

Gracias por Elegir a Northeast Allergy Asthma & Immunology

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de cita: _____

La cita está programada con: _____ Lugar: _____

Pronombres preferido: _____

¡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

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.

Información para su próxima visita de prueba

Información IMPORTANTE para su próxima visita:

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
- Cortisone cream to the arms or back
- Desloratadine/Clarinet
- Doxepin/Sinequan
- Fexofenadine/Allegra
- Loratadine/Claritin/Alavert/or generic
- Levocetirizine/Xyzal
- Hydroxyzine/Atarax/Vistaril
- Cyproheptadine/Periactin
- Azelastine HCL/Astelina/Astepro

Para **3 días antes** de la prueba:

- Olopatadine/Patanase
- Sudafed
- Tussinex
- Actifed
- Advil Allergy/Sinus
- Chlorpheniramine/Chlortrimetron
- Contac
- DayQuil
- Deconamine
- Dimetapp
- Diphenhydramine/Benadryl
- Drixoral
- Duravent DA
- Dura-tap
- Zantac/Rantidine

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

Los siguientes medicamentos pueden interferir con las pruebas cutáneas para alergias, pero no deben suspenderse a menos que lo indique el médico que los prescribe:

- Amitriptyline/Elavil
- Desipramine/Norpramin
- Nortriptyline/Pamelor
- Imipramine/Tofranil
- Trazodone/Desyryl
- Bloqueadores H2 como Pepcid AC, Pepcid Oral, Zantac etc...

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 prueba 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.

**La mayoría de las pruebas estándar de alergia cutánea para alérgenos ambientales y alimentos se pueden realizar en la visita inicial, siempre que haya dejado de tomar ciertos medicamentos que interfieren con las pruebas (consulte la página 2). Por favor, entienda que algunas pruebas especializadas requieren preparación previa y deberán realizarse en una visita de seguimiento.

Demografía del Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de nacimiento: _____ Pronombres preferido _____ 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: _____

Por Favor Marque Uno En Cada Caja:

Raza	Etnicidad	Idioma:
<input type="checkbox"/> Caucásico/blanco	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Inglés
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Non-Hispano/ Latino	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Afroamericano/negro	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ruso
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Indio
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> 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

Esta práctica utiliza DeepScribe, una herramienta de documentación asistida por IA, para respaldar la toma de notas médicas de manera precisa y eficiente durante su visita. Su información se almacena de forma segura en la nube, protegida con cifrado AES de 256 bits de nivel militar, y se maneja en pleno cumplimiento con las regulaciones de HIPAA. DeepScribe es un Asociado Comercial que cumple con HIPAA y cuenta con una certificación SOC 2 Tipo II. Sus datos son desidentificados, nunca se venden y nunca se comparten con terceros. Al firmar a continuación, usted reconoce esta divulgación. También se solicitará su consentimiento verbal al momento de su visita.

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 enumeradas 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 . This 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

Politica 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 dinos si podemos ayudarle con la creación de un plan de pag 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; asi 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.well as all tests, lab work and other related medical activity recommended to me by NEAAI. I also hereby authorize the staff of NEAAI to view my prescription history through external resources.

Firma de paciente/padre/representante legal

Fecha

Relación al paciente

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?): _____

Ocupacion: _____

Hospitalizaciones _____

Cirugias: _____

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:

Problemas médicos importantes previos o actuales

Ambiente en el hogar

¿Vives en una Casa o Apartamento?

¿Hay mascotas? Si/No ¿Que tipo? _____

¿Qué tipo de calefacción tienes?

Aire caliente forzado (entra por los respiraderos)

Calefacción de placa base Radiadores Estufa de leña.

¿Aire acondicionado? Aire acondicionado central Aire acondicionado de ventana

Ninguno

Cualquier problema con: 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: _____



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

Nariz

- Alergia al polen
- Infecciones sinusales
- Presión sinusal crónica
- Nariz tupida
- Incapacidad para oler
- Picazón en la nariz
- Secreción nasal
- Ninguno

Corazón

- Ritmo anormal
- Palpitaciones
- Presión arterial alta
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad de la arteria coronaria
- Ninguno

Endocrina

- Diabetes
- Problemas de crecimiento
- Problemas de la tiroides
- Ninguno

Ojos

- Picazón
- Ojos rojos
- Cataratas
- Infecciones oculares
- Ninguno

Garganta

- Faringitis estreptocócica recurrente
- Dolor de garganta
- Goteo post nasal
- Amigdalitis
- Ninguno

Gastrointestinal

- Dolor de estómago
- Reflujo ácido
- Acidez estomacal
- GERD
- Úlceras
- Vómitos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Sangre en las heces
- Ninguno

Oídos

- Infecciones recurrentes del oído
- Pérdida de audición
- Ninguno

Pecho

- Tos crónica
- Sibilancias
- Neumonía recurrente
- EPOC
- Asma
- Dolor torácico
- Ninguno

Piel

- Eccema
- Urticaria
- Hinchazón
- Psoriasis
- Otras erupciones
- Ninguno

Linfáticos

- Ganglios linfáticos inflamado
- Ganglios linfáticos anormales
- Ninguno

Musculo-esquelético

- Artritis
- Articulaciones hinchadas
- Enfermedad de Lyme
- Ninguno

Genitourinario

- Infecciones de las vías urinarias recurrentes
- Enfermedad renal
- Problemas de próstata
- Ninguno

Neurológico

- Retardo del desarrollo del TDAH
- Convulsiones
- Migraña
- Ninguno

Psiquiátricos

- Ansiedad
- Depresión
- Otro
- Ninguno

Hematológico

- Anemia
- Sickle cell
- None

Historia Familiar

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Alergias de comida | <input type="checkbox"/> Alergias bajo techo |
| <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Urticaria | <input type="checkbox"/> EPOC |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Defecto inmune | <input type="checkbox"/> Otro: |