



# Carson Valley Medical Center

w w w . c v m c h o s p i t a l . o r g

## **INFORMACIÓN PARA PACIENTES NUEVOS**

Este paquete de información para pacientes nuevos está dirigido a los pacientes de las siguientes clínicas de Carson Valley Medical Center:

### **Alpine Medical**

1667 Lucerne Street Minden, NV 89423  
775.782.9118 (teléfono) – 775.782.7992 (fax)

### **CVMC Senior Care**

1516 Virginia Ranch Road Gardnerville, NV 89410  
775.783.4823 (teléfono) – 775.783.4806 (fax)

### **Ironwood Primary Care**

897 Ironwood Drive  
775.782.1610 (teléfono) – 775.783.0627 (fax)

### **Job's Peak Internal Medicine & Family Practice**

1520 Virginia Ranch Road Gardnerville, NV 89410  
775.782.1550 (teléfono) - 775.782.1579 (fax)

### **Minden Family Medicine**

1649 Lucerne Street Minden, NV 89423  
775.782.1603 (teléfono) – 775.782.3417 (fax)

### **Topaz Ranch Medical Clinic**

3919 Carter Drive Wellington, NV 89444  
775.783.3096 (teléfono) – 775.266.4074 (fax)

**Complete estos formularios y envíelos por correo o fax al centro donde se programó su cita, a más tardar, tres días hábiles antes de la fecha de su primera cita.**

**DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Contacto en Caso de Emergencias: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono Particular: \_\_\_\_\_ Teléfono Laboral: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL GARANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Estado del Empleo: \_\_\_\_\_

**SEGURO PRINCIPAL**

Suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Nombre del Responsable del Pago: \_\_\_\_\_ Dirección del Responsable del Pago: \_\_\_\_\_  
Plan: \_\_\_\_\_ Afiliados: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Estado del Empleo: \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO**

Suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Nombre del Responsable del Pago: \_\_\_\_\_ Dirección del Responsable del Pago: \_\_\_\_\_  
Plan: \_\_\_\_\_ Afiliados: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Estado del Empleo: \_\_\_\_\_

**PÓLITICA DEL CENTRO MÉDICO:** Comprendo y acepto las siguientes reglas establecidas por Carson Valley Medical Center:

- 1) El pago debe realizarse en el momento de la prestación del servicio. Si no puedo abonar el copago en ese momento, mi cita podría ser reprogramada.
- 2) Si llego más de 5 minutos tarde a mi cita, podría ser reprogramada.

**ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO:**

Autorizo el tratamiento del paciente antes mencionado y acepto pagar todos los cargos y aranceles correspondientes. En el caso de que se deban tomar medidas legales para cobrar un saldo impago correspondiente a la prestación de servicios médicos para mí o mi familia, acepto pagar los honorarios razonables de abogados y demás costos que el tribunal considere pertinentes. Autorizo a Carson Valley Medical Center a verificar mi capacidad crediticia a través de la agencia de información de crédito contratada por CVMC, mis antecedentes laborales, mi historial crediticio y cualquier tipo de información que considere necesaria en relación con mi(s) cuenta(s). Por la presente, designo todos los ingresos derivados de seguros a este centro médico (la copia de esta designación tiene la misma validez que el documento original). Autorizo la divulgación de toda mi información médica necesaria para procesar cualquier reclamación hecha en mi nombre. Asimismo, solicito el pago de beneficios médicos y/o provenientes del gobierno a este centro médico.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Cuestionario Médico

<b>Nombre: Apellido</b>	<b>Nombre de Pila</b>
<b>Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):</b>	<b>Teléfono Principal:</b>
<b>Dirección Postal:</b>	
<b>Contacto en Caso de Emergencias:</b>	<b>Teléfono de Contacto:</b>

## ANTECEDENTES SOCIALES

**Estado Civil:** (Marque una opción)    Soltero    Casado    Separado    Divorciado    Viudo    Otro

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Vive con su cónyuge o pareja?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene dependientes en su casa? (Si la respuesta es afirmativa, indique cuántos) N.º de dependientes _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene una vida sexual satisfactoria?  |

