



Capitol Gastroenterology Consultants Medical Group

John Canio, M.D. • Theodor Feinstat, M.D. • Ronald Hsu, M.D., F.A.C.P., F.A.C.G., F.A.S.G.E., A.G.A.F. • Anand Madan, M.D., F.A.C.P.
Rakesh Parikh, M.D. • Jasbir S. Rangi, M.D. • Randell P. Vallero, M.D. • Todd W. Zimmerman, M.D., F.A.C.P.

Estimado paciente,

Nosotros, los médicos y personal de Capitol Gastroenterology Consultants Medical Group, Inc. valoramos la confianza que ha depositado en nosotros. A lo largo de su experiencia de atención de la salud nos esforzamos por satisfacer sus necesidades médicas y superar sus expectativas con un cuidado cortés, atento y personal.

Instrucciones

Con el fin de servirle mejor, adjuntamos los siguientes formularios con esta carta:

- Formulario de Inscripción del Paciente
- Cuestionario Médico del Paciente
- Indicaciones para llegar al consultorio
- Política de Pagos del Paciente
- Resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad
- Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

POR FAVOR ENTREGARNOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN EL SOBRE ADJUNTO, A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE. ¡GRACIAS!

- Formulario de Inscripción del Paciente**
- Cuestionario Médico del Paciente**
- Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad /Acuse de recibo de la Política de Pagos del Paciente**
- Una copia del frente y atrás de su tarjeta de seguro**

Estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad de atención y deseamos asegurar que su experiencia con nosotros sea positiva; por lo tanto, es importante que recuerde traer su actual tarjeta de seguro a cada visita en nuestro consultorio y su copago o deducible se cobrará al momento de su visita.

Con el fin de hacer su visita más productiva con su médico, por favor traiga con usted cualquier **análisis de laboratorio reciente, radiografías o resultados de pruebas** y **la remisión** de su médico de atención primaria. Es muy importante para nosotros su satisfacción con la atención y servicios que recibe en Capitol Gastroenterology. Prometemos proporcionarle una excelente atención médica y un servicio excepcional.

Atentamente,

El Equipo Administrativo, Médicos y Personal de
Capitol Gastroenterology Consultants Medical Group, Inc.

Carmichael Office
6555 Coyle Avenue, Suite 330
Carmichael, CA 95608
(916) 965-9650 • Fax (916) 965-0335

Lincoln Office
685 Twelve Bridges Drive, Suite D
Lincoln, CA 95648
(916) 773-6200 • Fax (916) 782-4550

Roseville Office
4 Medical Plaza Drive, Suite 205
Roseville, CA 95661
(916) 773-6200 • Fax (916) 782-4550

Leer atrás de esta página.

Página 1

Resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad

La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos de 1996 (“HIPAA” requiere que, a partir del 14 de abril de 2003, le proporcionemos una copia impresa de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Para su conveniencia, estamos proporcionando este breve resumen. Una copia de nuestro Aviso completo está disponible de ser solicitado, y lo animamos a que lo lea en su totalidad. Estamos obligados a pedirle que firme solo una vez un acuse de recibo de este resumen.

Sus derechos como paciente

Usted tiene derechos con respecto a su información de salud protegida. Estos se resumen a continuación y se describen en detalle en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad completo.

Uso de información de salud protegida

Se nos permite usar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y llevar a cabo nuestras actividades comerciales y para evaluar la calidad y eficiencia de nuestros procesos. Además, se nos permite divulgar a otras entidades información de salud protegida en circunstancias específicas. Hemos colocado salvaguardas para proteger la privacidad de su información de salud. Sin embargo, puede haber divulgaciones incidentales de información limitada, como escuchar una conversación, que ocurre en el curso de comunicaciones autorizadas, tratamientos de rutina, pagos o en nuestras labores de operación. HIPAA reconoce que tales divulgaciones pueden ser extremadamente difíciles de evitar por completo, y las considera admisibles.

