

SouthWest Arthritis Research Group, P.A.

1600 Republic Parkway, Suite 200
Mesquite, TX 75150

Phone: 972-288-2600

Fax: 972-288-8886

www.myarthritisdoc.com

Atul K. Singhal, MD, FACR

Carmen M. Campbell, MD, FACR

Mei-an Ty-Arias, MD, FACR

Pedro Castillo, MD

Bienvenido a nuestra oficina, gracias por confiar en nosotros con sus necesidades de atención médica.

Por favor, lea la siguiente información y llene el nuevo paquete de pacientes lo mejor que pueda, y llévelo con usted a su primera cita.

Al tener todos los registros médicos disponibles en la primera visita aseguraría que su cita sea lo mas productivo posible. Recibiraria una llamada de parte de nuestra oficina al no recibir los documentos necesarios antes de su primera cita.

1. Por favor llegue 15 minutos antes de su cita. Si necesita ayuda para llenar su nevo paquete de pacientes, por favor venga 30 minutos antes para recibir asistencia.
2. Traiga Licencia de Conducir u otra tarjeta de identificación y tarjeta medica junto con su paquete.
3. En caso de que necesite cancelar o reprogramar su cita, llame a las 48 horas antes de su cita para que otro paciente que necesite atención medica pueda beneficiarse de su cita.
4. Damos la bienvenida a los pacientes con TODOS los planes de seguro, así como los pacientes sin seguro médico. El objetivo de nosotros es asegurar que todos nuestros pacientes obtengan el cuidado necesario, sin importan de la situación de su seguro o habilidad de pago.
5. En case de que vaya a llegar tarde a su cita, por favor llámenos lo antes posible. Intentaremos nuestro mejor para acomodar llegadas tarde; a veces puede ser necesario reprogramar su cita.
6. Los pacientes son vistos en el orden de su cita con su médico programado. Tenga en cuenta que tenemos varios departamentos dentro de nuestra clínica; Si usted ve a un paciente siendo llamado de vuelta antes de que usted no significa necesariamente que se está saltando.
7. Por favor traiga cualquier laboratorio o registro médico con usted, o solicite que nos lo envíen directamente. Se adjunta un formulario de solicitud de registros.
8. Si análisis de sangre o las radiografías son necesarias durante la consulta, pueden realizarse en nuestra oficina a menos que especifique un lugar diferente. Si se ordenan pruebas externas, puede recibir una factura de esa oficina.
9. Los resultados de la sangre normal serán discutidos en su próxima visita. Le llamaremos para discutir sólo los resultados críticos.
10. Por favor, traiga con usted todos los FRASCOS DE MEDICAMENTOS que te este tomando.

11. No rescribimos anal éxicos narcóticos no llenamos nin una forma de discapacidad o DME.

Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta, necesita indicaciones a nuestra oficina o no puede mantener esta cita, por favor llámenos al 972-288-2600 o envíenos un correo electrónico a appointments@myarthritisdoc.com

Forma Demográfico

Información del Paciente	Apellido	Nombre	Segundo nombre	Nombre preferido
	Dirección			
	Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono del trabajo	Recomendado: Casa / Móvil / Trabajo
	Correo electrónico (Por favor escriba claramente en mayúsculas)	Estado civil Solo Casada Divorciada Viuda		
	Número de Seguro Social (opcional)	Sexo Masculino Femenino		Fecha de nacimiento
	Dirección y nombre del médico de atención primaria	Número de teléfono		Fax #
	Dirección y nombre de médico referente	Número de teléfono		Fax #

Información de Seguro Médico y del Afiliado	Seguro primario		Seguro secundario	
	Número de identificación de la política	ID del grupo #	Número de identificación de la política	ID del grupo #
	Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento	Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento
	Seguridad Social de suscriptor # (opcional)	Relación con el paciente	Seguridad Social de suscriptor # (opcional)	Relación con el paciente

Asignación de Beneficios Médicos

Por la presente asigno todos los beneficios médicos a los que estoy seguro de derecho privado y otro plan de salud al grupo de investigación de SouthWest Arthritis, P.A. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta revocado por mi en la escritura. Una fotocopia de esta tarea debe ser considerada tan valida como el original. Entiendo que soy responsable de todos los cargos pagados por dicha empresa de seguros o no. Por la presente autorizo dicho cesionario para liberar toda la información necesaria para pago seguro a mi nombre.