### **Empleo**

- Jornada Completa   Dónde: \_\_\_\_\_
- Media Jornada   Dónde: \_\_\_\_\_
- Desempleado   Desde Cuándo: \_\_\_\_\_
- ¿Está expuesto a gases, polvos o solventes? \_\_\_\_\_

### **Educación**

(Marque el máximo nivel académico alcanzado e indique la cantidad de años completados)

- Escuela Primaria                      \_\_\_ años
- Escuela Secundaria                    \_\_\_ años
- Universidad/Escuela Técnica        \_\_\_ años
- Posgrado                                 \_\_\_ años

### **Consumo de Alcohol:**

Nunca   Actual   Anterior

Si consume actualmente o consumió anteriormente alcohol, responda lo siguiente:

¿Qué bebida(s) alcohólica(s) toma?   Cerveza   Vino   Licor

Con qué frecuencia:   Casi Nunca   Pocas Veces   A Diario

Cuánto:    0    1-2    3-5    6-9    Más de 10

**Consumo de Drogas Ilegales:**    Sí    No   Tipo \_\_\_\_\_

### **Consumo de Tabaco:**

Nunca   Actual   Anterior   Dejó hace \_\_\_\_\_ años

Si consume actualmente o consumió anteriormente alcohol, responda lo siguiente:

Cigarrillos por día:    0    1-2    3-5    6-9    Más de 10

Latas de tabaco para mascar por semana    Menos de 1    1    2

## ANTECEDENTES MÉDICOS

**Historial de Enfermedades Anteriores:** ¿Alguna vez ha padecido alguna de las siguientes afecciones?

- |                          |                          |                          |                          |                          |                                 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |
|                          | Varicela                 |                          | Sarampión                |                          | Tuberculosis                    |
| <input type="checkbox"/> | Anormalidades Congénitas | <input type="checkbox"/> | Paperas                  | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Venérea              |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes                 | <input type="checkbox"/> | Fiebre Reumática         | <input type="checkbox"/> | Otra. (Complete a continuación) |
| <input type="checkbox"/> | Cardiopatía              | <input type="checkbox"/> | Ataque Cerebral          | Cuál: _____              |                                 |

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha estado bajo tratamiento médico debido a una afección prolongada? (Si la respuesta es afirmativa, indique la afección): \_\_\_\_\_

### **Operaciones y Lesiones**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <b>Sí</b>                | <b>No</b>                |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha sido sometido a una cirugía? (Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de cirugía y cuándo se realizó el procedimiento)       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez sufrió fracturas de huesos? (Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de cirugía y cuándo se realizó el procedimiento)           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha sufrido traumatismos de cráneo o lesiones en la cabeza? (Si la respuesta es afirmativa, indique la causa y la fecha en que sucedió) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez perdió el conocimiento por causa de un golpe? (Si la respuesta es afirmativa, indique cuándo)  |

### **Indique el año en que se realizó las siguientes prácticas médicas por última vez:**

Radiografía de Tórax: _____	Mamografía: _____	Tacto Rectal: _____
Colonoscopia: _____	Examen de Papanicolau: _____	Vacuna contra el Tétanos: _____
Examen de Densidad Ósea: _____	Vacuna contra la Neumonía: _____	Examen Cutáneo de Tuberculosis: _____
Electrocardiograma: _____	Examen de Próstata: _____	
Vacuna contra la Gripe: _____	Vacuna contra el Herpes Zóster: _____	

## ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún familiar consanguíneo ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

- |                          |                          |                       |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>Relación</b>       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tendencia Hemorrágica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gota                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Cardíacos   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hipertensión          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque Cerebral       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Suicidio              |

Estado de salud actual de familiares directos:				
Relación:	Si están vivos,		Si fallecieron,	
	Edad	Salud	Edad	Causa
<b>Padre:</b>				
<b>Madre:</b>				
<b>Hermana:</b>				
<b>Hermano:</b>				
<b>Cónyuge:</b>				
<b>Hijo:</b>				

**LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALES:**

Enumere TODOS los medicamentos e INCLUYA: nombre, dosis y frecuencia; vitaminas y medicamentos de venta libre.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Farmacia:** \_\_\_\_\_

**REVISIÓN SISTÉMICA** ¿Padece alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las opciones que correspondan). Indique problemas de salud actuales o anteriores.

