

North Central Urology P.A.

Dennis L. Ortiz, D.O.

ADULT AND PEDIATRIC UROLOGY
BOARD CERTIFIED

4218 Gateway Dr., Suite 100 Colleyville, TX 76034
(817) 283-1860 FAX (817) 283-2175

Información del paciente

Dr. Srta. Sr. Sra.

Nombre del paciente (Apellido) _____ (Primero) _____ (MI) _____

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Zip _____ Fecha de nacimiento MM ____ / DD ____ / YY ____

Casa _____ Celular No. _____ Teléfono del trabajo _____ Ext. _____

Número de Seguro Social _____ - ____ - ____ Sexo Mujer Hombre

Proveedor de atención primaria (PCP) _____ Proveedor de referencia _____

Idioma Inglés Español Casado Soltero Divorciado Viudo Separado

Dirección de correo electrónico _____ @ _____

Nombre y dirección del empleador _____

Contacto de emergencia (Apellido) _____ (Nombre) _____

Número de teléfono _____ Relación _____

Dirección _____ Código postal _____

Información de la parte responsable

(información utilizada para los saldos de los pacientes)

Persona responsable Otro paciente Garante Verifique _____ Aquí si la información es igual a la del paciente

Nombre de la persona responsable (Apellido) _____ (Primero) _____

(MI) _____ Fecha de nacimiento MM ____ / DD ____ / YY ____ Sexo Hombre Mujer

Número de Seguro Social _____ - ____ - ____ Dirección _____

Código postal _____ Número de teléfono _____

Correo electrónico _____ @ _____

Nombre / dirección del empleador _____

Número de teléfono del empleador _____

Información del seguro primario

Compañía de seguros / Número de teléfono _____ (____) _____

Nombre del asegurado _____ Relación con el asegurado _____

Fecha de nacimiento MM ____ / DD ____ / YY ____ Fecha de vigencia _____

ID de suscriptor (número de póliza) _____ ID de grupo _____

Información del seguro secundario

Compañía de seguros / Número de teléfono _____ (____) _____

Nombre del asegurado _____ Relación con el asegurado _____

Fecha de nacimiento MM ____ / DD ____ / YY ____ Fecha de vigencia _____

ID de suscriptor (número de póliza) _____ ID de grupo _____

Acepto que la información en este formulario es precisa y actualizada a mi leal saber y entender.

Nombre, dirección y teléfono de la farmacia: _____

() _____

POR FAVOR LEA LA INFORMACIÓN ABAJO CUIDADOSAMENTE

El paciente es responsable del deducible, el coseguro, los copagos y los servicios no cubiertos según lo determine su asegurador. Vamos a solicitar la cobertura secundaria; Sin embargo, debemos contar con esta información.

Los pacientes que tienen seguro de salud deben recordar que los servicios profesionales se prestan y se cobran al paciente y no a la compañía de seguros. Para las compañías de seguros con las que North Central Urology (Dr. Ortiz) tiene un contrato, los copagos establecidos se esperan en el momento en que se prestan los servicios, al igual que los porcentajes de coseguro calculados.

Aunque se presenta una reclamación de seguro en su nombre, esta oficina no puede aceptar la responsabilidad de cobrar su reclamación de seguro o de negociar un acuerdo en una reclamación en disputa. Como beneficiario, usted es responsable del pago de su cuenta dentro de los límites de nuestra política de crédito. Recibirá una declaración una vez que se haya recibido el pago del seguro o la denegación.