Firma _____

Fecha _____

Cuestionario del Paciente para el Cumplimiento de HIPAA

Mi método preferido de comunicación con respecto a mi condición medica, los recordatorios de citas y la facturación se indican a continuación:

- Teléfono de casa
 Teléfono móvil _____
 Teléfono del trabajo

¿Podemos dejar mensaje? SÍ NO

** Actualización de información de contacto tiene que ser en escrito*

¿Quiere recibir cita recordatorio por texto? SÍ NO

Si es así, su teléfono móvil: _____

¿Quiere acceso a nuestro en línea paciente portal? SÍ NO

Si es así, su correo electrónico: _____

Mantener su información privada es importante para nosotros, Y, por eso solamente se le revelara la información a usted. Yo le doy autorización para revelar mi información medico, facturación, y otra información a los contactos escritos abajo.

En Caso de Emergencia:

Nombre de contacto

Relación al paciente

Teléfono del contacto

Otro Contactos Autorizados:

Nombre de contacto

Relación al paciente

Teléfono del contacto

Información para revelar: condición medica cuenta de facturación otro:

Nombre de contacto

Relación al paciente

Teléfono del contacto

Información para revelar: condición medica cuenta de facturación otro:

1. Reconozco que una Política de Privacidad de HIPAA se ha puesto a mi disposición para su revisión en la oficina de SWARG ubicada en el área de la sala de espera y en las salas de examen. Si no puede localizar una copia, consulte a nuestro Oficial de Política de Privacidad de HIPAA.
2. Si alguna vez estoy en un área no segura dentro de la practica y necesito privacidad, por alguna razón, solicitare que me trasladen a un área privada para completar mis transacciones o correspondencia necesarias (financiera, plan de tratamiento, diagnostico, etc.)

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

SouthWest Arthritis Research Group, P.A.
 1600 Republic Parkway, Suite 200, Mesquite, TX 75150

CITA INICIAL: Por favor conteste cada pregunta escribiendo su respuesta en el espacio indicado o circule la opción que corresponda. Esta información es confidencial y no será publicada sin su permiso.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Su doctor general: _____ Número de teléfono: _____

La dirección de su doctor: _____

A quien quiere que le enviemos información/resultados? Usted mismo Su doctor

DE SU ARTRITIS:

¿Cuáles son sus problemas? _____

Inicio de síntomas: Mes/Año _____

Áreas afectadas: MANOS PIES HOMBROS RODILLAS CADERAS ESPALDA CUELLO

Primera vez diagnosticado como: _____ Por Dr. _____

¿Alguna vez ha visto a un Reumatólogo? Sí o No Quien? _____

Me Han Dicho que Tengo:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> LUPUS | <input type="checkbox"/> PSORIASIS/ARTRITIS PSORIÁSICA | <input type="checkbox"/> GOTA |
| <input type="checkbox"/> OSTEOARTRITIS | <input type="checkbox"/> ARTRITIS REUMATOIDE | <input type="checkbox"/> FIBROMIALGIA |
| <input type="checkbox"/> ESCLERODERMIA | <input type="checkbox"/> POLIMIOSITIS | <input type="checkbox"/> VASCULITIS |
| <input type="checkbox"/> ESPONDILITIS | <input type="checkbox"/> ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL | <input type="checkbox"/> SÍNDROME DES SJOGREN |

Le ha salido anormal los exámenes de (circule): AAN VSG FR (Factór reumatoide) Ácido Úrico
 Por la noche duermo (circule): Excelente Bien Más o Menos Mal Muy Mal Levanto Cansado
 ¿Tiene rigidez o dolor en la mañana? (circule): Sí o No
 ¿Cuanto dura la rigidez o dolor? (circule): 15min 30min 45min 1hr 2hr 4hr

