artritis reumatoide; esclerodermia; enfermedad de la tiroides; Otros:
Hematológico/ Inmunológico/ Lymphático	Anemia; infecciones crónicas; VIH; h/o una transfusión de sangre; leucemia; linfedema; mieloma múltiple; trombocitopenia; Otro:
Cancer	Pecho; cerebro; pulmón; páncreas; ovario; próstata; estómago; hígado; piel; cervical; esófago; Otros:

Historial Familiar (Por favor, marque todo lo que se aplica a su familia biológica.)

Si es adoptado, por favor, marque aquí.

	Círculo Uno y Indique la edad	Ansiedad	Cancer	Depresión	Diabetes	Enfermadad del corazón	Alta Presión	Infarto	Otros: (Explique)
Madre	Viva Fallecida Edad: _____	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	
Padre	Vivo Fallecido Edad: _____	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	
Hermano	Vivo-s Fallecido-s Edad: _____	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	
Hermana	Viva- s Fallecida- s Edad: _____	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	
Materna Abuela	Viva Fallecida Edad: _____	Si /No	Si /No	Si /No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	
Materna Abuelo	Vivo Fallecido Edad: _____	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	
Paterno Abuela	Viva Fallecida Edad: _____	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	
Paterno Abuelo	Vivo Fallecido Edad: _____	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	Si /No	

Cuidado preventivo para usted:

Exámenes / Cuido	Fecha en que se realizó por última vez
Escaneo de densidad ósea	
Exámenes de los ojos	
Rayos X del pecho	
CT del Pecho	

Historial social de usted:

Ocupación: _____

Empleo: _____

Estado Civil: Soltero-a Casado-a Divorciado-a Separdo-a Viudo-a

Cuantos niños: _____

Historial climático para usted:

Tipo de casa: Casa Separada Casa Juntas Casa Mobil Apartamento Otros: _____

Edad de la casa: _____ **Tiempo en la residencia:** _____

Sistema de calor /frío: Central Ventana/ Radiadores **Fundación:** Sótano Ático Losa

Almohadas: Almohadas de pluma Almohadas de esponja **Ropa de cama:** Estándar Hypoalergenico

Plantas en la casa: Si/ No Si es así, cuantas y la ubicación: _____

Mascota: Si/ No Si es así, por favor proporcione la siguiente información sobre su mascota.

Mascota	Cuantas	¿Cuánto tiempo la a tenido?	Frecuente de baño	Acceso al dormitorio	Algún síntoma de alergia
Gato				Si/ No	Si/ No
Perro				Si/ No	Si/ No
Ave				Si/ No	Si/No
Otros: (Especifica)				Si/ No	Si/ No

Síntomas que experimenta (marque todos los que le correspondan).