**Alergias**

- Alergias a alimentos
- Urticaria, eczema o sarpullido
- Alergias a medicamentos \_\_\_\_\_
- Alergias estacionales

**Cardiovascular**

- Dolor o malestar en el pecho
- Dificultad para caminar
- Desmayo
- Fatiga
- Infarto
- Soplo
- Problemas cardíacos
- Hipertensión
- Insomnio
- Mareo
- Ritmo cardíaco acelerado/interrumpido
- Sueño agitado
- Falta de aire o disnea
- Inflamación en las extremidades

**Nariz, Garganta y Oídos**

- Problemas crónicos en los senos paranasales
- Dificultad para tragar
- Dolor de oído
- Enfermedad del oído
- Agrandamiento de glándulas
- Ronquera
- Discapacidad auditiva
- Picazón en la nariz
- Rigidez de cuello
- Hemorragia nasal
- Zumbido de oídos
- Estornudos o secreción nasal
- Dolor de garganta
- Pérdida del conocimiento
- Endocrino
- Cabello frágil
- Intolerancia al frío
- Exceso de sed o hambre
- Exceso de micción
- Intolerancia al calor
- Terapia hormonal
- Trastorno conocido de tiroides
- Variación de peso

**Ojos**

- Visión borrosa
- Visión doble
- Enfermedad o lesión de los ojos
- Glaucoma
- Cefaleas
- Irritación o picazón
- Sensibilidad a la luz
- Pérdida de la visión

**Gastrointestinal**

- Dolor anormal
- Heces negras o con sangre
- Evacuación con sangre
- Hinchazón

- Estreñimiento
- Cólicos
- Diarrea
- Disfasia (dificultad para tragar)
- Enfermedad de la vesícula biliar
- Gases
- Acidez o indigestión
- Hemorroides
- Hepatitis
- Ictericia
- Enfermedad hepática
- Náuseas
- Úlcera péptica
- Vómitos de sangre o alimentos

**General**

- Escalofríos
- Fatiga/cansancio
- Sensación de náuseas
- Fiebre
- Sudoración
- Variación en el peso (aumento o pérdida)

**Genitourinario**

- Secreción u olor anormales
- Sangre en la orina
- Dolor o ardor al orinar
- Micción frecuente
- Incapacidad para vaciar la vejiga
- Dolor/cálculos en los riñones
- Falta de deseo sexual
- Pérdida de orina
- Micción nocturna
- Dolor en la pelvis
- Incontinencia urinaria/pérdida del control
- Esfuerzo para orinar

**Hematológico**

- Hematomas anormales
- Hemorragias
- Enema
- Agrandamiento de nódulos linfáticos
- Fiebre
- Enfermedad conocida de la sangre
- Decoloración de la piel

**Musculoesquelético**

- Artritis
- Dolor de espalda
- Dificultad para caminar
- Gota
- Dolor de músculos o articulaciones
- Inflamación o rigidez de articulaciones
- Venas varicosas
- Debilidad en músculos o articulaciones

**Neurológico**

- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para coordinar
- Mareos
- Exceso de sueño durante el día
- Desmayo
- Caídas

- Cefaleas
- Incapacidad para hablar
- Pérdida de memoria
- Parálisis
- Convulsiones
- Hormigueo/entumecimiento
- Perturbación visual

**Psiquiátrico**

- Ansiedad
- Depresión
- Trastorno alimenticio
- Visiones o sonidos aterradores
- Insomnio
- Sensación de gran peligro
- Ideación suicida

**Respiratorio**

- Asma o sibilancia
- Malestar en el pecho
- Tos crónica frecuente
- Dificultad para respirar
- Desmayos (en el pasado o actuales)
- Pleuresía y/o neumonía
- Falta de aire o disnea
- Apnea del sueño
- Perturbación del sueño
- Ronquido
- Espustos/tos con sangre
- Infección de las vías respiratorias superiores (frío)