OTROS PROBLEMAS MÉDICOS: (por favor marque todos que correspondan)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de pulmones | <input type="checkbox"/> HEPATITIS B or C | <input type="checkbox"/> Cirugía articular |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Úlceras sangrantes | <input type="checkbox"/> Cirugía plástica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Fracturas |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones |
| <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñones | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides | |

TIENES O HAS TENIDO:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Timbrando en los oídos | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Úlceras en la piel | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hemorroides |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Urticaria/Ronchas | <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Comezón | <input type="checkbox"/> Problemas de oída | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Caída del cabello | <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Sudores en la noche | <input type="checkbox"/> Uñas anormales | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Moretones | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Dedos blancos |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones inflamadas | <input type="checkbox"/> Llagas en la boca | <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Dedos morados |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los músculos | <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Pies hinchados |
| <input type="checkbox"/> Tendonitis | <input type="checkbox"/> Boca seca | <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Bursitis | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Problemas para comer | <input type="checkbox"/> Ojos rosados |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Dolor do ojos | <input type="checkbox"/> Dolor de talón | <input type="checkbox"/> Menopausia |
| <input type="checkbox"/> Nódulos | <input type="checkbox"/> Problemas de la visión | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Insensibilidad |
| <input type="checkbox"/> Erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Flujo |
| <input type="checkbox"/> Piel apretada | <input type="checkbox"/> Nariz sangrante | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar |
| | <input type="checkbox"/> Sinusitis crónica | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces | |

SouthWest Arthritis Research Group, P.A.
 1600 Republic Parkway, Suite 200, Mesquite, TX 75150

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lista de sus medicamentos actuales: _____

Lista de sus vitaminas/suplementos: _____

¿De qué eres alérgico?: _____

¿Alguna vez has tomado alguno de estos medicamentos? (Por favor marque todos que correspondan):

<u>DMARDs</u>	<u>BIOLOGICS</u>	<u>NSAIDs</u>	<u>OSTEOPOROSIS</u>
<input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine (Plaquenil)	<input type="checkbox"/> Abatacept (Orencia)	<input type="checkbox"/> Naproxen (Aleve)	<input type="checkbox"/> Fosamax (Alendronate)
<input type="checkbox"/> Sulfasalazine (Azulfidine)	<input type="checkbox"/> Rituximab (Rituxan)	<input type="checkbox"/> Anaprox (Naprosyn)	<input type="checkbox"/> Actonel
<input type="checkbox"/> Leflunomide (Arava)	<input type="checkbox"/> Golimumab (Simponi)	<input type="checkbox"/> Ibuprofen (Advil/Motrin)	<input type="checkbox"/> Boniva
<input type="checkbox"/> Methotrexate	<input type="checkbox"/> Actemra	<input type="checkbox"/> Aspirin	<input type="checkbox"/> Zoledronic Acid (Reclast/Zometa)
<input type="checkbox"/> Ciclosporin	<input type="checkbox"/> Humira	<input type="checkbox"/> Diclofenac	<input type="checkbox"/> Evista
<input type="checkbox"/> Cyclophosphamide	<input type="checkbox"/> Certolizumab (Cimzia)	<input type="checkbox"/> Celecoxib (Celebrex)	<input type="checkbox"/> Forteo
<input type="checkbox"/> Mycophenolate (Cellcept)	<input type="checkbox"/> Etanercept (Enbrel)	<input type="checkbox"/> Indomethacin (Indocin)	<input type="checkbox"/> Calcitonin
<input type="checkbox"/> Otezla	<input type="checkbox"/> Infliximab (Remicade)	<input type="checkbox"/> Ketorolac (Toradol)	<input type="checkbox"/> Prolia
<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Stelara	<input type="checkbox"/> Piroxicam (Feldene)	<input type="checkbox"/> Other:
	<input type="checkbox"/> Tofacitinib (Xeljanz)	<input type="checkbox"/> Other:	
	<input type="checkbox"/> Other:		

TRABAJO, ESTILO DE VIDA & FAMILIA:

Trabajo: _____ Empleador: _____

Nivel de estrés: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Viudo(a) Otro: _____