Divulgaciones de información de salud protegida que requieren su autorización

Para divulgaciones que no estén relacionadas con el tratamiento, pago u operaciones, obtendremos su consentimiento específico por escrito, excepto como se describe a continuación.

Divulgaciones de información de salud protegida que no requieren su autorización

La ley estatal y federal nos exige que divulguemos cierta información de salud protegida sin obtener su autorización. Algunos ejemplos incluyen la notificación obligatoria de situaciones que afectan la salud pública, citaciones y otras peticiones legales.

Restricción al uso y divulgación

Usted puede solicitar restricciones al uso o divulgación de su información de salud protegida, pero no estamos obligados por HIPAA a aceptar dichas solicitudes. Sin embargo, si lo aceptamos, solo la cantidad mínima de dicha información se utilizará para lograr el objetivo deseado.

Acceso a la información de salud protegida

Usted puede solicitar por escrito acceso a sus expedientes médicos o una copia de estos. Si negamos la solicitud, le diremos la razón. Usted puede apelar esta decisión, la cual, bajo circunstancias específicas, puede ser revisada por un tercero no involucrado en la denegación.

Correcciones a los expedientes médicos

Usted puede solicitar por escrito que se hagan correcciones en su expediente médico. Nosotros aceptaremos las correcciones y notificaremos a las partes apropiadas, o denegaremos su solicitud con una explicación. Usted tiene derecho a disputar dicha denegación y que se tome nota de sus objeciones en su expediente médico.

Informe de las divulgaciones de información de salud protegida

Usted puede solicitar por escrito un informe de las divulgaciones de su información de salud protegida. Este informe excluye divulgaciones hechas durante el curso del tratamiento, el pago u operaciones.

Quejas relacionadas con la aparente violación de sus derechos de privacidad

Usted puede presentar una queja sobre cualquiera de nuestras prácticas de privacidad con nuestro Funcionario de Privacidad o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos.



Capitol Gastroenterology Consultants Medical Group

Política de Pagos del Paciente

¡Gracias por elegir nuestro consultorio! Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento médico y cuidado. Comprenda que el pago de su factura es parte de este tratamiento y cuidado.

Si usted no puede presentarse a su cita, llame por lo menos 48 horas antes para notificarlo a uno de nuestros miembros del personal. Nuestra política es cobrar \$25 por las citas a las que usted no se presenta y que no han sido canceladas dentro de este plazo. Estos cargos serán su responsabilidad y se facturarán directamente a usted. Ayúdenos a servirle mejor presentándose a su cita programada regularmente.

Para su conveniencia, a continuación hemos respondido a una variedad de preguntas frecuentes sobre la política financiera. Si necesita más información sobre cualquiera de estas políticas, solicite hablar con el Oficial de Facturación o el Administrador del Consultorio.

¿Cómo puedo pagar?

Aceptamos pagos en efectivo, cheque o tarjeta de crédito (VISA, MasterCard, Discover).

¿Necesito una remisión?

Si usted tiene un Plan HMO con el cual estamos contratados, necesita una autorización de remisión de su médico de atención primaria. Si no hemos recibido la remisión antes de su llegada al consultorio, tenemos un teléfono disponible para que usted llame a su médico de atención primaria para obtenerla. Si no puede obtener la remisión en ese momento, es posible que tenga que volver a programar su cita.

¿Con cuáles planes están contratados?

Participamos y aceptamos la mayoría de los planes de seguro y con gusto verificamos su elegibilidad, pero también le sugerimos que se comunique con su compañía de seguro para asegurar de que sus servicios tengan cobertura antes de su visita.

¿Cuál es mi responsabilidad financiera por los servicios?

Su responsabilidad financiera depende de una variedad de factores, explicados a continuación.

