

The Nephrology Clinic, P.C.

3351 Eastbrook Drive, Ste 100 • Fort Collins, CO 80525
Phone: 970-493-7733 (877-388-1382) / Fax: 970-493-8745
www.thenephrologyclinic.com

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestra oficina. Para dar comienzo a nuestra relación, hemos preparado este paquete para ayudarlo a comprender mejor nuestras políticas y procedimientos.

Horario laboral: Nuestro horario laboral habitual es de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Fuera de este horario, nuestro servicio de atención responderá sus llamadas.

Cita de nuevos pacientes: Este paquete incluye un formulario de historia clínica e información sobre el paciente. **Complete estos documentos antes de su cita.** Si necesita ayuda para completar los formularios, llegue a la cita al menos 30 minutos antes y nuestro personal lo asistirá con gusto. Asegúrese de detallar todos los medicamentos que toma actualmente, indicando dosis y frecuencia. Esa información debe aparecer en el envase del medicamento.

Debido al alto volumen de referencias que recibimos, hemos tenido que adoptar una política estricta hacia las citas de pacientes nuevos. Si el paciente no se presenta a su primera consulta programada, no podremos atenderlo en ninguna de nuestras oficinas. Esto también aplica a las cancelaciones con menos de 48 horas de aviso. Por favor, avísenos lo antes posible si se ocupa cancelar o reagendar su consulta médica. Su cita inicial durará aproximadamente 1 hora y media. Puede ser útil traer un familiar o un conocido que pueda ayudar a brindarle información de antecedentes y que sea de apoyo. **Por favor, esté preparado para darnos una muestra de orina el día de su consulta.**

Citas de Seguimiento: Apare de ver un nefrólogo para citas de seguimiento, también será atendido por uno de nuestros proveedores de practica avanzada. Estos proveedores tienen una amplia capacitación y experiencia en el manejo de enfermedad crónica renal. Trabajan en estrecha colaboración con el nefrólogo primario para garantizar que su plan de tratamiento sea apropiado y para hacer ajustes según los cambios en su estado médico.

Seguro y facturación: Compruebe con su compañía de seguros que estamos incluidos en su plan como proveedor participante. Siempre lleve las credenciales del seguro a todas las citas. La cobertura de seguro es un cálculo, por eso los pacientes son responsables en última instancia de todos los cargos y gastos financieros contraídos. Como cortesía, enviaremos reclamos a su compañía de seguros complementarios si fuera necesario.

Los copagos deben efectuarse al momento de presentarse para su cita. Si lo ven en alguna de nuestras clínicas periféricas, le enviaremos un resumen de cuenta por correo. Los cheques que se envían como forma de pago se depositan electrónicamente dentro de las 24 horas de su recepción.

Costo a cargo del paciente: Es obligatorio pagar la totalidad del servicio al momento de la cita, a menos que se disponga lo contrario de antemano. Se ofrece un descuento cuando la factura se paga en su totalidad al momento de la visita. Póngase en contacto con nuestro departamento de facturación llamando al teléfono 970-221-3589 para conocer nuestra estructura actual de tarifas a cargo del paciente.

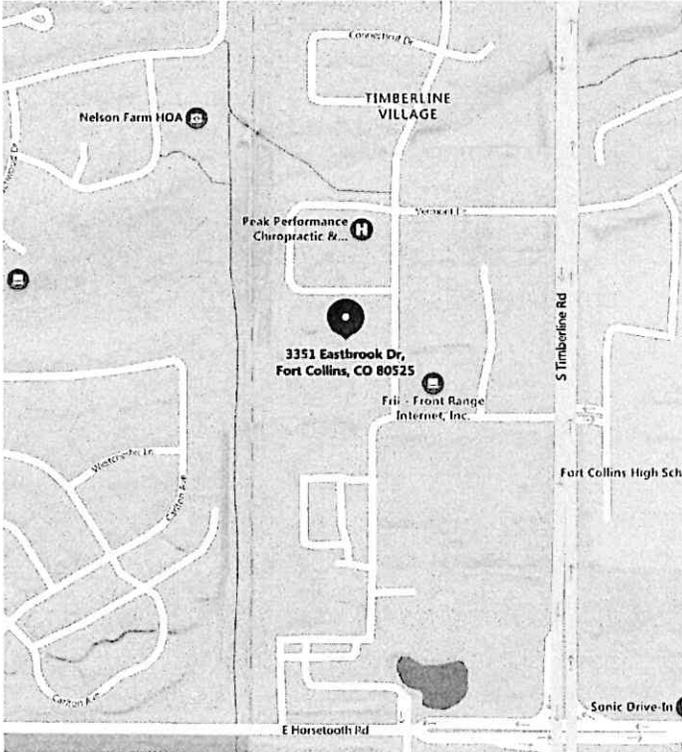
Comunicación electrónica (correo electrónico): Dado que el correo electrónico es muy riesgoso, la única comunicación electrónica que usa nuestra oficina es el sistema de mensajería segura de *My Health Connection*, patrocinado por el sistema UCHHealth.

