

**NURSE PRACTITIONER RHEUMATOLOGY CLINIC (NPRC)
PAQUETE DE PACIENTE NUEVO**

Nombre: _____ Nombre Preferido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Email: _____

Identidad de Género (circule respuesta)

Sexo asignado al nacer: Hombre o Mujer

¿Cuál es su identidad de género? Hombre, Mujer, Transgénero, u otro: _____

Orientación sexual: _____

Pronombres preferidos: el, ella, ellos

Dirección

Dirección: _____ Apt # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Cel: _____ Trabajo: _____

Referido por: Doctor General Amigo Familia Otro

Nombre de la persona que lo refirió: _____

Nombre de Doctor General/Primario: _____

Teléfono de Doctor General: _____

¿Tiene un Ortopedista? Sí No

Nombre y teléfono: _____

Farmacia Preferida: _____

Dirección: _____

Etnicidad	Raza
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Declino	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/ Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Caucasico <input type="checkbox"/> Otro

INFORMACIÓN DE SU SEGURO

Por favor avísenos si ha tenido algún cambio de seguro

Compañía de seguro primaria: _____

Nombre de suscriptor: _____

Fecha de nacimiento de suscriptor: _____

Número de contrato/poliza: _____ Grupo No.: _____ Copago: _____

Compañía de seguro secundaria: _____

Nombre de suscriptor: _____

Fecha de nacimiento de suscriptor: _____

Número de contrato/poliza: _____ Grupo No.: _____ Copago: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Describa sus síntomas: _____

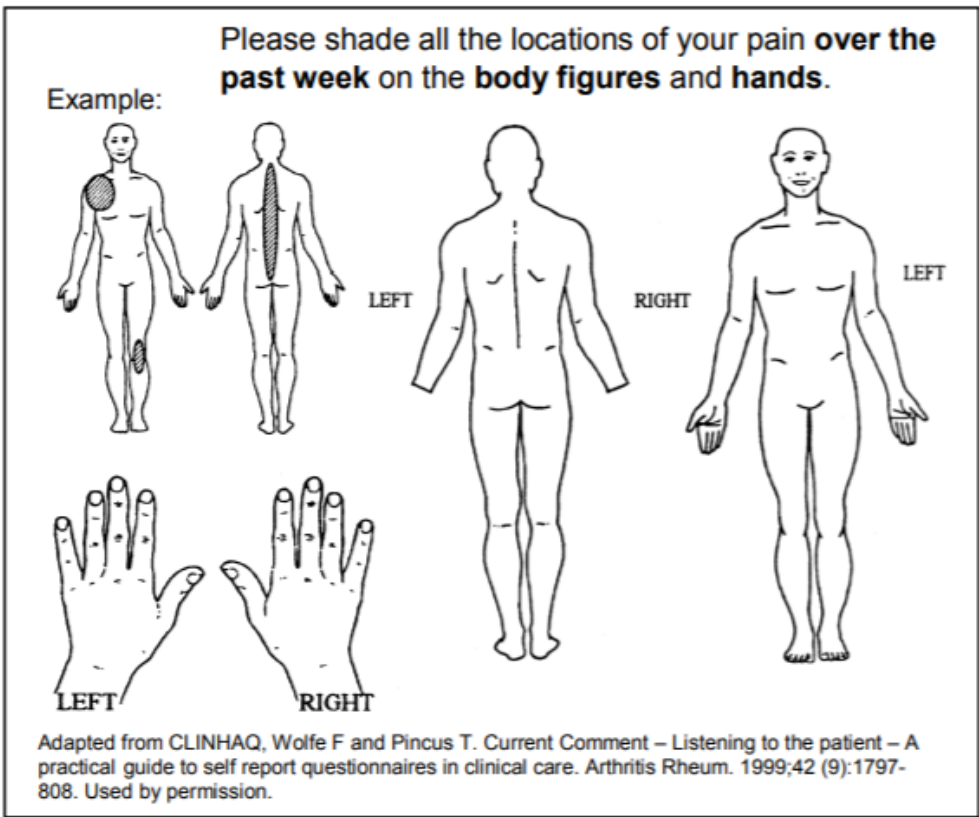
Fecha cuando empezaron sus síntomas: _____

Tratamientos anteriores: (Terapia física, cirugía, inyecciones)

La lista de medicina está localizada en otra página

Liste los proveedores que lo/la han tratado sobre estos problemas:

Circule o sombrea donde sienta dolor:



Medicamentos Actuales

Por favor liste todas los medicamentos que esté tomando incluyendo medicamentos con y sin receta y suplementos.

