



# Northeast Allergy, Asthma & Immunology

[WWW.NEAAI.COM](http://WWW.NEAAI.COM)  
Teléfono (978)537-4805  
Fax (978)537-2185

79 Erdman Way, Suite 101  
Leominster, MA 01453

Teléfono: (978)537-4805 Fax: (978)537-2185

616 Boston Post Road  
Sudbury, MA 01776

Teléfono: (978)218-7209 Fax: (978)261-5637

Jordan E. Scott, MD  
David E. Riester, MD, FAAAAI  
Lauren M. Handelman, MD, FAAAAI  
Mudita Gogna, MD  
Francisco A. Bonilla, MD, PhD  
Erica Puglielli, FNP-BC  
Peggy, Papanastassiou, FNP

1400 Centre Street, Suite 104  
Newton, MA 02459

Teléfono: (617)765-0228 Fax:

## Gracias por elegir a Northeast Allergy Asthma & Immunology

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de cita:

\_\_\_\_\_

La cita está programada con:

\_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

### ¡Bienvenido! Este es su Paquete de Nuevo Paciente

Encerrado usted encontrará información y las instrucciones para su primera visita con nosotros. Junto con:

Forma de consentimiento de HIPAA para tratar y facturar su seguridad

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA omnibus

Forma de Nuevo Paciente

Forma demográfica del paciente

Por favor complete los formularios y devuélvalos con usted.

**\*Información importante sobre la cita\***

Tarifa de Cita Perdida: Para asegurar la disponibilidad de citas para nuestros pacientes, cobramos una tarifa para las citas faltadas que no se cancelan por lo menos 24 horas de anticipación. El cargo es de \$25 para las citas de seguimiento y \$50 para citas de paciente nuevos. Por favor haga todo lo posible para mantener su cita para el horario y fecha que ha hecho. Gracias.

Deducibles del Plan de Seguro: ¿Tiene un deducible su plan de seguro? Por favor sea informado que nuestra oficina cobra \$150 hacia su deducible anual. Esta sólo se hace anualmente y se acredita hacia su deducible. Cualquier saldo restante será facturado después de que su seguro sea procesado. Agradecemos su co-pago en el momento de su visita. Gracias.

Antihistaminicos y los descongestionantes pueden interferir con las pruebas de piel al bloquear la respuesta alérgica. Con el fin de que le demos resultados de pruebas precisos por favor pare todos los medicamentos recetados y antihistaminicos y descongestionantes de venta libre **ANTES** de su cita. Estos medicamentos incluyen:

- Remedios para la tos y el resfriado
- Medicina del mareo
- Ayudas del sueño

Algunos antihistaminicos duran más. Estos se deben parar **7 días antes** de la prueba de la alergia:

- Cetirizine/Zyrtec
- Crema de cortisona de los brazos o la espalda
- Desloratadine/Clarinet
- Doxepin/Sinequan
- Fexofenadine/Allegra
- Loratadine/Claritin/Alavert/o genérico
- Levocetirizine/Xyzal

Parar **3 días antes** de la prueba:

- Azelastine HCL/Astelin/Astepro
- Hydroxyzine/Atarax/Vistaril
- Olopatadine/Patanase
- Sudafed
- Tussinex
- Actifed
- Advil Allergy/Sinus
- Chlorpheniramine/Chlortrimetron
- Cyproheptadine/Periactin
- Contac
- DayQuil
- Deconamine
- Dimetapp
- Diphenhydramine/Benadryl
- Drixoral
- Duravent DA

- Dura-tap
- Zantac/Rantitidine

Todos los demás medicamentos para la tos o el resfriado deben parar dos días antes del examen.

Parar **un día antes** de la prueba:

- Amitriptyline/Elavil
- Desipramine/Norpramin
- Nortriptyline/Pamelor
- Imipramine/Tofranil
- Trazodone/Desyryl

Si usted esta en cualquier beta-bloqueadores (Tenormin/Atenolol, Lopressor/Toprol-XL/Metoprolol, Corgard/Nadolol, Trandate/Labetalol, Inderal/Propranolol, o Normodyne), por favor póngase en contacto con nuestra oficina antes de su cita para obtener más instrucciones.

**NO DETENGA NINGÚN MEDICAMENTO PARA EL ASMA** o esteroides nasales. No deje de usar Singulair. No pare ningún inhalador. No detenga ningún medicamento para la presión arterial o gotas a menos que haya sido arreglado con su médico de atención primaria por adelantado.

La mayoría de medicina no interfiere con las pruebas pero asegúrese que su médico y enfermera sepan acerca de todos los medicamentos que está tomando. (traer una lista o las medicinas).

