

4381 E. Lohman Avenue, Las Cruces, NM 88011

Lohman Endoscopy Center - Suite A

Phone (575) 522-3220 / Fax (575) 522-6212

Digestive Disease Consultants - Suite B

Phone (575) 522-7697 / Fax (575) 522-4840

Thomas V. Nattakom, MD

Ayyappa Mysore Rangaraju, MD

Jean-Pierre Reinhold, MD

Kairasp Noshirwani, MD

Specializing in Gastroenterology / Hepatology / Colon Cancer Screenings

Recientemente usted ha sido referido con uno de nuestros médicos para que se le haga una cita para una colonoscopia. Para poder determinar que tipo de cita necesita es importante que conteste correctamente las siguientes preguntas. Por favor circule SI o NO a cada pregunta:

SI NO Estoy padeciendo de síntomas como diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, reflujo o acidez, sangrado del recto, sangre en el excremento, o cambios en los hábitos de regir. Si su respuesta es si, por favor indique de cuales síntomas padece: _____

SI NO Estoy tomando medicamento que adelgaza la sangre como Coumadin o Plavix.

SI NO Tengo un marcapasos en el corazón o he tenido cirugía del corazón.

SI NO Tengo problemas severos pulmonarios, sleep apnea (una condición de mala respiración al dormir), o alguna otra condición relacionada con dificultades respiratorias. Si su respuesta es si, por favor indique de qué condición padece: _____

SI NO Yo he tenido una colonoscopia anteriormente. Por favor indique la fecha en que le hicieron el examen. _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si tiene un desfibrilador cardiaco implantado presente su tarjeta del fabricante.

¡Le agradecemos por habernos escogido para su cuidado médico!

Digestive Disease Consultants of Las Cruces, LLC

4381 E. LOHMAN, STE. B LAS CRUCES, NM 88011 PHONE# (575)522-7697 FAX#(575)522-4840

Thomas V. Nattakom, MD

Ayyappa Mysore Rangaraju, MD

Jean-Pierre Reinhold, MD

Kairasp Noshirwani, MD

DOCTOR QUE LO RECOMENDÓ: _____

EMAIL: _____

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	# SEGURO SOCIAL
_____	_____	_____	()	()
DIRECCIÓN DE CORREO	CIUDAD ESTADO	CÓDIGO	# DE TELÉFONO	# ALTERNATIVO
_____	_____	_____	_____	_____
LUGAR DE EMPLEO	TELÉFONO	OCUPACIÓN		
_____	_____	_____		

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE	RELACIÓN	# DE TELÉFONO
_____	_____	_____

ASEGURANZA PRIMARIA:

NOMBRE DE COMPAÑIA	#DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	_____	_____

ASEGURANZA SECUNDARIA:

NOMBRE DE COMPAÑIA	#DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	_____	_____

Autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente a DIGESTIVE DISEASE CONSULTANTS. Se que soy responsable por cualquier cantidad que mi seguro no cubra. Además autorizo que el doctor revele la información necesaria para procesar este reclamo. Estoy de acuerdo en pagar gastos relacionados con los servicios el día de la cita. Autorizo esta clinica revelar cualquier información relacionada a servicios médicos a doctores envueltos en mi caso médico.

Consentimiento para tratamiento: Comprendo que el tratamiento medico es de naturaleza urgente o necesaria para el paciente, y que tal cuidado, tratamiento, y procedimientos no son garantia de los resultados que sean obtenidos.

FIRMA

FECHA

El reconocimiento de recibo de nota de privacidad medica

Yó, _____, reconozco que he recibido una copia de la 'Nota de la Privacidad Medica' de Digestive Disease Consultants. Esta nota describe como esta oficina puede usar y puede revelar mi información protegida de salud, ciertas restricciones en el uso y la revelación de mi información de salud, y de los derechos que puedo tener considerando mi información médica protegida.

Firma de paciente o persona autorizada

Relación al paciente

Fecha

AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS A QUE TENGAN ACCESO A MI INFORMACION MEDICA, AL IGUAL QUE RECOJER MIS RECETAS, MUESTRAS DE MEDICAMENTO, U OTROS DOCUMENTOS DE ESTA OFICINA.