Es responsabilidad del asegurado mantener a esta oficina informada de cualquier cambio en el seguro o del médico de atención primaria antes de las citas y garantizar que esta oficina haya recibido las **Referencias** necesarias para la atención especializada.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME DONDE SEA APROPIADO

Para todos los servicios proporcionados por el Dr. Ortiz, por la presente asigno todos los beneficios médicos / quirúrgicos, para incluir los principales beneficios médicos, al Dr. Ortiz. Doy permiso al Dr. Ortiz para que examine y administre el tratamiento que sea necesario o aconsejable, según mi diagnóstico. Tengo derecho a rechazar el tratamiento recomendado. Autorizo al Dr. Ortiz a facturar a mi seguro por los servicios prestados y a proporcionarle a la compañía de seguros la información necesaria para procesar y pagar adecuadamente mi reclamo. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por mi seguro, dentro de los límites de los contratos existentes con transportistas específicos. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original. Esta autorización puede ser revocada por escrito para cualquier servicio futuro provisto.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Para las reclamaciones de Medicare, autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí para que se divulgue a la Administración del Seguro Social y a CMS o sus intermediarios o proveedores de seguros, toda la información necesaria para poder procesar y realizar el pago de mi reclamo de manera adecuada. Le doy permiso al Dr. Ortiz para que examine y administre el tratamiento que sea necesario o conveniente, según mi diagnóstico. Tengo derecho a rechazar el tratamiento recomendado. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos y todos los deducibles y montos aplicables. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original. Esta autorización puede ser revocada por escrito para cualquier servicio futuro provisto.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Doy permiso al Dr. Ortiz para que examine y administre el tratamiento que sea necesario o aconsejable, según mi diagnóstico. Tengo derecho a rechazar el tratamiento recomendado. Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier acuerdo financiero realizado en el momento del servicio. Si en algún momento en el futuro me convierto en elegible para la cobertura del seguro, autorizo la divulgación de toda la información necesaria para establecer la elegibilidad y determinar los beneficios disponibles. Esta autorización puede ser revocada por escrito para cualquier servicio futuro provisto.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Testigo de la oficina _____ Fecha _____

North Central Urology P.A.

Dennis L. Ortiz, D.O.

ADULT AND PEDIATRIC UROLOGY

BOARD CERTIFIED

4218 Gateway Dr., Suite 200

Colleyville, TX 76034

(817)283-1860 Fax (817) 283-2175

Nuestra oficina se complace en tener la oportunidad de servirlo. Nuestra misión principal es brindarle atención médica de calidad. Juntos, nosotros (los pacientes y su equipo de atención médica) estamos tratando de adaptarnos a las formas cambiantes en que se financia y brinda la atención médica. Las siguientes pautas fueron desarrolladas para ayudarlo durante el proceso.

Pautas de pago:

- Recopilamos copagos, coseguro y / o deducibles en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho por escrito otros arreglos por escrito con nuestra oficina.
- Aceptamos efectivo, cheques, giros postales y tarjetas de crédito (Visa, Mastercard, American Express y Discover).
- Si se devuelve su cheque, se evaluará una tarifa de procesamiento de \$ 35 además del monto del cheque.
- Se enviará un reclamo a su compañía de seguros para el pago. Si su compañía de seguros le remite el pago, envíe el pago a nuestra oficina junto con la Explicación de beneficios.
- Cualquier saldo que su compañía de seguros determine que es su responsabilidad financiera se le cobrará a usted. El pago se debe en su totalidad al recibir su estado de cuenta. Los saldos que permanecen sin pagar después de 90 días pueden ser referidos a una agencia de cobranza externa para posteriores esfuerzos de cobranza. _____ (inicial)

Ausencias / cancelaciones tardías: para proporcionar el mejor servicio posible y la disponibilidad para todos los pacientes, nuestra práctica ha implementado las siguientes tarifas:

_____ Visita al consultorio: requerimos un aviso de 24 horas para todas las cancelaciones de visitas a la oficina. Si no se proporciona el aviso requerido, un cargo de \$ 50.00

(Inicial) se evaluará en la cuenta del paciente.

_____ Procedimiento: requerimos un aviso de 2 días hábiles para todas las cancelaciones de procedimientos. Si no se proporciona el aviso requerido, \$ 100.00

El cargo (inicial) se evaluará en la cuenta del paciente.

Es posible que se requiera el pago de la cita perdida antes de, o en el próximo procedimiento programado o visita a la oficina..