**Piel**

- Pigmentación anormal
- Sequedad o picazón
- Exceso de sudoración
- Infección o forúnculos frecuentes
- Urticaria, eczema o sarpullido
- Ictericia
- Lesiones
- Cicatrización anormal o deficiente
- Enfermedad de la piel

**(Sólo para hombres)**

- Ardor/secreción del pene
- Dificultad para eyacular/tener una erección
- Micción nocturna frecuente
- Examen del antígeno específico de la próstata (Fecha: \_\_\_\_\_)
- Dolor/inflamación de los testículos
- Vasectomía

**Ginecológico (Sólo para mujeres)**

- Períodos irregulares
  - Ausencia de períodos
  - Dolor durante la relación sexual
  - Períodos dolorosos
- Edad de inicio del período (edad:\_\_\_\_)
- ¿Cuántos días dura su período? (n.º de días \_\_\_\_)
- Cantidad de embarazos (n.º \_\_\_\_)
- Cantidad de abortos involuntarios (n.º \_\_\_\_)
- Primer día del último período (fecha: \_\_\_\_\_)

**ALTURA:** \_\_\_\_\_ **PESO:** \_\_\_\_\_

# Políticas de los Centros Médicos de CVMC

## Acerca de su Póliza de Seguro

Es su responsabilidad saber qué tipo de seguro tiene. Debe conocer las políticas, los proveedores contratados, los procedimientos de autorización previa necesarios para las diferentes prácticas médicas, los centros específicos para realizar radiografías y exámenes de laboratorio, los importes de los copagos y su deducible anual.

Ayúdenos a ayudarlo. Existen cientos de compañías de seguro y es imposible que nuestros empleados conozcan los requisitos específicos de cada una de ellas.

## Acerca de los Medicamentos Recetados

Tenga en cuenta que podemos demorar de 48 a 72 horas en resurtir los medicamentos recetados. Las solicitudes para resurtir medicamentos deben ser presentadas en su farmacia incluso si su receta no tiene resurtidos disponibles. La farmacia tendrá toda la información necesaria para asegurarse de que usted obtenga los medicamentos correctos. Haremos todo lo posible para satisfacer sus necesidades de manera oportuna.

## Acerca de las Autorizaciones y Consultas con Especialistas

Si su médico lo ha derivado a un especialista:

- Nuestra oficina recibirá la autorización de su seguro en un plazo de hasta 5 días hábiles para realizar procedimientos de rutina.
- El centro médico del especialista demorará entre 3 y 7 días hábiles en llamarlo para programar su cita. Si no se han contactado con usted una vez transcurrido este plazo, comuníquese con ellos directamente.
- Por lo general, las radiografías y los exámenes de laboratorio no requieren cita previa ni autorización de su seguro. No obstante, las ecografías, resonancias magnéticas y cualquier examen de medicina nuclear requieren autorización, para lo cual nos comunicaremos con usted.

## Acerca de los Mensajes

Si usted nos autoriza a dejar mensajes detallados a un amigo o familiar o en un contestador automático, marque las opciones a continuación.

Marque con un círculo TODAS las opciones que correspondan:

¿Podemos dejarle un mensaje en su contestador automático? SÍ / NO

¿Podemos dejarle un mensaje a su cónyuge o familiar? SÍ / NO

Si desea que dejemos mensajes a un amigo o familiar suyo, indique el nombre de la persona a continuación.

Nombre	Número de Teléfono	Relación

He leído y comprendido la información antes mencionada sobre *Mi Póliza de Seguro*, *el Resurtido de Medicamentos Recetados*, *las Autorizaciones y Consultas con Especialistas* así como sobre los *Mensajes*.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M / F

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **N.º de Seguro Social** \_\_\_\_\_



Por la presente reconozco que he recibido el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de Carson Valley Medical Center.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente o \*Representante Legal*

\_\_\_\_\_  
*\*Relación con el Paciente*

\_\_\_\_\_  
*Nombre en Letra de Imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**SÓLO PARA USO DE CVMC**

Razón por la cual no se obtuvo el reconocimiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Empleado de CVMC que completa este formulario:

\_\_\_\_\_  
*Escriba su nombre en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*