

# TEXAS HEART CENTER

DR. CARLOS VELASCO

DR. PAUL AGGARWAL

## PAQUETE DE BIENVENIDA

---

SU CITA HA SIDO PROGRAMADA

FECHA: \_\_\_\_\_ TIEMPO: \_\_\_\_\_  
214-826-6044

*Si necesita cancelar, llame a la oficina al: 214-826-6044*

Su cita está programada en:

Texas Heart Center

Baylor University Medical Center  
3600 Gaston Avenue  
Suite 851, Wadley Tower  
Dallas, Texas 75246

POR FAVOR LEA LA INFORMACIÓN MENCIONADA A CONTINUACIÓN

Es importante que traiga a su cita los resultados de las pruebas de cardiología que pueda tener. El médico necesita esta información para ayudarlo mejor en el momento de su visita.

Si espera que otra oficina nos envíe sus expedientes médicos a nuestra práctica, le pedimos que nos llame 2 días antes de su cita programada para confirmar que la oficina los ha recibido.

*Gracias por su cooperación y por elegirnos para atender sus necesidades de atención médica.*

*Se hará todo lo posible para respetar la hora de su cita.*

*Tenga en cuenta, sin embargo, que, debido a la naturaleza de nuestra práctica, ocasionalmente hay retrasos con las citas.*

*Le pedimos disculpas de antemano por cualquier inconveniente que esto pueda causarle.*

### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Apellido Primero Inicial del segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Número Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Quién es su médico de atención primaria? \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ADICIONAL

☐ Hombre ☐ Mujer Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Raza: ☐ Caucásico ☐ Negro ☐ Hispano ☐ Asiático ☐ Nativo americano ☐ Otro

Etnicidad: ☐ Hispano ☐ No hispano/No latino ☐ Otro/No determinado

Idiomas hablados: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Esta visita se relaciona con una lesión de compensación laboral o una lesión personal? ☐ No ☐ Sí, en caso afirmativo,

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Número de reclamo: \_\_\_\_\_ Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Hay una demanda planeada relacionada con su problema o lesión, ya sea por un reclamo de compensación laboral o por un accidente automovilístico? ☐ No ☐ Sí

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

**Seguro médico primario** \_\_\_\_\_ **Número de póliza:** \_\_\_\_\_ **Grupo #:** \_\_\_\_\_

Titular de la tarjeta: ☐ Yo mismo o ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Copago: \$ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza Fecha de nacimiento del titular de la póliza

**Seguro médico secundario:** \_\_\_\_\_ **Número de póliza:** \_\_\_\_\_ **Grupo #:** \_\_\_\_\_

Titular de la tarjeta: ☐ Yo mismo o ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza Fecha de nacimiento del titular de la póliza

Además del correo regular, autorizo a Texas Heart Center a comunicarse conmigo por los siguientes métodos: (marque las casillas)

☐ Teléfono celular ☐ Teléfono de casa ☐ Correo electrónico

1. \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A OTROS (HIPPA)

Reconozco que he recibido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad". Autorizo a Texas Heart Center y a su personal a usar y divulgar la información de salud protegida que de describe a continuación a las personas nombradas. Estas personas también pueden recoger recetas, registros médicos y otros artículos relacionados con la salud en mi nombre.

¿Qué nivel de información podemos divulgar?

- ☐ Toda la información, incluidos medicamentos y dosis específicos, resultados de laboratorio e información relacionada con temas delicados como las enfermedades de transmisión sexual (incluidos, entre otros, el SIDA y la hepatitis C).
- ☐ Ninguna Información

A quién podemos divulgar información (indique los nombres):

- | Nombre | Teléfono# | Relación |
|--------|-----------|----------|
| _____  | _____     | _____    |
| _____  | _____     | _____    |
- ☐ Nadie excepto el paciente puede obtener información.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito que la revocación no se aplicará a la información ya divulgada en respuesta a esta autorización.

2. \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Entiendo que, como parte de mi atención médica, esta organización origina y mantiene registros médicos que describen mis síntomas de historial de salud, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuros.

Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi atención y tratamiento y es un medio de comunicación entre los muchos profesionales que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura y un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados realmente se brindaron.
- Una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, como la evaluación de la calidad de la atención y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Por la presente, autorizo a Texas Heart Center a proporcionar a cualquier abogado designado o compañía de seguros toda la información toda necesaria para presentar un formulario de reclamo de seguro médico u obtener un reembolso. Por el presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, incluidos los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare y otros programas patrocinados por el gobierno, seguros privados y cualquier otro plan de salud a Texas Heart Center. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no mi compañía de seguros. Además, por el presente autorizo la divulgación de información de salud en cualquier formato de datos con respecto a mi tratamiento durante la hospitalización y/o atención ambulatoria a Texas Heart Center. Entiendo que esta instalación mantendrá registros médicos de cuando Texas Heart Center lo solicite. La información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a Texas Heart Center a brindarme tratamiento médico en el consultorio o en el hospital.

3. \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### FIRMA DE POLÍTICA FINANCIERA Y GENERAL

He leído y comprendo las Políticas financieras y generales de la oficina de Texas Heart Center. Mi firma indica cumplimiento y comprensión de estas políticas y que he completado todos los formularios a mi leal saber y entender.

4. \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

IDIOMA DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL
---

Soy consciente de que uno o más de los médicos que me brindan tratamiento en Texas Heart Center, puede tener un interés de propiedad en Baylor Heart & Vascular Hospital (BHVH). Yo también reconozco que tengo derecho a elegir el proveedor de mis servicios de atención médica y he elegido

/ Dr. Paul Aggarwal / Dr. Carlos E. Velasco /

\_\_\_\_\_

Iniciales

Para promover mi compromiso con la calidad de la atención quirúrgica para mis pacientes, he elegido ser propietario en Hospital cardíaco y vascular de Baylor.

**¿Ha completado alguno de los siguientes documentos de directivas anticipadas?**

☐ Testamento vital (Living Will)

☐ Poder notarial médico

☐ Orden de No Resucitar (DNR)

☐ Otro: \_\_\_\_\_

☐ No he completado ninguna directiva anticipada

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## RAZÓN DE LA VISITA

POR FAVOR CUÉNTANOS EL MOTIVO DE TU VISITA: \_\_\_\_\_

¿Quién es su Doctor Primario? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE FARMACIA

FARMACIA PREFERIDA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA FARMACIA: \_\_\_\_\_

## ALERGIAS A MEDICAMENTOS

☐ No alergias conocidas a medicamentos☐ No alergias otras (látex, contraste o adhesivos)☐ Sí, tengo alergias a medicamentos (indique el nombre y los síntomas)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

☐ Sí, tengo otras alergias a cosas como látex, contraste o adhesivos (indique el nombre y los síntomas)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS ACTUALES

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS ACTUALES QUE ESTÁ TOMANDO

Nombre:	Dosis	Frecuencia	¿Por qué le recetaron este medicamento?
Ejemplo: Benadryl	40mg	una tableta al día	alergias

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

Entiendo que los resurtidos de medicamentos recetados deben manejarse en el momento de la visita al consultorio siempre que sea posible. Es mi responsabilidad saber cuándo mi receta está a punto de agotarse. Una buena regla general es tener siempre a mano un suministro de al menos tres días. Los reabastecimientos de medicamentos solo se manejan durante el horario comercial normal y no se abordarán después del horario comercial o los fines de semana.

5.

Firma del Paciente/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## REVISIÓN DE SISTEMAS E HISTORIA SOCIAL FAMILIAR PASADA