Política de cobros: Le enviaremos los resúmenes de cuenta de la clínica si fuera necesario. Los saldos adeudados se enviarán a una agencia de cobro. Somos conscientes de que los problemas económicos pueden afectar el pago puntual de su cuenta. En tal caso, póngase en contacto con nuestro departamento de facturación al teléfono 970-221-3589.

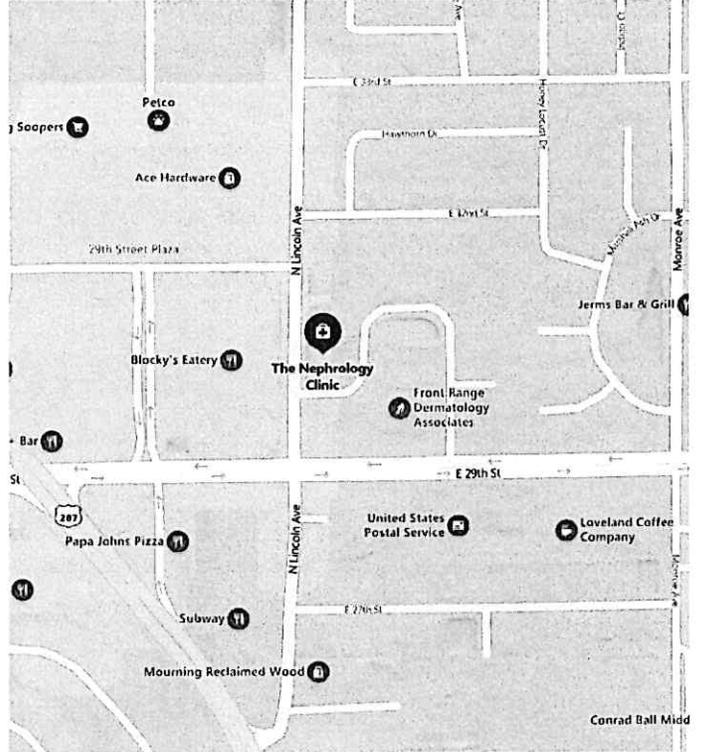
The Nephrology Clinic, P.C.

3351 Eastbrook Drive, Ste 100 • Fort Collins, CO 80525
Phone: 970-493-7733 (877-388-1382) / Fax: 970-493-8745
www.thenephrologyclinic.com

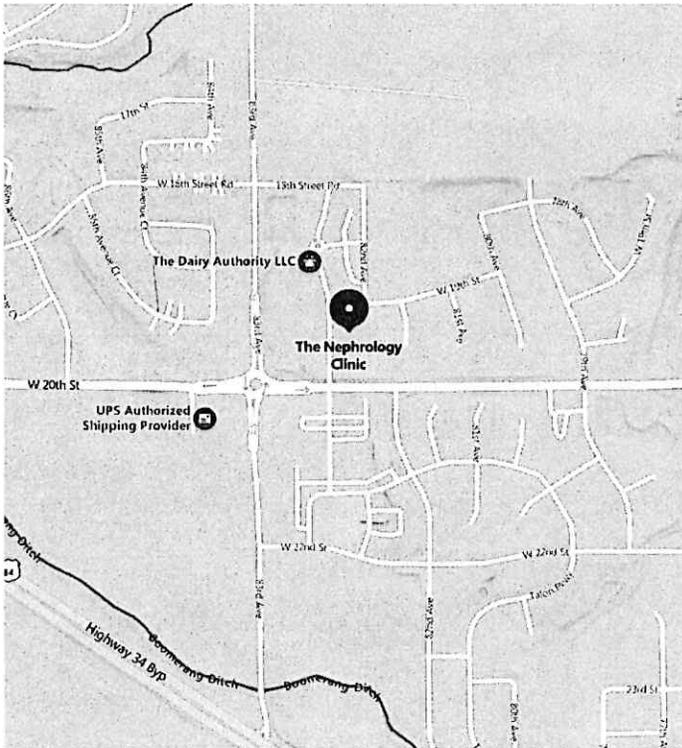
Oficina de Ft. Collins
3351 Eastbrook Drive, Ste 100