No tomo ninguna medicina

Nombre

Dosis

Frecuencia

Nombre	Dosis	Frecuencia

Fecha de última vacuna

Influenza _____

Pneumonia _____

Herpes (Shingles) _____

Medicamentos Anteriores

Escriba los medicamentos que ha tomado en el pasado e indique si fueron tolerados y ayudaron.
Si fueron discontinuadas, escriba la razón. Solamente escriba lo que ya **NO** esté tomando

Medicamento	Tomado?	Tolerado?	Ayudó?	Razón por la que fue discontinuado?
ANTI-INFLAMATORIOS/NSAIDs				
Celebrex (Celecoxib)		Sí / No	Sí / No	
Diclofenac (Voltaren)		Sí / No	Sí / No	
Etodolac (Lodine)		Sí / No	Sí / No	
Indomethacin (Indocin)		Sí / No	Sí / No	
Ketoprofen		Sí / No	Sí / No	
Ketorolac (Toradol)		Sí / No	Sí / No	
Meloxicam (Mobic)		Sí / No	Sí / No	
Nabumetone (Relafen)		Sí / No	Sí / No	
Sulindac (Clinoril)		Sí / No	Sí / No	
Tramadol (Ultra/Ultracet)		Sí / No	Sí / No	
MODIFICADORES ANTIRREUMÁTICOS/ DMARDs				
Arava (Leflunomide)		Sí / No	Sí / No	
Cyclophosphamide (Cytoxan)		Sí / No	Sí / No	
Enbrel		Sí / No	Sí / No	
Humira		Sí / No	Sí / No	
Imuran (Azathioprine)		Sí / No	Sí / No	
Methotrexate		Sí / No	Sí / No	
Plaquenil (Hydroxychloroquine)		Sí / No	Sí / No	
Quinacrine (Atabrine)		Sí / No	Sí / No	

Medicamento	Tomado	Tolerado?	Ayudo?	Razón Descontinuada
Remicade		Sí / No	Sí / No	
Sufasalazine (Azulfadine)		Sí / No	Sí / No	
GOTA				
Allopurinol (Zyloprim)		Sí / No	Sí / No	
Colchicine (Colcrys)		Sí / No	Sí / No	
Probenecid (Probalan)		Sí / No	Sí / No	
OSTEOPOROSIS				
Actonel		Sí / No	Sí / No	
Alendronate (Fosamax)		Sí / No	Sí / No	
Estrogen (Premarin, etc.)		Sí / No	Sí / No	
Evista (Raloxifene)		Sí / No	Sí / No	
Forteo		Sí / No	Sí / No	
Reclast		Sí / No	Sí / No	
Prolia		Sí / No	Sí / No	
ANTICONVULSIVOS		Sí / No	Sí / No	
Gabapentin (Neurontin)		Sí / No	Sí / No	
Lamictal (Lamotrigine)		Sí / No	Sí / No	
Lyrica (Pregabalin)		Sí / No	Sí / No	
Topamax (Topiramate)		Sí / No	Sí / No	
RELAJANTES MUSCULARES		Sí / No	Sí / No	
Baclofen (Lioresal)		Sí / No	Sí / No	
Carisoprodol (Som)		Sí / No	Sí / No	
Cyclobenzaprine (Flexeril)		Sí / No	Sí / No	
Methocarbamol (Robaxin)		Sí / No	Sí / No	
Metaxalone (Skelaxin)		Sí / No	Sí / No	

Ohenadrine (Norflex)		Sí / No	Sí / No	
Tizanidine (Zanaflex)		Sí / No	Sí / No	
ANTIDEPRESIVOS				
Amitriptyline (Elavil)		Sí / No	Sí / No	
Bupropion (Wellbutrin)		Sí / No	Sí / No	
Bupirone (Buspar)		Sí / No	Sí / No	
Citalopram (Celexa)		Sí / No	Sí / No	
Duloxetine (Cymbalta)		Sí / No	Sí / No	
Escitalopram (Lexapro)		Sí / No	Sí / No	
Fluoxetine (Prozac)		Sí / No	Sí / No	
Sertraline (Zoloft)		Sí / No	Sí / No	
Milnacipran (Savella)		Sí / No	Sí / No	
Nortriptyline (Pamelor)		Sí / No	Sí / No	
Paroxetine (Paxil)		Sí / No	Sí / No	
Velazodone (Viibryd)		Sí / No	Sí / No	
Venlafaxine (Effexor)		Sí / No	Sí / No	
OTRO				
Cortisona (Prednisona)		Sí / No	Sí / No	
Suplementos		Sí / No	Sí / No	
Hyalgan, Euflexxa, Synvisc, etc.		Sí / No	Sí / No	