Visitas al Consultorio y Servicios del Consultorio

Si usted tiene...	Usted es responsable de...	Nuestro personal puede ayudar con...
Seguro comercial También conocido como indemnidad, seguro “regular” o cobertura “80%/20%”.	El pago de la responsabilidad del paciente por todas las visitas al consultorio, radiografías, inyecciones y otros cargos se solicitan al momento de la visita al consultorio.	Llamar a su compañía de seguros por adelantado para determinar los deducibles y coseguro. Presentar una reclamación de seguro como una cortesía hacia usted.
Planes HMO y PPO con los que tenemos un contrato	<u>Si los servicios que usted recibe si están cubiertos por el plan:</u> Todos los copagos, coseguro, y deducibles correspondientes se solicitan al momento de la visita al consultorio. <u>Si los servicios que usted recibe no están cubiertos por el plan:</u> El pago total se solicita al momento de la visita al consultorio.	Llamar a su compañía de seguros por adelantado para determinar los copagos, deducibles, y servicios que no tienen cobertura para usted y tratar de obtener una remisión y autorización en su nombre, pero es su responsabilidad asegurarse de tener una remisión para su primera visita. Presentar una reclamación de seguro en su nombre.

<i>Si usted tiene...</i>	<i>Usted es responsable de...</i>	<i>Nuestro personal puede ayudar con...</i>
HMO con el cual no tenemos contrato	Pago en su totalidad por visitas al consultorio, radiografías, inyecciones y otros cargos al momento de la visita al consultorio.	Proporcionarle la información necesaria para que usted complete y presente su reclamación directamente con la compañía de seguro.
Plan de Punto de Servicio o PPO fuera de la red.	El pago de la responsabilidad del paciente - deducible, copago, servicios sin cobertura - se solicita al momento de la visita.	Llamar la compañía aseguradora por adelantado para determinar los beneficios fuera de la red, copagos, deducibles, y servicios sin cobertura. Presentar una reclamación de seguro en su nombre.
Medicare	Si usted tiene Medicare Regular, y no ha cumplido con su deducible de \$140, solicitamos que lo pague al momento del servicio. Cualquier servicio que no está cubierto por el pago de Medicare se solicita pagar al momento de la visita. <u>Si usted tiene Medicare Regular como su seguro primario, y también tiene un seguro secundario o Medigap:</u> No es necesario ningún pago al momento de la visita. <u>Si usted tiene Medicare Regular como primario, pero no tiene seguro secundario:</u> El pago de su copago de 20% se solicita al momento de la visita.	Presentar una reclamación en su nombre, así como cualquier otra reclamación con su seguro secundario.
Medicare HMO/ Advantage Plan	Todos los copagos y deducibles correspondientes al momento de la visita al consultorio.	Presentar una reclamación en su nombre, así como cualquier otra reclamación con su seguro secundario.
Lesión laboral	El pago en su totalidad se solicita al momento de su visita.	Proporcionarle un recibo para que pueda presentar una reclamación con su compañía de seguro.
No tiene seguro	El pago en su totalidad se solicita al momento de su visita.	Trabajar con usted para pagar su cuenta. Pida hablar con el personal de facturación si necesita asistencia.

Direcciones para:

Consultorio de Carmichael

6555 Coyle Avenue, Suite 330
Carmichael, CA 95608
(916) 965-9650

Highway 50W

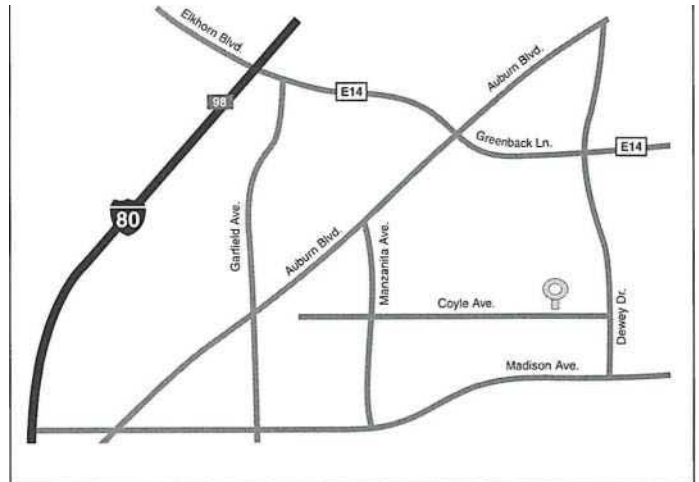
Salida Sunrise; gire a la derecha en Sunrise, gire a la izquierda en Madison, gire a la derecha en Dewey Drive, y gire a la izquierda en Coyle Ave.