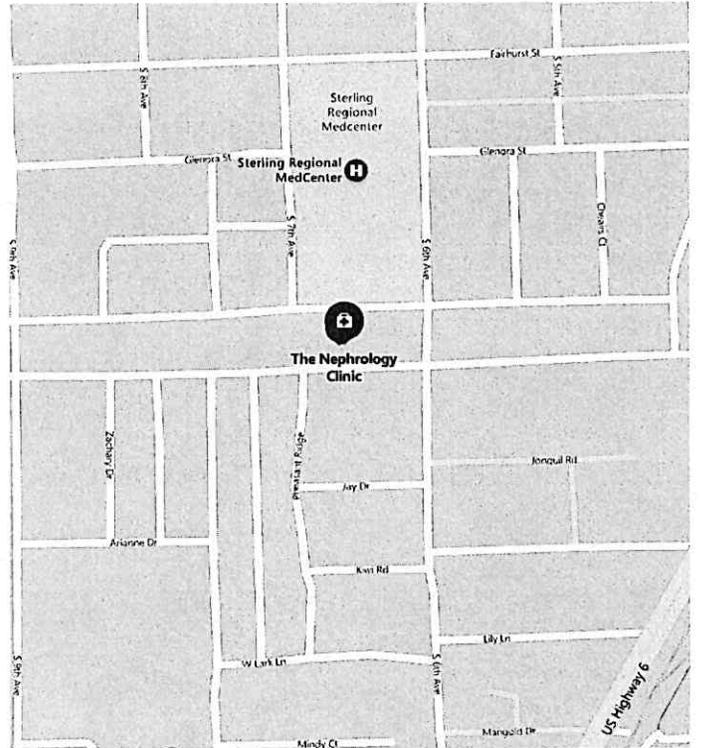
Oficina de Loveland
2988 Ginnala Dr.



Oficina de Greeley
8229 W. 20th St.



Oficina de Sterling
620 Iris Dr.



The Nephrology Clinic, P.C.

3351 Eastbrook Drive, Ste 100 • Fort Collins, CO 80525
Phone: 970-493-7733 (877-388-1382) / Fax: 970-493-8745
www.thenephrologyclinic.com

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Acuse de recibo del Aviso sobre prácticas de privacidad (HIPAA)

Confirmando que me han ofrecido/he recibido una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad del Proveedor con la fecha de entrada en vigencia que se indica a continuación.

Firma del paciente/persona responsable

Fecha

Consentimiento para recibir tratamiento y responsabilidad de pago

Brindo autorización a los proveedores médicos de The Nephrology Clinic para ser diagnosticado y tratado. Autorizo la facturación a mi seguro médico y los beneficios serán pagados en mi nombre directamente a The Nephrology Clinic. Además, autorizo The Nephrology Clinic a liberar cualquier información médica para el uso de pagar reclamos médicos. Entiendo que The Nephrology Clinic utiliza medios de comunicación electrónicos de acuerdo y en cumplimiento a las regulaciones de HIPAA. The Nephrology Clinic puede facturar mi aseguración médica por el uso de estos medios de comunicación.

Firma del paciente/persona responsable

Fecha

Consentimiento para divulgar información

Como paciente de The Nephrology Clinic, PC, autorizo a las siguientes personas a acceder a mis registros médicos y a hablar con el personal en mi nombre (no es necesario enumerar a otros médicos):

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Firma del paciente/persona responsable

Fecha

The Nephrology Clinic, P.C.

3351 Eastbrook Drive, Ste 100 • Fort Collins, CO 80525
 Phone: 970-493-7733 (877-388-1382) / Fax: 970-493-8745
 www.thenephrologyclinic.com

Fecha de la visita: _____

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección		Ciudad		Estado
Código postal		Teléfono alternativo		
Número de teléfono principal	Tipo: (marque con un círculo) Residencial Celular Laboral		¿Podemos dejarle mensajes sobre su atención en este número? SÍ NO	
Número de Seguridad Social	Estado civil S C V D	Sexo Masculino Femenino	Nombre y número de teléfono del médico de cabecera	
Dirección de correo electrónico	Si trabaja, indique el nombre y número de teléfono del empleador			
Nombre, dirección y número de teléfono de la farmacia				
Nombre de contacto de emergencia		Teléfono principal	Teléfono celular	Relación con el paciente

Seguro principal

Seguro secundario

Nombre del seguro		Nombre del seguro	
ID o número de póliza	N.º de grupo	ID o número de póliza	N.º de grupo
Nombre de suscriptor		Nombre de suscriptor	
Fecha de nacimiento de suscriptor	Sexo Masculino Femenino	Fecha de nacimiento de suscriptor	Sexo Masculino Femenino
Dirección del seguro		Dirección del seguro	
Teléfono del seguro		Teléfono del seguro	
Relación del paciente con el suscriptor Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Relación del paciente con el suscriptor Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

Los copagos deben pagarse al momento de presentarse para su cita.
 Usted es responsable de todos los deducibles y coseguros de conformidad con su seguro.