Servicios auxiliares: su médico lo puede derivar a uno o más "servicios auxiliares" en relación con su atención médica. Un servicio auxiliar es un servicio que complementa o respalda su tratamiento médico. Los siguientes son considerados, pero no se limitan a, posibles servicios auxiliares:

- Centro de Cirugía Ambulatoria - Terapia de Infusión - Laboratorio y Pruebas de Patología
- Servicios de farmacia - Radiación / Imágenes

Su médico puede tener un interés económico o una relación comercial con la compañía o persona que brinda los servicios auxiliares. No está obligado a usar el proveedor al que lo refiere su médico. Usted es libre de usar cualquier proveedor que elija.

Programas de investigación: su médico puede preguntarle si le gustaría participar en un ensayo clínico o un programa de investigación. Estos programas pueden ser patrocinados por una compañía farmacéutica o pueden ser un programa de investigación patrocinado por la práctica. Su médico puede ser compensado por los servicios prestados en relación con estos programas. No está obligado a participar en ningún programa de investigación y obtendrá su permiso antes de participar en un programa que su médico considere apropiado para usted.

Cuándo presentar su tarjeta de seguro: presente su tarjeta de seguro en **CADA VISITA**. Específicamente, llame nuestra atención sobre cualquier cambio (nueva tarjeta, nuevo número de abonado o grupo, etc.) desde su última visita. Esto lo protege de pagar una factura debido a que proporciona información incorrecta. Hay una ventana estrecha (0-45 días) para presentar un reclamo exacto a la compañía de seguros correcta. De lo contrario, podría significar que se puede denegar el reclamo. Si tiene un seguro secundario, se archivará como cortesía. Sin embargo, si no hemos recibido el pago de su seguro secundario de manera oportuna, el saldo será su responsabilidad.

Asignación de beneficios: North Central Urology puede presentar una reclamación por los servicios prestados por el médico, la instalación, el patólogo y / o el proveedor de anestesia. North Central Urology está autorizado a transferir cualquier pago excesivo de un paciente a una de estas entidades asociadas, si corresponde. Por la presente autorizo a North Central Urology a:

- Divulgar cualquier información necesaria a la compañía de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos.
- Procesar reclamaciones generadas para mi examen / tratamiento.
- Permitir que una fotocopia de mi firma se use para procesar reclamos de seguro por un período de una vida.
- Mantenga esta orden vigente hasta que la revoque por escrito.

Divulgación de la propiedad: Baylor Medical Center en Trophy Club, Baylor Surgicare en Bedford y I se comprometen a brindar excelencia clínica en un entorno seguro y cómodo para usted y los miembros de su familia. Soy un propietario porcentual de ambas instalaciones. Esta propiedad me permite tener voz en la administración y las políticas de ambas instalaciones. Esta participación ayuda a garantizar la mejor calidad de atención para usted.

Baylor Medical Center en Trophy Club y Baylor Surgicare en Bedford cumplen con la definición federal de instalación propiedad de un médico y una lista de los propietarios de cada instalación que son médicos (o sus familiares más cercanos) está disponible en cualquiera de las instalaciones si así lo solicita.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, no dude en preguntar al Dr. Dennis Ortiz, o al Director Ejecutivo de Baylor Medical Center en Trophy Club o Baylor Surgicare en Bedford. Le damos la bienvenida como paciente y valoramos nuestra relación con usted.

¡Le valoramos como paciente y estamos ansiosos por servirle! Nuestra prioridad es brindarle la mejor atención posible. Si desea comunicarse con nuestra oficina, puede hacerlo al 817-283-1860.

He leído y entiendo las pautas, las obligaciones financieras y la divulgación según lo indicado anteriormente.

Firma del paciente o del responsable

Nombre impreso

Fecha

North Central Urology

Dennis L. Ortiz, D.O.