1-80 W

Salida Greenback Lane, gire a la izquierda en Greenback Lane, gire a la derecha en Dewey Drive, gire a la derecha en Coyle Ave.

1-80 E

Salida Madison Ave., gire a la derecha en Madison Ave, gire a la izquierda en Dewey Drive, gire a la derecha en Coyle Ave.



Direcciones para:

Consultorio de Roseville

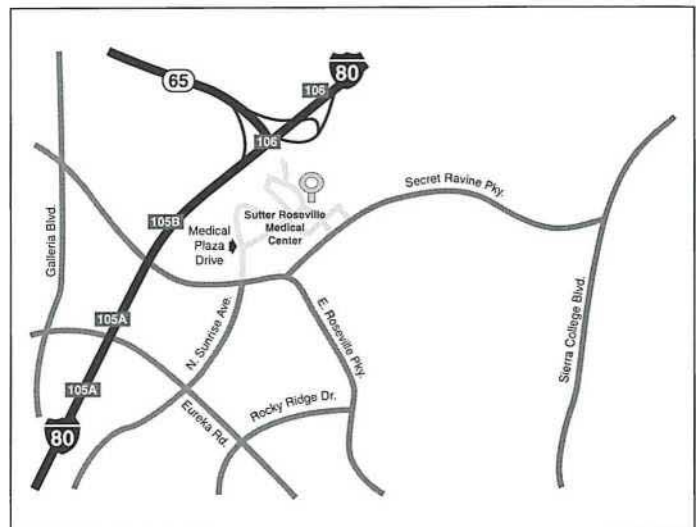
4 Medical Plaza Drive, Suite 205
Roseville, CA 95661
(916) 773-6200

Consultorio de Roseville desde Sacramento:

Tome 80 East (Reno) hacia la salida Atlantic/Eureka. Gire a la derecha en Eureka. Gire a la izquierda en N. Sunrise. Cruce el semáforo de East Roseville Parkway, permanezca en el carril derecho y gire a la derecha en Medical Plaza Dr. segundo edificio a la derecha, edificio 4, Suite 205.

Consultorio de Roseville desde Rocklin/Auburn:

Tome 80 West (Sacramento) hacia la salida Eureka Rd. Agarre el trébol pasando por arriba de la autopista. Gire a la izquierda en N. Sunrise. cruce el semáforo de East Roseville Parkway, permanezca en el carril derecho y gire a la derecha en Medical Plaza Dr. segundo edificio a la derecha, edificio 4, Suite 205.



Direcciones para:

Consultorio de Lincoln

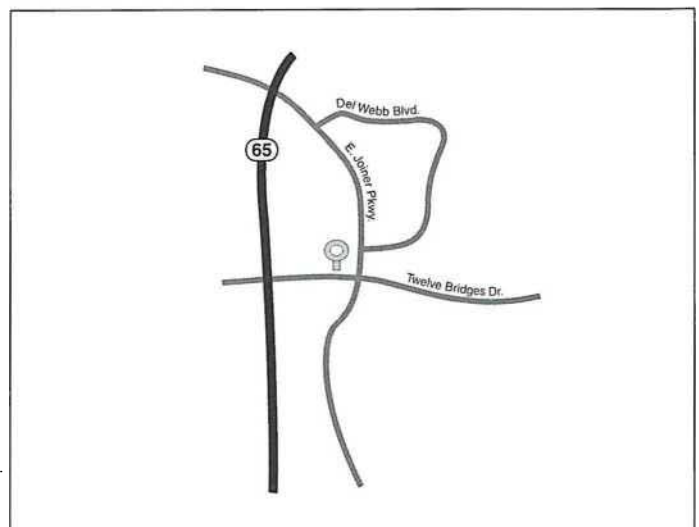
685 Twelve Bridges Drive, Suite D
Lincoln, CA 95648
(916) 773-6200