Por favor no use perfume o loción después de afeitarse el día de su cita porque puede ser irritante para otro paciente con síntomas respiratorios. No traiga alimentos que contengan nueces en la oficina. Por favor deje un mínimo de dos horas para esta cita.

**Demografía del paciente:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

# de contacto primario: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ # de contacto secundario #: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Forma preferida de contacto para avisos de cita: Casa  Cell  Email  Texto

**Farmacia:**

Nombre y dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

<b>POR FAVOR MARQUE UNO EN CADA CAJA:</b> <b>Raza:</b>  Caucásico/blanco  Hispano  Afroamericano/negro  Asiático  Otro: _____	<b>Etnicidad:</b>  Hispano/Latino  Non-Hispano/ Latino  Otro: _____	<b>Idioma:</b>  Inglés  Español  Ruso  Indio  Otro: _____
--	---	---

Nombre de contacto de emergencia primario: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ ¿Guardián legal? Si / No

Nombre de contacto de emergencia secundario: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ ¿Guardián legal? Si / No

**Reconocimiento de los derechos de privacidad del paciente (HIPAA)**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre) reconozco que me ofrecieron una copia de NEAAI aviso conjunto de prácticas de información. Entiendo que este aviso describe cómo la práctica utiliza y divulga mi información médica y de facturación, así como la descripción de mis derechos y cómo puedo obtener información adicional.

Quisiera una copia \_\_\_\_\_ No quisiera una copia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Padre/ Representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**Nombre de paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha De Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**(OPCIONAL)** Para seguir cumpliendo con las leyes de información médica, se debe proporcionar autorización por escrito si usted desea que compartamos información médica protegida con alguien que no sea el guardián legal de un menor. El consentimiento también debe ser proporcionado para el paciente cuando llegue a la edad de 18 años si desea autorizar a cualquier otro adulto a ponerse en contacto con nuestra oficina en su nombre o solicitar información médica.

\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Relación al paciente) (Teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Relación al paciente) (Teléfono)

Si desea limitar el acceso a su información de salud protegida, por favor identifique la información médica que no desea compartir. \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, usted da permiso a Northeast Allergy, Asthma, & Immunology (NEAAI) para transmitir dicha información a las personas ennumeradas aquí. *Tenga en cuenta:* Esta autorización **no autoriza** permiso a la persona(s) indicada arriba para actuar en su nombre como apoderado de atención médica.

\_\_\_\_\_  
(Firma) (Fecha)

*(Este formulario de consentimiento se considera **válido por tres años** a partir de la fecha de la firma a menos que sea **revocado por escrito o se presente un nuevo formulario de consentimiento**. Este formulario de consentimiento substituye a todos los formularios previos de consentimiento y a cualquier persona designada en esos formularios. Por favor informa a las personas mencionadas anteriormente que pueden ser requeridos a proporcionar identificación al solicitar información.*

Política Financiera: NEAAI solicita el pago rápido de todos los saldos financieros pendientes. Si tiene alguna pregunta con respecto a su factura o para las declaraciones de las explicaciones de beneficios de su compañía de seguro por favor llame a nuestra oficina. Reconocemos que algunos de nuestros pacientes pueden experimentar dificultad financiera a veces, así que por favor díganos si podemos ayudarle con la creación de un plan de pago cómodo que acomode el presupuesto de su familia. Desafortunadamente, el incumplimiento de esta póliza puede resultar en la descarga de la práctica.

**“No-Show” Poliza:** NEAAI define una cita sin presentación como cualquier cita programada en la que el paciente (1) no llegue a la cita y no llame a la oficina (2) cancela una cita menos de 24 horas antes de la hora prevista de la cita con una razón inapropiada (3) Llega tarde a la cita sin llamar por adelantado y por lo tanto no puede ser visto. *Después de continuadas infracciones de NEAAI “no-show” poliza, nos reservamos nuestro derecho a dar de alta al paciente de nuestra práctica ya que puede que ya no nos sintamos cómodos administrando el cuidado de este paciente que decide poner peligro continuamente su propia atención médica o la de sus niños.*

Yo autorizo el tratamiento médico para mí mismo y la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar toda reclamación de seguro a mi compañía de seguro y el pago de tales directamente a Northeast Allergy, Asthma, & Immunology (NEAAI). También entiendo y reconozco que cualquier cargo por atención médica que no esté cubierto por mi seguro médico o que no sea reembolsado directamente a NEAAI, incluyendo todos los deducibles del plan, son mi responsabilidad financiera personal, reconozco que todos los costos de los honorarios (incluyendo honorarios legales y los costos de la corte) asociados a la colección de costos impagados son todos mi responsabilidad personal, reconozco que los detalles de la cobertura de seguro médico que tengo es solamente mi responsabilidad de entender antes de cualquier atención médica proporcionada a mí por NEAAI; así como todas las pruebas, trabajo de laboratorio y otras actividades médicas relacionadas recomendadas para mí por NEAAI. También autorizo el personal de NEAAI para ver mi historial de recetas a través de recursos externos.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente/padre/representante legal Fecha Relación al paciente