ADULT AND PEDIATRIC UROLOGY

BOARD CERTIFIED

4218 Gateway Dr., Suite 100

Colleyville, TX 76034

(817)283-1860 Fax (817) 283-2175

REGISTRO PACIENTE DE REVELACIONES HIPAA

En general, las reglas de privacidad de HIPAA otorgan a las personas el derecho de solicitar una restricción de uso y Revelaciones de su información de salud protegida (PHI). Al individuo también se le otorga el derecho. Para solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de PHI se realice por medio de medios, como enviar correspondencia a la oficina de la persona en lugar de a la casa de la persona.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de casa _____ | <input type="checkbox"/> Comunicación escrita |
| <input type="checkbox"/> O.K. para dejar un mensaje con información detallada | <input type="checkbox"/> O.K. enviar por correo a domicilio |
| <input type="checkbox"/> Deje un mensaje con el número de devolución de llamada solo | <input type="checkbox"/> O.K. para enviar por correo a mi dirección de trabajo / oficina |
| <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo _____ | |
| <input type="checkbox"/> O.K. Para dejar un mensaje con información detallada. | |
| <input type="checkbox"/> Deje un mensaje con el número de devolución de llamada solamente | |

Personas autorizadas para divulgar información a:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

La regla de privacidad generalmente requiere que los proveedores de atención médica tomen medidas razonables para limitar el uso o la divulgación de información, y las solicitudes de PHI al mínimo necesario para lograr el propósito previsto. Estas disposiciones no se aplican a los usos o divulgaciones realizadas de conformidad con una autorización solicitada por el individuo.

_____ / _____ / _____

Firma del paciente

Fecha

_____ / _____ / _____

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

North Central Urology

History of Present Illness

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Cuál es la razón principal de su visita:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aumento de PSA | <input type="checkbox"/> Historia de riñón Caner | Sangre en la orina <input type="checkbox"/> visible <input type="checkbox"/> invisible |
| <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil | <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario | <input type="checkbox"/> BPH o síntomas de evacuación masculina |
| <input type="checkbox"/> Historial de cáncer de vejiga | <input type="checkbox"/> Infertilidad | Incontinencia o síntomas miccionales o femeninos |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Historia del cáncer de próstata | <input type="checkbox"/> Otro Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Piedras en los riñones | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal o en el costado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor de vejiga | <input type="checkbox"/> Quiste renal | _____ |

Completar la siguiente sección es la razón por la cual la visita de hoy es por incontinencia (masculina o femenina):

¿Cuántos episodios de incontinencia tiene en un período diurno típico? _____

¿Cuántos episodios de incontinencia tiene en un período nocturno típico? _____

Eres incontinente con... ¿Toser? Sí No

¿Estornudos? Sí No

¿Para caminar? Sí No

¿Actividad física? Sí No

¿Le molesta la necesidad de darse prisa para ir al baño? Sí No

¿Eres incontinente porque no puedes llegar al baño a tiempo? Sí No

¿Usas almohadillas para controlar la incontinencia?

Si es así, tipo de pad _____ # pads por día _____ # pads por noche _____

Fecha del último tratamiento para una infección del tracto urinario ____ / ____ / ____

Tienes.... ¿Diabetes? Sí No

¿Accidente cerebrovascular o lesión en la cabeza? Sí No

¿Lesión en la espalda o cirugía? Sí No

¿Terapia de radación pasada Sí No

¿Piernas débiles o adormecidas? Sí No

(Sólo mujeres) ¿Número de embarazos / partos? ____ / ____

Historia del tabaco

¿Es usted un fumador de cigarrillos activo? Sí No

¿Alguna vez has sido fumador de cigarrillos? Sí No

* En caso afirmativo, fumé un promedio de ____ paquetes por día durante ____ años. Renuncio en ____ (año)

¿Utiliza otros productos de tabaco? Sí No

*En caso afirmativo, por favor especifique _____

Historia del alcohol y las drogas

¿Actualmente tomas alcohol regularmente? Sí, actualmente Nunca / raramente

Si es así, aproximadamente cuántas bebidas por semana (cerveza, vino o licor) _____