Raza (marque una opción con un círculo) Asiático	Afroamericano/negro	Caucásico/blanco	Indio americano/nativo de Alaska	Nativo de Hawái/Isla del Pacífico
Etnia (marque una opción con un círculo)	Hispano o latino	No hispano o latino	No sabe o se niega a responder	

Paciente nuevo

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Edad	Fecha de nacimiento
Fecha de la cita:	Nombre del proveedor:	Médico de cabecera:		

REVISIÓN DE SÍNTOMAS

Marque con un círculo los síntomas que tiene en este momento.

General: pérdida de peso reciente, aumento de peso reciente, debilidad, fatiga, fiebre, escalofríos

Piel: erupciones, ampollas, heridas cutáneas, comezón

Cabeza: dolor de cabeza, migrañas, traumatismo craneal

Ojos: pérdida de la visión, dolor, enrojecimiento, visión doble, lagrimeo excesivo

Oídos: pérdida de la audición, zumbidos, dolores, infecciones, secreción

Nariz y senos nasales: congestión, secreción, sangrado nasal

Boca y garganta: sangrado de encías, pérdida de dientes, dolor de garganta, dificultad para tragar, sabor metálico en la boca

Cuello: bultos en el cuello, "glándulas inflamadas", bocio

Senos: bultos, dolor o malestar, secreción del pezón

Sistema respiratorio: tos, tos con sangre, jadeo, asma, dificultad para respirar, falta de aire en reposo, falta de aire con esfuerzo, despertarse por falta de aire

Sistema cardíaco: dolor en el pecho, palpitaciones

Sistema gastrointestinal: ardor estomacal, náuseas, vómito, vómito con sangre, diarrea, constipación, sangrado rectal, dolor abdominal, trastornos hepáticos

Sistema genitourinario: sangre en la orina, orina espumosa, micción frecuente, demora para empezar a orinar (duda), urgencia urinaria, dolor o ardor al orinar, incontinencia, infección, despertarse por la noche para orinar

Sistema neurológico: desmayos, mareos, convulsiones, temblores, movimientos involuntarios, balbuceos, accidentes cerebrovasculares, coordinación deficiente, debilidad, caídas frecuentes al caminar

Sistema endócrino: problemas de tiroides, transpiración excesiva, sed excesiva, hambre excesiva

Trastornos psiquiátricos: nerviosismo, tensión, depresión, antecedentes de problemas psiquiátricos

¿A qué se dedica actualmente?	
¿Cuál es el máximo nivel educativo que completó?	
¿Quién vive con usted?	

Enumere los parientes consanguíneos que padecieron lo siguiente:

Enfermedad	Parentesco
Enfermedad renal	
Hipertensión	
Cardiopatía o accidente cerebrovascular	
Diabetes	

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Edad	Fecha de nacimiento
----------	--------	----------------------------	------	---------------------

Historia familiar	Estado de salud	Edad actual	Edad de fallecimiento	Causa de fallecimiento
Padre				
Madre				
Hermano 1				
Hermano 2				
Hermano 3				

HISTORIA CLÍNICA PREVIA

Marque con un círculo Sí o No

Fiebre reumática	Sí	No
Diabetes tipo I	Sí	No
Diabetes tipo II	Sí	No
Accidente cerebrovascular	Sí	No
Osteoartritis	Sí	No
Cálculos renales	Sí	No
Cáncer	Sí	No
Tipo de cáncer:		
EPOC/enfisema	Sí	No
Apnea obstructiva del sueño	Sí	No
Enfermedad vascular		
Aneurisma aórtico abdominal	Sí	No
Enfermedad vascular periférica	Sí	No
Trombosis venosa profunda	Sí	No
Embolia pulmonar	Sí	No

Marque con un círculo Sí o No

Asma	Sí	No
Enfermedad de la próstata	Sí	No
Migrañas	Sí	No
Arteriopatía coronaria	Sí	No
Infarto	Sí	No
Fibrilación atrial	Sí	No
Insuficiencia cardíaca congestiva	Sí	No
Hipertensión	Sí	No
Fiebre del heno/alergias estacionales	Sí	No
Enfermedad de tiroides		
Hipertiroidismo	Sí	No
Hipotiroidismo	Sí	No

HISTORIAL QUIRÚRGICO

Fecha de la cirugía	Tipo de cirugía

HÁBITOS DE SALUD

Marque con un círculo Sí o No

Historial de consumo en años y frecuencia

Alcohol	Sí	No	
Tabaco	Sí	No	
Marihuana (consumo medicinal o recreativo)	Sí	No	
Drogas	Sí	No	

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Edad	Fecha de nacimiento
----------	--------	----------------------------	------	---------------------

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Marque la casilla si no tiene ninguna alergia

Alergias a medicamentos	Reacción
1	
2	
3	
4	

Alergias a medicamentos	Reacción
5	
6	
7	
8	

MEDICAMENTOS O SUPLEMENTOS ACTUALES

Proporcione una lista de los medicamentos o complete el formulario a continuación.

	Nombre del medicamento	Posología	Frecuencia
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			