Nombre	Relación
1	_____
2	_____
3	_____

Idioma preferido

Inglés Español

Raza

Blanco/Caucásico Asiático
 Negro/Africano Otra raza

Etnicidad

Hispano No Hispano

Medicamentos que le causen alergia

No tengo alergia a ningún medicamento
 codeína contraste eritromicina penicilina

Otros medicamentos que le causen daño: _____

Lista de todos los medicamentos que esté tomando

No tomo medicamento

Nombre	Dosis	Nombre	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre y dirección de su farmacia _____

Análisis / Estudios Recientes

No me han hecho estudios recientemente

Lugar y fecha de estudios diagnósticos

Cirugías

No he tenido cirugías

Tipo de cirugía	Fecha
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Condiciones Médicas Pasadas o Presentes

No tengo problemas de salud pasados o presentes

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Angina de Corazón | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon | <input type="checkbox"/> Arritmia (Latido de Corazón Irregular) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Pólipos del Colon | <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Úlceras Estomacales |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de _____ | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Asma / Otros Problemas Respiratorios | |
| <input type="checkbox"/> Otras condiciones médicas: _____ | | |

Datos de historia social

Ocupación / Profesión _____ Número de hijos/hijas _____

Estado Civil

- Soltero / a Casado / a Divorciado / a Separado / a Viudo / a

Licor No

Tipo	Cantidad	Frecuencia	Fecha que dejó de tomar
------	----------	------------	-------------------------

Tabaco

- Nunca he fumado
- Uso tabaco todos los días Uso tabaco infrecuentemente Dejé de fumar completamente

Drogas

No

Tipo	Cantidad	Frecuencia
------	----------	------------

Historial Médico Familiar

No conozco la historia médica de mi familia

Historial Familiar

Si alguien en su familia ha padecido de las siguientes enfermedades, por favor márkuelas al lado derecho

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuelo Paterno
cáncer del colon										
pólipos en el colon										
enfermedades digestivas										
cáncer gastrica / del estomago										

Revisión de Sistemas

Cardiovascular

Nada de lo siguiente _____

	Sí	No
dolor de pecho		
latido de corazón irregular		
palpitaciones		
falta de aliento con ejercicio		

Gastrointestinal

Nada de lo siguiente _____

	Sí	No
dolor estomacal		
agruras		
gas		
estreñimiento		
diarrea		
nausea		
vómito		
sangrado rectal		
inflamación del estómago		
ictericia (jaundice)		
cambios en los hábitos de regir		
sangre en el excremento		

Integumentario

Nada de lo siguiente _____

	Sí	No
erupciones en la piel		
ictericia (jaundice)		
comezón / picazón		

Constitucional

Nada de lo siguiente _____

	Sí	No
calentura		
escalofrío		
sudor		
pérdida de apetito		
fatiga crónica		
cambio de peso		

Musculoesqueletal

Nada de lo siguiente _____

	Sí	No
dolor de coyonturas		
dolor de espalda / cintura		
artritis		

Oidos/nariz/boca/garganta

Nada de lo siguiente _____

	Sí	No
vista borrosa		
sangrado por la nariz		
dolor de garganta		
ronquera		

Genitourinario

Nada de lo siguiente _____

	Sí	No
dolor al orinar		
orinar frecuente		
sangre en la orina		
infecciones urinarias frecuentes		

Neurológico

Nada de lo siguiente _____

	Sí	No
convulsiones		
dolores de cabeza frecuentes		
Infarto cerebral		

Endocrino

Nada de lo siguiente _____

	Sí	No
intolerancia al calor		
intolerancia al frío		

Hematologia/Linfático

Nada de lo siguiente _____

	Sí	No
frecuentes hematomas		
sangrado prolongado		
encías sangrientas		
nódulos linfáticos palpables		

Psiquiátrico

Nada de lo siguiente _____

	Sí	No
depresión		
ansiedad		
ideación suicida		

Respiratorio

Nada de lo siguiente _____

	Sí	No
tos		
sibilancias/resuellos		
asma		
falta de aire		

FIRMA DE PACIENTE: _____ FECHA: _____

Lohman Endoscopy Center
4381 E. Lohman Suite A
Las Cruces, NM 88011
(575) 522-3220

AVISO SOBRE SU PRIVACIDAD

Este aviso describe como su información médica puede ser usada y revelada y como usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo con cuidado.

revelaremos información de salud protegida si es necesario para que las autoridades policíacas identifiquen o aprendan a algún individuo.

Para actividad militar y la seguridad nacional- Cuando las condiciones apropiadas existan, podremos utilizar o revelar información de salud protegida de individuos que son parte de las Fuerzas Armadas (1) para actividades que se consideren necesarias por los comandantes militares apropiados; (2) para el propósito de una determinación del Department of Veteran Affairs sobre su elegibilidad para beneficios, o (3) a una autoridad militar extranjera, si usted es miembro de tal servicio militar extranjero.

Para Worker's Compensation (Compensación del Trabajador)- Su información de salud protegida podrá ser revelada por nuestra oficina bajo la obligación de cumplir con las leyes de compensación del trabajador y otros programas establecidos legalmente.