¿Alguna vez has usado drogas? Sí No

North Central Urology

History of Present Illness

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

CONDICIONES MÉDICAS (incluya condiciones médicas pasadas y presentes. Marque la casilla correspondiente)

Condición	Sí	No
Presión arterial alta (hipertensión)	Sí	No
Colesterol elevado ataque cardíaco	Sí	No
Latido irregular del corazón (arritmia cardíaca)	Sí	No
Insuficiencia cardíaca congestiva	Sí	No
Accidente cerebrovascular o AIT	Sí	No
Úlceras de estómago o intestino.	Sí	No
Enfisema, EPOC o problemas pulmonares.	Sí	No
Asma	Sí	No
Diabetes	Sí	No
Problemas de sangrado	Sí	No
VIH / SIDA	Sí	No
Enfermedad renal (insuficiencia renal)	Sí	No
Enfermedad hepática (hepatitis B o C)	Sí	No
Convulsiones	Sí	No
Enfermedad de tiroides	Sí	No
Enfermedad psicológica o psiquiátrica.	Sí	No
Cáncer de cualquier órgano (especificar)	Sí	No
Cálculos renales	Sí	No
Glaucoma	Sí	No
Listar otras condiciones		

HISTORIA FAMILIAR

¿Hay algún antecedente en su familia de:	Sí	No	Pariente (s) Afectado (s)
Alta presión sanguínea	Sí	No	
Diabetes	Sí	No	
Cáncer de próstata	Sí	No	
Colesterol alto	Sí	No	
Cálculos renales	Sí	No	
Otra enfermedad significativa			

North Central Urology

History of Present Illness

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

MEDICAMENTOS ACTUALES

(incluya prescripción, sin receta y suplementos herbales) o Ninguno

Nombre de la medicación	Dosis (mg)	¿Con qué frecuencia se toma la medicación?
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

ALERGIAS (incluyen medicamentos, alimentos, tintes de rayos X) o Ninguna conocida

Nombre del alérgeno	Tipo de reacción
1	
2	
3	
4	
5	

Cirugías pasadas (incluya todas las cirugías en su vida) o Ninguna Enumere cualquier otra en la parte posterior

Tipo de Cirugía	Fecha (aproximada)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA VEJIGA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Medico _____

Que los síntomas mejor describen? (Compruebe todo lo que aplique)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Micción frecuente, día, noche o ambos | <input type="checkbox"/> Que se escapa con estornudos, tos, Ejercicio de |
| <input type="checkbox"/> Súbita o ganas fuertes de orinar | <input type="checkbox"/> escaparse con impulso o sin advertencia |
| | (No se puede llegar al baño a tiempo) |
| <input type="checkbox"/> No se puede vaciar la vejiga | <input type="checkbox"/> la vejiga o dolor pélvico |

¿Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas? _____

¿Has probado medicamentos para ayudar a sus síntomas? Sí No

En caso afirmativo, Verifique todos los medicamentos que ha tratado:

- Detrol® LA Ditropan XL® Flomax® Cardura® Gelnique®
- Parche Oxytrol® Enablex® VESicare® DDAVP® Toviaz®
- Sanctura® Elavil® Elmiron® Otra _____

¿Estos medicamentos ayudan a los síntomas? Círculo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún alivio completamente curada

Si has dejado de tomar sus medicamentos explican por qué: (Compruebe todo lo que aplique)

- No le efectos secundarios Caro

Describir los efectos secundarios _____

Modificaciones de comportamiento tratados de _____

(es decir, el consumo de cafeína, cambios de estilo de vida, formación, pelvis vejiga piso entrenamiento muscular)

¿Cuál es su nivel de frustración con los síntomas de la vejiga? Círculo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No frustrado muy frustrada

¿Tienes algún problema con la función del intestino? (Círculo de todas las que aplican)