# Northeast Allergy, Asthma & Immunology

## Información de Nuevo Paciente

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Día de Cita: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Domicilio de padre(si es diferente): \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular Paciente o padre: \_\_\_\_\_

Farmacia nombre y domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre de médico remitente: \_\_\_\_\_

Domicilio de médico: \_\_\_\_\_

Motivo de visita hoy (¿Por qué esta aqui?): \_\_\_\_\_

### Revisión de los síntomas:

**Marque** cualquiera de los problemas que tiene el *paciente* (no miembros de la familia): **POR FAVOR MARQUE NINGUNO si es aplicable:**

**General:** fiebres, fatigas, pérdida de peso, sensación de frío o calor cuando otros son cómodos, ninguno

**Ojos:** picazón, ojos rojos, cataratas, infecciones oculares, ninguno

**Oídos:** infecciones recurrentes del oído, pérdida de audición, ninguno

**Nariz:** alergia al polen, infecciones sinusales, presión sinusal crónica, nariz tupida, incapacidad para oler, picazón en la nariz, secreción nasal, ninguno

**Garganta:** faringitis estreptocócica recurrente, dolor de garganta, goteo post nasal, amigdalitis, ninguno

**Pecho:** tos crónica, sibilancias, Neumonía recurrente, EPOC, asma, dolor torácico, ninguno

**Corazón:** ritmo anormal, palpitaciones, presión arterial alta, enfermedad cardíaca, enfermedad de la arteria coronaria, ninguno

**Gastrointestinal:** dolor de estómago, reflujo ácido, acidez estomacal, Gerd, úlceras, vomitos, diarrea, estreñimiento, sangre en las heces, ninguno

**Piel:** eccema, urticaria, hinchazón, psoriasis, otras erupciones, ninguno

**Endocrina:** Diabetes, problemas de crecimiento, problemas de la tiroides, ninguno

**Genitourinario:** infecciones de las vías urinarias recurrentes, enfermedad renal, problemas de próstata, ninguno

**Musculo-esquelético:** artritis, articulaciones hinchadas, enfermedad de Lyme, ninguno

**Neurológico:** retardo del desarrollo del TDAH, convulsiones, migraña, ninguno

**Linfáticos:** ganglios linfáticos inflamados, ganglios linfáticos anormales, ninguno

**Hematológica:** Anemia, célula falciforma, ninguno

**Psiquiátricos:** Ansiedad, depresión, otro, ninguno

**Hospitalizaciones:** \_\_\_\_\_

**Cirugías:** \_\_\_\_\_

**Reacciones alérgicas a los medicamentos (ie. Alergia a la penicilina)**

**Medicamentos diarios:**

**Medicamentos que se toman según sea necesario:**

**Medicamentos que no funcionaron para su problema en el pasado:** \_\_\_\_\_

### Historia Familiar:

Por favor marque cualquiera de los siguientes si los padres, hermanos, abuelos o primos del paciente los tienen:

Asma	Alergias estacionales	Lupus
Eccema	Alergias de comida	Urticaria
Enfermedad tiroidea	Alergias bajo techo	EPOC
Enfermedad del corazón	Defecto inmune	Otro:

### Ambiente en el hogar:

¿Vives en una casa o apartamento (Marca con un círculo)?

¿Hay mascotas? Si/No. Si tiene ¿Que tipo?

¿Qué tipo de calefacción tienes (Marca con un círculo)?

Aire caliente forzado (entra por los respiraderos), calefacción de placa base, radiadores, estufa de leña.

¿Aire acondicionado (Marca con un círculo)? Aire acondicionado central, aire acondicionado de ventana, ninguno

Cualquier problema con (Marca con un círculo): Ratones, cucarachas, mojo

En la habitación del paciente hay: Alfombra: Si/No;

Juguetes de peluche en la cama: Si/No; Cama con plumas: Si/No

¿Alguien fuma en casa? \_\_\_\_\_

Para pacientes adultos: ¿Alguna vez has fumado?: Si/No

Si es así, ¿Cuanto? \_\_\_\_\_ paquetes por día, \_\_\_\_\_ años

Fecha que paro: \_\_\_\_\_ Toma alcohol: Si/No

**Otro información que quieres que sepamos:**