Cuando se encuentre preso- Podremos revelar su información de salud protegida si se encuentra preso en una institución correccional donde su médico establecido datos de información de salud protegida (de usted) o recibio su información de salud protegida en el curso de proveerle cuidado de su salud.

Utilizaciones y revelaciones requeridas- Bajo la ley, debemos hacer revelaciones sobre usted y cuando sea requerido por la **Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos** para investigaciones o determinaciones sobre nuestro cumplimiento con los requisitos de la **Regla de Privacidad**.

Durante sus visitas o contactos con el doctor ENDOSCOPY CENTER OF LAS CRUCES solicitando la prestación de sus servicios; se obtendrán datos sobre su salud nombrados "Información de Salud Protegida".

Ejemplos son su nombre, domicilio, número de teléfono, etc., que son de identificación propia. Otros datos son sobre sus condiciones médicas, ya sean físicas o mentales; pasadas, presentes, y futuras. También se incluirán datos sobre servicios prestados relacionados con su salud.

ENDOSCOPY CENTER OF LAS CRUCES tiene la obligación de seguir reglas específicas para proteger la información obtenida sobre su salud. También existe la obligación de nuestro personal en como se utiliza y se comparte esta información con otros que estén al cuidado de su salud.

En este aviso se describen los derechos que le pertenecen a usted para obtener y controlar los datos en su información de salud protegida. También describen como en nuestra oficina se siguen las reglas requeridas. Se describe como se utilizan sus datos para proveerle tratamiento médico, para obtener pago por los servicios prestados, para la administración de nuestra empresa para el cuidado de la salud, y también para cualquier otro propósito requerido por la ley.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor llamar a nuestra oficina.
(505) 522-3220

Sus derechos bajo la regla de privacidad

Las siguientes declaraciones conciernen sus derechos sobre su información de salud protegida. Si usted tiene preguntas, nuestro personal le prestara atención.

El derecho de recibir una copia de este aviso y nuestra obligación para proveersela- Estamos obligados a obedecer los terminos de este aviso. Nos reservamos el derecho de modificar los terminos en cualquier momento. Si es necesario un cambio, este sera efectivo para toda la información de salud protegida que tengamos en nuestro poder al momento. Si usted necesita una copia de esta modificación, favor de llamar a nuestra oficina.

El derecho de autorizar la manera de utilizar y revelar sus datos- Esto significa que tiene el derecho de autorizar o negar la utilización o revelación de datos que no sean parte de los terminos de este aviso. Puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento, excluyendo la utilización o revelaciones donde su medico o nuestra oficina ya hayan utilizado los datos indicados en su autorización original.

El derecho de autorizar un representante personal- Esto significa que usted puede autorizar a una persona que de consentimiento para utilizar o revelar su información de salud protegida.

El derecho de revisar y copiar su información de salud protegida- Esto significa que usted

puede revisar y obtener una copia de su informacion de salud protegida que se encuentre en su archivo que este en nuestro poder.

El derecho de solicitar la restriccion de su informacion de salud protegida- Esto significa que usted puede solicitar for escrito que no utilizemos o revelemos alguna parte de su informacion de salud protegida; ya sea para la administracion de tratamiento medico, par obtener pago por servicios prestados o para la administracion de nuestra empresa para el cuidado de la salud.

El derecho de solicitar que su informacion de salud protegida pueda ser modificada- Esto significa que usted puede solicitar cambios a su informacion de salud protegida mientras su archivo este en nuestro poder. En ciertos casos, podriamos negarle su peticion para modificar la informacion.

El derecho de pedir cuenta de revelaciones hechas- Esto significa que usted puede solicitar una lista de revelaciones de su informacion de salud protegida, que se hayan compartido con entidades o personas fuera de nuestra oficina.

Quejas

Usted puede prestar su queja a nuestra oficina o a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados.

Maneras de cómo podemos utilizar o revelar la informacion de salud protegida

Al siguiente presentamos ejemplos de las maneras como se puede utilizar o revelar su informacion de salud protegida. Estos ejemplos no incluyen todos los tipos de utilizacion o revelacion que se pueden practicar en nuestra oficina, solamente los describen.

Ejemplos:

Para el tratamiento medico- Podremos utilizar y revelar su informacion de salud protegida para proveer, coordinar, o administrar el cuidado de su salud y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinacion o administracion del cuidado de su salud con otra entidad que este involucrada en su cuidado y tratamiento medico. Por ejemplo, revelaríamos su informacion de salud protegida, como sea necesario, a una farmacia que surtiera sus recetas medicas. Tambien declararemos informacion de salud protegida a otros medicos que pudieran estar envueltos and su cuidado y tratamiento medico.