Historia Quirúrgica/Hospitalizaciones

Procedimiento/Hospitalización	Año	Razón

Historia Médica Familiar

Por favor escriba si abuelo/a maternal/paternal, mamá/papá, hermano/a

Condición	Familiares
Diabetes	
Cáncer	
Crohn's/Colitis Ulcerosa (Ulcerative Colitis)	
Psoriasis (Psoriasis)	
Espondiloartritis Anquilosante (Ankylosing Spondylitis)	
Fibromialgia (Fibromyalgia)	
Osteoporosis	
Artritis Reumatoide (Rheumatoid Arthritis)	
Gota (Gout)	
Enfermedad Celíaca (Celiac Disease)	

HISTORIAL MÉDICO PASADO

Condición	✓	Año(s)	Resuelto
Fiebre reumática			
Tuberculosis			

Hepatitis			
VIH			
Gonorrhea			
Clamidia			
Uveítis/Iritis			
Cáncer			
Virus Estomacal			
Osteoporosis			
Fractura o hueso roto			
Enfermedad mental			
Coágulo de sangre			

Otra historia medica no incluida:

Alergias

No tengo alergias, que yo tenga conocimiento

Nombre de Medicina/Otra Alergia	Tipo de Reacción

Historia Social

1. Estado Civil

- Casado
- Nunca Casado
- Divorciado
- Separado
- Viudo

2. Esposo/a o Pareja

¿Vivo/a? Si o No

Edad _____

Enfermedad Graves _____

3. Número de hijos: _____

4. Educación

Nivel escolar más alto que terminó: _____

5. ¿Trabaja? Si o No

Cuántas horas por semana: _____

6. Ingesta Cafeína: Leve Moderado Pesado

7. Ingesta de Alcohol: Leve Moderado Pesado

8. ¿Alguien le ha pedido alguna vez que deje de beber? Si o No

9. Fuma? Si o No

Fumo en el pasado? Si o No Fecha que paró: _____

10. Usa drogas por una razón no médica? Si o No

Por favor explique: _____

11. Hace ejercicio? Si o No

¿Cuántas veces por semana?

¿Intensidad? Leve Moderado Pesado

12. Cuántas horas duerme por noche? _____

¿Es suficiente? Si o No

¿Se siente que descanso cuando despierta? Si o No

13. ¿Se siente seguro en su hogar? Si o No

14. ¿Es satisfactoria su vida sexual? Si o No

Si no, por favor explique:

Experiencias Infantiles Adversas (ACE)

Antes de cumplir 18 años:

1. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia... Lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban, o lo humillaban? ¿O actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?
No _____ Si la respuesta es SI anote 1 _____
2. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia... Lo empujaban, lo jalaban, lo cacheteaban, o le aventaban cosas? ¿O alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron?
No _____ Si la respuesta es SI anote 1 _____
3. ¿Algún adulto o alguna otra persona cuando menos 5 años mayor que usted alguna vez... Lo tocó o acarició indebidamente o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual? ¿O intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?
No _____ Si la respuesta es SI anote 1 _____
4. ¿Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que... Nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante? ¿O en su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?
No _____ Si la respuesta es SI anote 1 _____
5. ¿Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que... No tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera? O sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba?
No _____ Si la respuesta es SI anote 1 _____
6. ¿Sus padres algún tiempo se separaron o divorciaron?
No _____ Si la respuesta es SI anote 1 _____
7. ¿A su madre o madrastra: Con frecuencia o con mucha frecuencia la empujaban, jalaban, golpeaban, o le aventaban cosas? O a veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia le pegaban, la mordían, la daban puñetazos, o la golpeaban con algún objeto duro? ¿O alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?
No _____ Si la respuesta es SI anote 1 _____
8. ¿Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas?
No _____ Si la respuesta es SI anote 1 _____
9. ¿Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?