RS ¿Tiene el paciente actualmente alguno de estos problemas? En circule sí o no

Constitucional	Fatiga	No	Sí	Fiebre/Escalofríos	No	Sí	Pérdida/ganancia de peso	No	Sí
Neurológico	Convulsiones	No	Sí	Mareos/Vértigo	No	Sí	Dolores de cabeza	No	Sí
Musculoesquelético	Dolor en las articulaciones	No	Sí	Dolor de espalda/cuello	No	Sí	Rigidez matutina	No	Sí
Piel	Erupción/Sarpullido	No	Sí	Úlceras/Llagas	No	Sí		No	Sí
Pulmonar	Falta de aire	No	Sí	Sibilancias	No	Sí	Tos	No	Sí
Cardiología	Dolor en el pecho	No	Sí	Palpitaciones	No	Sí	Latido irregular del corazón	No	Sí
	Hinchazón	No	Sí		No	Sí		No	Sí
Gastrointestinal	Diarrea	No	Sí	Náuseas/vómitos	No	Sí	Dolor abdominal/sangre en las heces	No	Sí
Genitourinario	Frecuencia de orina	No	Sí	Dolor al orinar	No	Sí	Ardor al orinar	No	Sí
Ojos/Oídos/Nariz	Drenaje nasal	No	Sí	Cambio de visión	No	Sí	Pérdida de la audición	No	Sí
Garganta y boca	Dolor de garganta	No	Sí	Dolor de dientes/muelas	No	Sí		No	Sí
Hematológico	Sangrado fácil	No	Sí	Contusión/moretos fáciles	No	Sí		No	Sí
Psiquiátrico	Ansiedad	No	Sí	Depresión	No	Sí		No	Sí

Si marcó sí en alguna de las preguntas anteriores, ¿está bajo tratamiento por este problema con un médico? No si

Si es así, ¿quién es el médico que lo atiende? \_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL

☐ Casado ☐ Soltero ☐ Hijos \_\_\_\_\_☐ Altura \_\_\_\_\_ ☐ Peso \_\_\_\_\_

¿Usted bebe alcohol?:

☐ Sí ☐ No

¿Qué tan frecuente?:

Nunca De vez en cuando Diariamente

Encierre en un círculo lo que bebe:

Vino Cerveza Licor

¿Algún miembro de la familia tiene antecedentes de alcoholismo? ☐ Sí ☐ No**Historial Familiar:** ¿Su Padre vive o falleció?

¿Su Madre vive o falleció?

¿Edad? \_\_\_\_\_ Causa de Muerte: \_\_\_\_\_

Edad? \_\_\_\_\_ Causa de Muerte? \_\_\_\_\_

Sus **Hermanos** viven o fallecieron?

Edades? \_\_\_\_\_ Causa de Muerte? \_\_\_\_\_

**Historial de tabaco:**¿Fuma actualmente? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ paquetes/día¿Eres un ex fumador? ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años fumaste? \_\_\_\_\_ años

**Uso de drogas:**¿Consume o ha consumido alguna vez drogas? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS Y SOCIALES FAMILIARES PASADOS

¿Alguna vez se le ha diagnosticado al paciente o familiar alguna de las siguientes condiciones médicas?

	MIEMBROS DE LA FAMILIA	PACIENTE	SI ES SÍ PARA EL PACIENTE, POR FAVOR EXPLIQUE
Enfermedad cardíaca (CAD)	No Sí	No Sí	
Diabetes	No Sí	No Sí	
Derrame Cerebral	No Sí	No Sí	
Cáncer	No Sí	No Sí	
Defectos de coagulación		No Sí	
TVP (coágulos de sangre) en las piernas		No Sí	
Anemia		No Sí	
Hepatitis / VIH		No Sí	
Hipertensión		No Sí	
Nefropatía		No Sí	
Enfermedad pulmonar o asma		No Sí	
Apnea del sueño		No Sí	
Úlceras estomacales		No Sí	
Colitis		No Sí	
Reumatoide/Osteoartritis		No Sí	
Lupus		No Sí	
Epilepsia o antecedentes de convulsiones		No Sí	
Trastornos de depresión/ansiedad		No Sí	

Si marcó sí en alguno de los anteriores, ¿está bajo tratamiento por este problema con un médico? ☐ No ☐ Sí

Si es así, ¿quién es el médico que lo atiende? \_\_\_\_\_

## OTROS ASUNTOS RELACIONADOS CON LA SALUD NO CUBIERTOS ANTERIORMENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CIRUGÍAS PREVIAS

Enumere cualquier cirugía que haya tenido:

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

## HOSPITALIZACIONES PREVIAS

Enumere cualquier hospitalización que haya tenido:

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

## SOLO MÉDICO

Revisé la lista de ROS/PFSH/detección con el paciente y anoté los resultados positivos/negativos de esta visita.

FIRMA DEL MD: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_