Cuando usted se encuentre en nuestra sala de espera, podremos llamarla por su nombre cuando el medico este listo para recibirla. Podremos declarar su informacion de salud protegida, como sea necesario, para recordarle sobre sus citas medicas. Podremos comunicarnos por telefono u otros medios para proveerle los resultados de exámenes o estudios y para proveerle informacion donde se describen o se recomiendan tratamientos alternativos concernientes al cuidado de su salud. Tambien, podremos comunicarnos con usted para prooverle informacion sobre beneficios relacionados con su salud y servicios prestados en nuestra oficina.

Para obtener pagos- Su informacion de salud protegida sera utilizada, como sea necesario, para obtener pagos por la prestacion de nuestros servicios de salud. Se podra utilizar para ciertas medidas que su compania de seguros de salud pueda iniciar antes de aprobar o pagar por servicios de salud que hayamos recomendado para usted que pueden incluir: Para verificar la eligibilidad o cubrimiento para beneficios por el seguro, para revisar los servicios prestados a usted por necesidades medicas y para utilizar las medidas de revision.

Otras utilizaciones y revelaciones permitidas y requeridas

Tambien podremos utilizar y revelar su informacion de salud protegida en las siguientes circunstancias. Usted tendra la oportunidad de aceptar o rechazar la utilizacion o revelacion de toda o parte de su informacion de salud protegida.

Aviso sobre su privacidad
ENDOSCOPY CENTER OF LAS CRUCES

Revelaciones a otros involucrados con el cuidado de su salud- A lo menos que usted tenga una objecion, podremos revelar a un miembro de su familia, a un pariente, a una amistad cercana o a alguna persona que usted autorize, su informacion de salud protegida que se relaciona directamente con el desempeño que esa persona tenga con el cuidado de su salud.

Como sea requerido por la ley- Podremos revelar su informacion de salud protegida solamente hasta el limite que la utilizacion or revelacion sea requerido por la ley.

Para salubridad publica- Podremos revelar su informacion de salud protegida para medidas y propositos de salubridad publica a las autoridades de salubridad que tengan permiso bajo la ley para obtener y recibir esta informacion.

Para enfermedades contagiosas- Podremos revelar su informacion de salud protegida, cuando este permitido por la ley, a cualquier persona que haya sido expuesta a una enfermedad contagiosa o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar la enfermedad o condicion.

Para la vigilancia de salubridad- Podremos revelar informacion de salud protegida a cualquier agencia de vigilancia de salubridad para medidas permitidas por la ley, tal como, auditorias, investigaciones e inspecciones.

En casos de abuso y negligencia- Podremos revelar su informacion de salud protegida a cualquier autoridad de salubridad publica que tenga permiso por la ley para recibir informacion the abusos o negligencias contra la ninez. Ademas, podemos revelar su informacion de salud protegida si creemos que usted a sido la victima de abuso, negligencia o violencia domestica a una agencia o entidad gubernamental autorizada para recibir tal informacion. En tal caso, la revelacion sera hecha de acuerdo con las obligaciones concernientes a las leyes federales y estatales.

A "Food and Drug Administration" (Administracion de alimentos y drogas) Podremos revelar su informacion de salud protegida a cualquier persona o compania requerida por Food and Drug Administration de reportar desgracias, productos con defectos o problemas, productos con desviaciones biologicas, tomar nota de productos; con el objetivo de retirar tales productos del mercado, para reparar tales productos o para vigilar tales productos cuando sean vendidos al publico.

Para procedimientos legales- Podremos revelar informacion de salud protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, al responder a una orden judicial o a una orden de un tribunal administrativo (solamente al limite que esta revelacion este expresament autorizada), en otras ciertas circunstancias que se tenga que responder a una orden judicial, investigacion, o cualquier otro proceso legal.

Al enforzamiento de la ley- Podremos revelar informacion de salud protegida a autoridades policiaacas, mientras todos los requisitos legales esten presentes, para el proposito de enforzar la ley.

A forenses, funerarios y donacion de organos- Podremos revelar informacion de salud protegida a un forense or medico legista para los propositos de identificacion, de determinar la causa de muerte, o para que el forense o medico legista conduzca los deberes que autoriza la ley. Ademas, podremos revelar informacion de salud protegida a una funeraria, como lo autorize la ley, para permitir que el director funerario conduzca sus deberes. Informacion de salud protegida podra ser utilizada y revelada para el proposito de donacion de un organo cadaverico, o de donacion de ojo o tejido.

En casos de actos criminales- De acuerdo con las leyes federales y estatales, podremos revelar su informacion de salud protegida, si creemos que es necesario para prevenir o mitigar una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona o el publico. Ademas,