Consultorio de Lincoln desde Sacramento:

Tome la carretera 80 E hacia Hwy 65. Vaya hacia el norte a Twelve Bridges Dr. y salga a la derecha. Siga aproximadamente 3/4 de milla y nuestro consultorio se encuentra a su derecha en el edificio Sutter Medical Plaza. La dirección es 685 Twelve Bridges Dr., Suite D. La entrada a nuestra suite se encuentra en la parte trasera del edificio con un amplio estacionamiento.

Consultorio de Lincoln desde Marysville/Yuba City:

Tome Hwy 80/65 S. Twelve Bridges Dr., en el alto, gire a la izquierda pasando por arriba de la autopista y siga aproximadamente 3/4 de milla. El consultorio se encuentra a mano derecha en el edificio Sutter Medical Plaza. La dirección es 685 Twelve Bridges Dr., Suite D. La entrada a nuestra suite se encuentra en la parte trasera del edificio con un amplio estacionamiento.



Inscripción del Paciente

Revise y complete todas las partes de este Formulario de Inscripción del Paciente

**POR FAVOR ENTREGARNOS LOS FORMULARIOS COMPLETADOS EN EL SOBRE
ADJUNTO A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE. GRACIAS.**

Fecha:

Información del paciente:

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Correo electrónico: _____ N° de Seguro Social: _____
 Género: Masculino Femenino Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado
 Tel. casa: _____ Tel. trabajo: _____ Tel. celular: _____
 Mejor método para comunicarse con usted: Correo electrónico Correo Tel: Casa Trabajo Cel.
 Idioma preferido: _____ Raza: _____ Origen étnico: _____
 Ocupación: _____ Empleador: _____
 Dirección del empleador: _____
 ¿Podemos contactarlo en el trabajo? Sí No
 Nombre del cónyuge: _____ N.º de tel.: _____
 Empleador del cónyuge: _____
 Dirección del empleador: _____

Farmacia / Información del médico:

Médico de atención primaria: _____ Tel.: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Médico remitente: _____ Tel.: _____
 Farmacia preferida: _____ Tel.: _____ Fax: _____
 Ubicación de la farmacia: _____

Información de Contacto de Emergencia: (Alguien que no vive con usted)

Nombre: _____ Relación: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Tel. casa: _____ Tel. trabajo: _____ Tel. cel.: _____

Información del seguro: Llenar completamente.

¡POR FAVOR ENVÍE UNA COPIA DEL FRENTE Y ATRÁS DE SU TARJETA DEL SEGURO! ¡GRACIAS!

Seguro primario:

N.º de póliza de seguro: _____ N.º de grupo: _____
 Nombre del Grupo Médico: _____
 Beneficiario primario/Nombre del asegurado: _____ Fecha nacimiento: _____ Sexo: M F
 Relación con el paciente: Usted mismo Cónyuge Hijo Otro: _____
 Cantidad de copago: _____

Seguro secundario:

N.º de póliza de seguro: _____ N.º de grupo: _____
 Nombre del Grupo Médico: _____
 Beneficiario primario/Nombre del asegurado: _____ Fecha nacimiento: _____ Sexo: M F
 Relación con el paciente: Usted mismo Cónyuge Hijo Otro: _____
 Cantidad de copago: _____

LLENAR LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA PÁGINA

Cuestionario del Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____

Motivo de la consulta: _____

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

	SÍ	NO		SÍ	NO
Acidez gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor al tragar líquidos/sólidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos/líquidos que se pegan al comer o beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bajar de peso - Cantidad: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regurgitación de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre o sudoración nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amarillo (ictericia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas y vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación del abdomen o los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heces negras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre roja en las heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en los hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síntomas urinarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Medicamentos actuales:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias a medicamentos:

Historial de análisis de laboratorio y pruebas:

	FECHA	LUGAR		FECHA	LUGAR
Colonoscopia	_____	_____	Análisis de heces	_____	_____
Endoscopia superior (EGD)	_____	_____	Biopsia del hígado	_____	_____
ERCP	_____	_____	Paracentesis	_____	_____
EUS	_____	_____	Manometría esofágica	_____	_____
Sigmoidoscopia flexible	_____	_____	Bravo/PH	_____	_____
Laparoscopia	_____	_____			

Antecedentes de gastroenterología:

- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fisura anal | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> GERD | <input type="checkbox"/> Hepatitis D | <input type="checkbox"/> PUD |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Sangrado gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Hepatitis E | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Ascitis | <input type="checkbox"/> Úlcera duodenal | <input type="checkbox"/> Giardiasis | <input type="checkbox"/> Hernia | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Barrett | <input type="checkbox"/> Dispepsia | <input type="checkbox"/> GIST | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal | |
| <input type="checkbox"/> Carcinoide | <input type="checkbox"/> Disfagia | <input type="checkbox"/> Acidez gástrica | <input type="checkbox"/> Trastorno intestinal | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad celiaca | <input type="checkbox"/> Várices esofágicas | <input type="checkbox"/> Heces hemo positivas | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Esofagitis | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | |
| <input type="checkbox"/> Pólipos de colon | <input type="checkbox"/> Enfermedad de vesícula | <input type="checkbox"/> Encefalopatía hepática | <input type="checkbox"/> Seudoquistes pancreáticos | |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Cálculos en la vesícula | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Pancreatitis | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Adherencias peritoneales | |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Colitis pseudomembranosa | |
| | <input type="checkbox"/> Gastroenteritis | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Whipple | |

Antecedentes médicos:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Cáncer - piel | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Celulitis | <input type="checkbox"/> Prótesis de cadera | <input type="checkbox"/> Nefrolitiasis |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> EPOC/COPD | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria | <input type="checkbox"/> Hiperkalemia (potasio) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> BPH | <input type="checkbox"/> TVP / DVT | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Endocarditis | <input type="checkbox"/> Hipokalemia (potasio) | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - mama | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - colon | <input type="checkbox"/> Trastornos oculares | <input type="checkbox"/> Impotencia | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - leucemia | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Estenosis espinal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - pulmonar | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de disco lumbar | <input type="checkbox"/> Apoplejía/derrame (ACV) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - linfoma | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Trastornos pulmonares | <input type="checkbox"/> AIT (accidente isquémico transitorio) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - próstata | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Infección urinaria - recurrente |
| | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón (MI) | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | <input type="checkbox"/> Vértigo |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Migrañas | |

Antecedentes quirúrgicos:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reparación AAA | <input type="checkbox"/> Funduplicatura | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Exploración abdominal | <input type="checkbox"/> Derivación gástrica | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo válvula aórtica | <input type="checkbox"/> Reemplazo válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Parto vaginal |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia | <input type="checkbox"/> Herniorrafia | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda | <input type="checkbox"/> Prótesis de la cadera | |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de mama | <input type="checkbox"/> Histerectomía | |
| <input type="checkbox"/> CABG | <input type="checkbox"/> Prótesis de la rodilla | |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Tumorectomía | |
| <input type="checkbox"/> Endarterectomía carotídea | <input type="checkbox"/> Cirugía de pulmón | |
| <input type="checkbox"/> Colectomía | <input type="checkbox"/> Mastectomía | |
| <input type="checkbox"/> Resección del colon | <input type="checkbox"/> Reemplazo válvula mitral | |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input type="checkbox"/> Marcapasos | |
| | <input type="checkbox"/> Cirugía de próstata | |

Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia: Sí No

Alérgico al látex o productos de hule: Sí No

Alérgico a los huevos o mariscos: Sí No