- Incontinencia fecal estreñimiento otros

Estoy interesado en aprender más sobre alternativas de tratamiento a los medicamentos:

- Si No

(Por favor, rellene las burbujas con cuidado y por completo para cada pregunta)

Psicología

Depresión o Sí o No
 Alto nivel de estrés o Sí o No
 Alteraciones del sueño o Sí o No
 Anxiety o Sí o No
 ¿Estás satisfecho con la vida? o Sí o No
 ¿Piensas en el suicidio? o Sí o No

Constitucional

Aumento de peso o Sí o No
 Pérdida del apetito o Sí o No
 Fiebre o Sí o No
 Debilidad o Sí o No
 Pérdida de peso o Sí o No
 Fatiga o Sí o No
 Escalofríos o Sí o No
 Dolor de cabeza o Sí o No

Oído Nariz y garganta

Frío o Sí o No
 Tos o Sí o No
 Sangrado en la nariz o Sí o No
 Pérdida auditiva o Sí o No
 Pérdida auditiva o Sí o No
 Dolor de garganta o Sí o No
 Zumbido en los oídos o Sí o No
 Dolor en los senos nasales o Sí o No

Infección del oído o Sí o No
 Problemas sinusivos o Sí o No

Cardiología

Dolor en el pecho o Sí o No
 Palpitaciones o Sí o No
 Edema de pierna o Sí o No
 Falta de aliento o Sí o No
 Varices o Sí o No
 Presión arterial alta o Sí o No

Sangre en heces o Sí o No
 Diarrea o Sí o No
 Estreñimiento o Sí o No
 Náuseas / vómitos o Sí o No
 Dificultad para tragar o Sí o No
 Dolor abdominal o Sí o No
 Acidez / Indigestión o Sí o No
 Hemorroides o Sí o No

Neurología

Dolor de cabeza o Sí o No
 Hormigueo/adormecimiento o Sí o No
 Convulsiones o Sí o No
 Insomnio o Sí o No
 Pérdida de la Memoria o Sí o No
 Mareos o Sí o No

Heamtología / Linfa

Glándulas inflamadas o Sí o No
 Fatiga o Sí o No
 Pérdida del apetito o Sí o No
 Varices o Sí o No
 Varices o Sí o No
 Moretones fáciles o Sí o No
 Problema de coagulación sanguínea o Sí o No

Urología

Dificultad para orinar o Sí o No
 Sangre en la orina o Sí o No
 Micción frecuente o Sí o No
 Disfunción de evacuación o Sí o No
 Nocturia o Sí o No
 UTI recurrente o Sí o No
 Retención de orina o Sí o No

Ojos

Visión borrosa o Sí o No

Double Vision o Sí o No
 Dolor o Sí o No

Alergia / inmunológico

Hay Fiebre o Sí o No
 Alergias a medicamentos o Sí o No

Endocrino

Hay sed excesiva o Sí o No
 Demasiado caliente / frío o Sí o No
 Cansado / lento o Sí o No

Piel Integumentaria

Erupción en la piel o Sí o No
 Boils o Sí o No
 Comezón persistente o Sí o No

Musculoesquelético

Dolor en las articulaciones o Sí o No
 Dolor de cuello linfático o Sí o No
 Dolor de espalda o Sí o No
 Dolor en el flanco o Sí o No

Respiratorio

Sibilancia o Sí o No
 Sibilancia o Sí o No
 Tos frecuente o Sí o No
 Dificultad para respirar o Sí o No

Historia social

Alcohol o Sí o No
 Fumar o Sí o No
 Sexualmente activa o Sí o No
 Ejercicio o Sí o No
 Uso de drogas recreativas o Sí o No
 Caféina o Sí o No
 Viaje fuera de los Estados Unidos o Sí o No
 Exposición ocupacional o Sí o No
 Ocupación o Sí o No

Regístrese en el portal del paciente para ver los registros médicos:

CORREO ELECTRÓNICO (en letra de imprenta): _____ @ _____