No _____ Si la respuesta es SI anote 1 _____

10. ¿Algún miembro de su familia fué a la cárcel?

No _____ Si la respuesta es SI anote 1 _____

Ahora sume las respuestas en que anoto "SI." _____ Esta es su Puntuación de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un " " para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

#Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Formulario de Consentimiento del Paciente

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su salud. El aviso contiene la sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo se usa o divulga la información médica protegida sobre usted para tratamiento, pago, u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta usar y divulgar información médica protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ningún material de divulgación que ya hayamos hecho y dependa de su consentimiento previo. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996.

El paciente entiende que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago, u operaciones de atención médica.
- La práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y nuestras futuras divulgaciones pararan.
- La práctica considera este consentimiento como un recibo para tratamiento.

Este consentimiento fue firmado por: _____

Nombre impreso del paciente o parte responsable

Firma del paciente o fecha de la parte responsable

Relación con el paciente (si no es paciente)

¡Bienvenido/a!

Bienvenido a la oficina de enfermería de Iris Zink. Los enfermeros de práctica avanzada (Nurse Practitioners) son enfermeros con al menos una maestría que fueron supervisadas por un médico durante su educación y deben ser certificados en su especialidad para poder practicar.

Basado en el Acto Público 499 De 2016 (HB 5400), el paso de HB 5400 (firmado por el Gobernador Snyder el 9 de enero de 2017 con nuevos términos a partir del 9 de Abril 2017) mejora la práctica de Nurse Practitioners (NP) en Michigan de las siguientes formas: Defino Enfermera Registrada de Práctica Avanzada, autorizo a los NPs a recetar productos farmacéuticos autorizados independientemente, y autorizo NP a ordenar fisioterapia, terapia de lenguaje, y terapia ocupacional.

Iris Zink ha sido Nurse Practitioner de Reumatología desde Septiembre 2000. Ha sido Presidenta de la Sociedad de Nurse Practitioners de Reumatología, que es un puesto nacional y es considerada una líder de opinión clave en la Comunidad de Reumatología. Ella es profesora adjunta en la Universidad Estatal de Michigan y ha dado más de 100 conferencias y publicado muchos artículos sobre diversos temas de Reumatología.

Al firmar este acuerdo,

_____ acepta que su cuidado será proporcionado por una Nurse Practitioner.

Si en algún momento Iris Zink, Christopher Title, o Claudia Rivera-Salas tienen preguntas sobre su atención, consultaremos con otro reumatólogo en los Estados Unidos.

Si en algún momento desea ver a un reumatólogo u obtener una segunda opinión, con gusto lo ayudaremos a proporcionarle una referencia para otra práctica.

Autorización del Paciente para el Formulario de Representante Personal

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Propósito de la solicitud: Autorizo a Lansing Rheumatology/NPRC a divulgar o proporcionar mi información de salud protegida a la siguiente persona que está autorizada para actuar como mi representante personal con el propósito de recibir toda la información de salud protegida sobre mí. Como mi representante personal designado, él / ella puede ejercer mi derecho a inspeccionar, copiar y solicitar enmiendas a mi información de salud protegida. Él / ella puede consentir o autorizar el uso de la divulgación de mi información de salud protegida:

Nombre del Representante Personal	Relación	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

No autorizo a ninguna persona a actuar como mi representante personal en este momento

- **Descripción de la información que se divulgará:** Autorizo a Lansing Rheumatology / NPRC a divulgar toda mi información médica protegida a mi representante personal designado.
- **Caducidad o terminación de la autorización:** La autorización permanecerá vigente hasta que usted, su representante personal, u otra persona autorizada por la corte judicial la termine.
- **Derecho de revocación o terminación:** Como se indica en nuestro Aviso de Privacidad de la Práctica, tiene derecho a revocar o cancelar esta autorización mediante el envío de una solicitud por escrito a nuestro administrador de privacidad. Esto se puede hacer en persona o enviando una solicitud por correo a Lansing Rheumatology / NPRC.
- **Re-divulgación:** No tenemos control sobre la persona que ha incluido como su representante personal. Por lo tanto, la información protegida de salud divulgada bajo esta autorización, no estará protegida por los requisitos de la regla de privacidad y no será responsabilidad de Lansing Rheumatology / NPRC.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____