¿Quién vive con usted? _____

¿Tiene mascotas? Sí o No

¿Viaje al extranjero? Sí o No ¿Si si dónde? _____

¿Fuma? NUNCA NO DEJE DE FUMAR (¿Hace cuánto? _____) SI (¿Cuánto por día? _____)

¿Bebe alcohol? NUNCA DEJE DE BEBER A VECES SOCIALMENTE DIARIO

Factores de riesgo de Hepatitis B or C: (circule) Transfusión de sangre Contacto con sangre o fluidos corporales
 Tatuajes Piercings Maquina de afeitar o cepillo de dientes compartido Múltiples parejas sexuales

¿Alguien en su familia tiene ARTRITIS? _____

SouthWest Arthritis Research Group, P.A.
 1600 Republic Parkway, Suite 200, Mesquite, TX 75150

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿En la **ULTIMA SEMANA**, cuanto **DOLOR** ha tenido? *(Por favor ponga una raya en la línea de abajo para indicar la intensidad)*

NADA DE DOLOR 0 -----10 DOLOR SEVERO

EN ESTE MOMENTO USTED PUEDE:	No dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No puedo
1. ¿Puede vestirse incluso los botones y cordones de zapatos?				
2. ¿Entrar y salir de la cama?				
3. ¿Levantar un vaso lleno a su boca?				
4. ¿Caminar a fuera en terreno plano?				
5. ¿Lavar y secar su cuerpo entero?				
6. ¿Puede inclinarse a levantar ropa del piso?				
7. ¿Prender y pagar grifos?				
8. ¿Subir y bajar de su coche?				
9. ¿Caminar tres kilómetros?				
10. ¿Participar en actividad recreativo y deportes?				
11. ¿Duerme bien?				
12. ¿Síntomas de ansiedad y nervios?				
13. ¿Síntoma de depresión?				

Teniendo en cuenta todas las formas en que la enfermedad y las condiciones de salud pueden afectarte en este momento, indica cómo te va hoy: *(proporciona un número)*

MEJOR 0 -----10 PEOR

SouthWest Arthritis Research Group, P.A. participan en CLINICOS DE MEDICAMENTOS y nos gustaría ofrecerles estas oportunidades. Por favor, indique a continuación si podemos ponernos en contacto con usted (marque una):

SI, por favor póngase en contacto conmigo NO, me contacte

SouthWest Arthritis Research Group, P.A.
1600 Republic Parkway, Suite 200, Mesquite, TX 75150

Información de Salud Confidencial Incluido

Este fax contiene información confidencial de atención médica que es información personal y confidencial. Se lo enviará por fax después de la autorización correspondiente del paciente o en circunstancias que no requieren la autorización del paciente. Usted, el destinatario, puede estar obligado por las leyes federales o estatales a mantener la información de manera segura y confidencial. La re-divulgación sin permiso adicional del paciente o según lo permitido por la ley puede estar prohibida. La nueva divulgación no autorizada o la falta de confidencialidad podrían exponerle a sanciones en virtud de la Ley Federal.

SouthWest Arthritis Research Group

Atul K. Singhal, M.D.
Carmen M. Campbell, M.D.
Mei-an Ty-Arias, M.D.
Pedro Castillo, M.D.
T: (972)288-2600 F: (972)288-8886

Autorización para la Liberación de los Registros

Los abajo firmantes por el presente autorizan y solicita Dr. _____
para proporcionar acceso a los registros médicos y de tratamiento de *SouthWest Arthritis Research Group*
(nombre) _____ (D.O.B.) _____ con el propósito de
continuar el tratamiento. Yo te libero de toda responsabilidad legal o responsabilidad que pudiera derivarse
de la autorización.

Firmado: _____ Fecha: _____

Testigo: _____

Advertencia Importante: *Este mensaje es para el uso de la persona o entidad a la que va dirigida y puede contener información privilegiada y confidencial, la revelación de que se rige por la ley aplicable. Si el lector de este mensaje no es el destinatario, o el empleado o agente responsable para entregar al destinatario, le informamos que cualquier divulgación, distribución o copia de esta información es **PROHIBIDA**. Si ha recibido este mensaje por error, por favor notifíquenos inmediatamente y destruir el mensaje relacionado.*