Constitucional	Cambio en apetito Fiebre	Cambio en Dieta Sudores nocturnos	Sentirse mal	Incapaz de completar actividades de la vida diaria Incapaz de hacer ejercicio		Cambio de peso	
Ojos	Circulos oscuros		Resequedad	Picazón	Enrojesidos	Cansancio Inexplicable Hinchazón	Llorosos
Oído	Luces parpadeantes Dolor Zumbidos	Picazón Mareo	Dolor Eczema	Llenura	Tronidos	Secreción	Poca audición
Nariz	Disminucion del olfato Mucosidad nasal		Congestión Dolor de cabeza por sinusitis	Goteo posnasal	Estornudos Dolor de sinusitis	Hemorragias nasales recurrentes Presion nasal	
Boca	Mal aliento	Sangrado de las encías	Sequedad	Picazón	Dolor de lengua	Hinchazón de la lengua	Dolor en la mandíbula al comer
Cuello / Garganta	Tiroides agrandada	Ronquera	Nudos	Inflamación	Problemas para tragar	Glándulas inflamadas	Problema para aclarar la garganta
Cardiovascular	Dolor en el pecho/ Presión	Falta de aliento al hacer ejercicio	Falta de aliento con descanso	Palpitaciones	Hinchazón de las extremidades	Calambres en las piernas	Dolor en las piernas al caminar
Respiratorio	Tos seca Difícil llevar aire a los pulmones	Tos productiva a los pulmones	Difícil sacar aire de los pulmones	Tosiendo sangre	Dolor en el pecho al respirar	Cambio en el espuma / flema	Silbido al respirar
Gastrointestinal	Náusea	Vomitos	Diarrea	Estreñimiento	Heces negra	Cambio en los hábitos intestinales.	Dolor abdominal / calambres
Genitourinario	Urgencia para Orinar	Orinacion frecuente	Dolor al orinar	Orinacion frecuente nocturna	Sangre en la orina	Dolor de costado/ vejiga	Infecciones frecuentes de la vejiga
Musculo/ Esqueletal	Dolor de las coyunturas	Inflamacion de las coyunturas	Regidez en las coyunturas	Menor movimiento en conyuntura		Dolor muscular	Perdida muscular
Integumentario (Piel)	Resequedad	Picazon	Salpullido	Cambios en el pelo	Cambios de la piel	Cambios en las uñas	Cambios en lunares
Neurológico	Desmayos Caminar / problemas de equilibrio	Mareos Perdida de a la vision	Doble vision	Movimiento involuntarios	Dolor de cabeza inusuales/ nuevos	Cambios en sensacion	Debilidad
Psiquiátrico	Cambio en el hábito de dormir	Temperamental	Ansiedad	Malos pensamientos recurrentes	Cambios de humor	Alucinaciones	Compulsiones
Endocrino	Crecimiento anormal	Sudoración excesiva	Cambios en el pelo	Intolerancia al frío / calor	Cambio en la sed	Aumento de volumen de orina	Irregularidad menstrual
Hematológico / Linfático	Moretones con facilidad		Sangrado fácil		Áreas inflamadas inexplicables		
Alérgias/ Inmunológico	Infecciones frecuente		Hinchazón excesiva		Eczema	Uticaria	Anafilaxia

¿ Cuando tiene síntomas de alergia? Todo el año sin síntomas estacionales
 Todo el año con síntomas estacionales
 Solo en temporada

Si los **síntomas de los ojos y nariz:** ¿Que estaciones son los peores? Primavera Verano Otoño Invierno

Causa que provocan en los **ojos y nariz:**

Alergias: _____
 Irritantes: _____
 Relacionado con el clima: _____
 Relacionado con el trabajo: _____

Si los **síntomas respiratorio son estacionales,** ¿Que estaciones son peores? Primavera Verano Otoño Invierno

Causa que provocan cambios en tu **respiracion:**

Alergias: _____
 Irritantes: _____
 Relacionado con el clima: _____
 Relacionado con el trabajo: _____

Si los **síntomas de la piel son estacionales,** ¿Que estaciones son los peores? Primavera Verano Otoño Invierno

Causa que provocan cambios en tu **piel:**

Alergias: _____
 Irritantes: _____
 Relacionado con el clima: _____
 Relacionado con el trabajo: _____

Historial de Alergias, Asma y Inmunologicos en el pasado:

Exámenes	Fecha	Resultados
Pruebas de alergias ambientales por medio de piel		
Pruebas alergicas ambientales por medio de sangre		
Pruebas de alimento por medio de la piel		
Prueba de alimentos por medio de la sangre		
Tratamiento	Fecha de comienzo	Fecha de ultima
Inyecciones para la alergia		

Vacunas:

Imunizacion	Fecha cuando fue administrada
FLU (Influenza)	
Neumonía (Pheunovax 23)	
Neunomia (Pevnar 13)	
Tetano Diphetheria w/ or w/o Pertusis (Td/ Tdap)	
Culebrilla (Zostavax/ Shingrix)	

¿ Tiene síntomas de alergia cuando le pica un insecto, como las abejas? Si/ No
 Si es así, los síntomas:

¿ Tiene síntomas de alergia cuando se expone a productos de latex? Si/ No
 Si es así, los síntomas:
