

## Formulario de Registro del Paciente

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Nombre preferido \_\_\_\_\_ Nº Id. \_\_\_\_\_ Pronombres \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Identidad de género \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
(Casado(a)/soltero(a)/divorciado(a)/viudo(a)/otro)

Dirección principal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

Otra dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

Teléf. N.º 1 \_\_\_\_\_ Teléf. N.º 2 \_\_\_\_\_ Teléf. N.º 3 \_\_\_\_\_  
Casa  / celular  / trabajo  Casa  / celular  / trabajo  Casa  / celular  / trabajo

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Método preferido de contacto: Carta  Llamada  Email  Otro \_\_\_\_\_

Médico remitente \_\_\_\_\_ Médico de cabecera \_\_\_\_\_

Idioma preferido \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Origen étnico \_\_\_\_\_  
(Ni hispano ni latino / hispano o latino / otro / no determinado)

Remitido por: Médico  Sí mismo  Familia/amigos  Internet  Págs. amarillas  Radio  TV  Otro \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ ¿Consulta por lesión en el trabajo? (S/N):

Nombre y dirección de su farmacia actual \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

### Responsable / tutor legal / garante ¿Dirección igual a la del paciente? Sí

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

Teléf. de la casa \_\_\_\_\_ Teléf. celular \_\_\_\_\_ Teléf. del trabajo \_\_\_\_\_

Relación paciente-garante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

## Datos del seguro principal

¿Dirección igual a la del paciente? Sí

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Nº de identificación \_\_\_\_\_ Nº de grupo \_\_\_\_\_ Nombre del grupo \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

## Datos del seguro secundario

¿Dirección igual a la del paciente? Sí

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Nº de identificación \_\_\_\_\_ Nº de grupo \_\_\_\_\_ Nombre del grupo \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

## Autorización de pago

Participamos en los programas de asignación de pago de la mayoría de los seguros locales y aceptamos tales asignaciones. Aunque podemos presentar reclamaciones de seguro por usted, su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, y usted es responsable por el pago de los servicios independientemente de la cantidad que pague el seguro. Si la compañía de seguros requiere una autorización o remisión, es responsabilidad del paciente obtenerla para la consulta inicial y para la continuación de la asistencia.

Por medio de la presente, autorizo a la oficina de Allergy Partners a dar toda la información necesaria para procesar reclamaciones de seguro por servicios prestados. Por medio de la presente, autorizo a mi compañía de seguros o pagador del gobierno a pagarle directamente a Allergy Partners por servicios prestados. Independientemente de mis beneficios de seguro, si los hay, entiendo que soy responsable de pagar los cargos por servicios prestados.

Nombre (en letra de imprenta) y firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente / padre / madre / tutor legal

*Tenga la amabilidad de imprimir y firmar este formulario*



## Recibo de Aviso HIPAA y Designación de Comunicaciones

Nombres y Apellidos del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### I. Acuse de recibo de aviso HIPAA de prácticas de privacidad

Declaro que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este consultorio y que, por medio de dicho aviso, se me han comunicado mis derechos, las maneras en que el consultorio puede usar y revelar mis Datos de Salud Protegidos (Protected Health Information, PHI), y las obligaciones legales del consultorio respecto a mis PHI. Entiendo que puedo comunicarme con el Departamento de Cumplimiento y Privacidad de Allergy Partners indicado en el aviso, si tengo preguntas o quejas.

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (seleccione una opción)    Sí mismo     Padre o madre     Tutor legal

*Si no hay firma arriba, el personal de Allergy Partners hará esfuerzos de buena fe para obtener un acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad en la primera consulta.*

### II. Designación de comunicaciones

Mensajes: Entiendo que de vez en cuando puede ser necesario que Allergy Partners me deje mensajes cuando no pueda comunicarse conmigo. Deseo que Allergy Partners se comunique conmigo de la siguiente manera (indique el número al cual prefiere que lo llamemos).

		<u>Sí</u>	<u>No</u>
Teléf. celular _____	Dejar mensajes de confirmación de consulta o solo de devolución de llamada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dejar mensaje con resultados e información detallada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enviar recordatorios de consultas por mensaje de texto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléf. casa _____	Dejar mensajes de confirmación de consulta, o solo de devolución de llamada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dejar mensajes con resultados e información detallada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléf. trabajo _____	Dejar mensajes de confirmación de consulta, o solo de devolución de llamada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dejar mensajes con resultados e información detallada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Número al cual prefiere que lo llamemos:    Celular     Casa     Trabajo

**Familiares, padres\* y amigos:** Allergy Partners puede comunicar mis datos de salud protegidos (PHI) a las siguientes personas:

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\*Pacientes mayores de 18 años: Recuerde que no podemos hablar sobre su asistencia médica, seguro o pago con sus padres u otras personas mientras usted no dé la información solicitada en esta sección.

Excepto en cuanto a lo que el consultorio ya haya revelado conforme a mis designaciones anteriores, puedo revocar las designaciones especificadas arriba por escrito llenando un nuevo Recibo de Aviso HIPAA y Designación de Comunicaciones.

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (seleccione una opción)    Sí mismo     Padre o madre     Tutor legal

*En caso de solicitud especial para identificar a una persona o personas específicas no autorizadas para recibir PHI, hable directamente con el administrador del consultorio.*

*Tenga la amabilidad de imprimir y firmar este formulario*

## Formulario de Historial Médico

Nombres y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Historial médico:**

(De las siguientes afecciones, marque las que tenga o haya tenido.)

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deficiencia de atención | <input type="checkbox"/> Sinusitis crónica               | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado    |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo             | <input type="checkbox"/> Pansinusitis crónica            | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón    | <input type="checkbox"/> Migrañas                 |
| <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica        | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca          | <input type="checkbox"/> Hipertensión              | <input type="checkbox"/> Cáncer de la piel        |
| <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del tejido conectivo | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia            | <input type="checkbox"/> Otro cáncer              |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                | <input type="checkbox"/> Obstrucción pulmonar crónica    | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo            | <input type="checkbox"/> Trastorno de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Artritis                | <input type="checkbox"/> Depresión                       | <input type="checkbox"/> Inflamación intestinal    | <input type="checkbox"/> Apnea durante el sueño   |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Colon irritable           | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea      |
| <input type="checkbox"/> Urticaria crónica       | <input type="checkbox"/> Eczema                          | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia         | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             |
| <input type="checkbox"/> Rinitis crónica         | <input type="checkbox"/> Alergias a los alimentos        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |   |

### **Historial de cirugía:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía               | <input type="checkbox"/> Corrección de tabique nasal               | <input type="checkbox"/> Instalación de marcapasos       |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía               | <input type="checkbox"/> Cirugía de canales semicirculares (oídos) | <input type="checkbox"/> Cirugía de senos nasales        |
| <input type="checkbox"/> Baipás cardíaco              | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia                      | <input type="checkbox"/> Cirugía de la tiroides          |
| <input type="checkbox"/> Colectomía (vesícula biliar) | <input type="checkbox"/> Cirugía de cadera o rodilla               | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía                  |
| <input type="checkbox"/> Resección de colon           | <input type="checkbox"/> Histerectomía                             | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía y adenoidectomía |
| <input type="checkbox"/> Cesárea                      | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano                      | Otras cirugías _____                                     |

### **Historial de familia:** (solo familia inmediata: madre, padre, hermanos[as] o hijos[as])

No tiene hijos[as]

- |                                       |                                |                                |                                       |                                    |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| Sin problemas                         | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Alergia desconocida                   | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Alergias                              | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Asma                                  | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Anafilaxia                            | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Fibrosis quística (mucoviscidosis)    | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                              | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Eczema                                | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Alergias a los alimentos              | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del corazón                | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Urticaria                             | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Hipertensión (alta presión sanguínea) | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Hiperlipidemia (colesterol alto)      | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Inmunodeficiencia                     | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Infecciones recurrentes               | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Trastorno siquiátrico                 | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Hinchazón                             | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |
| Alergias al veneno                    | Madre <input type="checkbox"/> | Padre <input type="checkbox"/> | Hermanos(as) <input type="checkbox"/> | Hijos(as) <input type="checkbox"/> |

### **Historial social** (mayores de 13 años)

- Estado civil:  Soltero(a)  Divorciado(a)/separado(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Otro  N/A (menor de edad)
- Hábito de fumar:  Todos los días  Algunos días  Antes  Nunca  No se sabe si ha fumado
- Cigarrillos  \_\_\_\_\_ paquetes al día  \_\_\_\_\_ cigarros al día  \_\_\_\_\_ latas de tabaco de mascar al día
- Tiempo fumando:  N/A  1-5 años  6-10 años  11-20 años  Más de 20 años Año inicio: \_\_\_\_\_ Año fin: \_\_\_\_\_
- Máximo de paquetes al día:  ½  1  1 ½  2 o más
- Cigarrillos electrónicos / vapeo:  No  Sí Frecuencia:  1/hora  1/día  1/semana  1/mes
- Cannabis:  No  Sí Frecuencia:  1/hora  1/día  1/semana  1/mes
- Método:  Inhalación  Aplicación tópica  Ingestión
- Intención de dejarlo:  Alta  No muy alta  Ninguna  Recaída  No quiere dejarlo Fecha para dejarlo: \_\_\_\_\_
- Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo:  Ambiente interior  Al aire libre. Horas diarias afuera: \_\_\_\_\_
- Bebidas alcohólicas:  Nunca  Rara Vez  Semanalmente  Diariamente  Socialmente
- Pasatiempos: \_\_\_\_\_

## Formulario de Historial Médico

### Solo pacientes de pediatría

Va a la  escuela  guardería infantil      Nombre de la escuela o guardería \_\_\_\_\_  
¿Tiene hermanos(as)?  sí  no      Si tiene hermanos(as), ¿cuántos(as)? \_\_\_\_\_  
Bebé  prematuro  normal

Parto / complicaciones de parto  sí  no

*Si la respuesta es afirmativa*

Intubación  sí  no

Ventilación  sí  no

Lactancia de pecho  sí  no

Dificultades de alimentación  sí  no

RETRASO en las vacunas  sí  no

Crecimiento y desarrollo anormal  sí  no

## Formulario de Medicamentos

Nombres y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Medicamentos y complementos que toma actualmente

(indique potencia en miligramos y dosis en veces al día)

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Potencia</u>	<u>Dosis</u>	<u>Diagnóstico correspondiente</u>

### Alergias a los medicamentos

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Reacciones (urticaria, hinchazón de la garganta, otras reacciones)</u>

No se le conocen alergias a los medicamentos

Última vacuna contra la gripe \_\_\_\_\_ Última vacuna contra la neumonía \_\_\_\_\_

¿Se vacunó contra la COVID?  sí  no Fabricante \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ (1 o 2) Fecha 1: \_\_\_\_\_ Fecha 2: \_\_\_\_\_

Refuerzo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Dirección principal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## Revisión de Sistemas e Historial de Medio Ambiente

Nombres y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Razón de esta consulta: \_\_\_\_\_

### ¿Tiene usted ACTUALMENTE problemas en curso o recurrentes en alguno de los siguientes sistemas, órganos o áreas?

#### GENERAL

- sin problemas
- insuficiente subida de peso
- fiebre
- escalofríos
- sudores
- falta de apetito
- fatiga
- malestar
- baja de peso

#### NARIZ

- sin problemas
- congestión nasal
- drenaje nasal transparente
- drenaje nasal de color
- goteo nasal posterior
- sangre de nariz
- picazón
- estornudos
- presión/dolor de senos nasales

#### RESPIRATORIO

- sin problemas
- tos
- opresión de pecho
- tos con sangre
- somnolencia diurna
- falta de respiración
- ronquidos
- silbidos
- dificultades con el ejercicio

#### PIEL

- sin problemas
- hinchazón
- sequedad
- urticaria
- picazón
- sarpullido
- eczema

#### OJOS

- sin problemas
- vista borrosa
- secreciones
- dolor de ojos
- picazón
- rojez
- pérdida de la vista
- acuosidad
- sequedad

#### GARGANTA

- sin problemas
- ronquera
- dificultades para tragar
- dolor de garganta
- úlceras orales
- carraspera
- picazón

#### GASTROINTESTINAL

- sin problemas
- acidez
- náuseas
- vómitos
- diarrea
- estreñimiento
- dolores abdominales
- sangre en las heces
- ictericia

#### NEUROLÓGICO

- sin problemas
- dolor de cabeza
- debilidad
- convulsiones
- desmayos
- mareos

#### OÍDOS

- sin problemas
- dolor de oído
- secreciones
- zumbido
- reducción de audición
- taponamiento de oído
- vértigo (la sala da vueltas)
- picazón

#### CARDIOVASCULAR

- sin problemas
- dolor de pecho
- palpitaciones
- desmayos
- hinchazón periférica
- falta de respiración acostado(a)

#### MÚSCULOS Y ESQUELETO

- sin problemas
- dolor de espalda
- dolor de articulaciones
- hinchazón de articulaciones
- rigidez

#### SALUD MENTAL

- sin problemas
- depresión
- ansiedad
- hiperactividad
- problemas de conducta

#### ALERGIAS / INMUNOLÓGICO

- sin problemas
- infecciones recurrentes
- reacción a picaduras venenosas
- reacción al látex
- reacción a los alimentos
- reacción a los medicamentos

## VIVIENDA

- casa
- apartamento / condominio
- casa móvil / prefabricada

## CIMIENTOS

- sótano
- sótano bajo
- losa

## AIRE ACONDICIONADO

- no hay
- con aparatos de ventana
- central
- con enfriador evaporador

## CALEFACCIÓN

- no hay
- de estufa a leña
- central
- a queroseno
- con radiadores eléctricos

## MOHO INTERIOR

- no hay
- moho visible
- olor a moho
- daños de agua en la casa

## PLAGAS

- no hay
- cucarachas
- roedores

## EXPOSICIÓN AL HUMO

- no hay
- padres
- cónyuge/compañero(a)
- abuelos(as)
- cuidadores(as)
- otro

## DORMITORIO

- moqueta/alfombra
- ventilador de cielo raso
- humidificador

## CAMA

- colchón de cuna
- colchón estándar
- cama de agua
- almohada o edredón de plumas
- peluches
- cobija de lana
- funda de almohada antialérgica
- forro de colchón antialérgico
- animal de compañía que duerme en la cama

## MEDIO AMBIENTE EXTERIOR

- no hay
- ganado
- pollos y gallinas
- caballos
- chivos
- granja

## ANIMALES

- no hay
- perros
- gatos
- pájaros
- hámsteres
- jerbos
- conejos
- cobayas
- otros

## ¿Cuántos?

perros adentro: \_\_\_\_\_  
gatos adentro: \_\_\_\_\_



Algunos medicamentos pueden interferir con las pruebas cutáneas de alergia. Para obtener los mejores resultados, deje de tomar antihistamínicos contra las alergias como se indica a continuación antes de su consulta de nuevo paciente y antes de otras consultas si piensa hacerse pruebas cutáneas. Si tiene alguna pregunta sobre seguridad por dejar de tomar su antihistamínico, póngase en contacto con el médico que se lo recetó.

## DEJE DE TOMAR LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS 7 DÍAS ANTES DE IR A LA CONSULTA

Ciproheptadina (Periactin)	Desloratidina (Clarinox)	Hydroxyzina (Atarax/Vistaril)
Levocetirizina (Xyzal)		

## DEJE DE TOMAR LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS 5 DÍAS ANTES DE IR A LA CONSULTA

### **Medicamentos sedantes contra las alergias (todas las formas)**

Advil Allergy	Carbinoxamina	Extendryl
Alahist	Clorfeniramina	Ketotifeno
AlleRX	Clor-trimeton	Palgic
Allergy Relief	Difenhidramina (Benadryl)	Polihistidina
Bromfeniramina (Bromfed)	Doxilamina	Pyrilamina (también se encuentra en el Midol)
Tylenol Allergy		

### **Medicamentos no sedantes contra las alergias (todas las formas)**

Cetirizina (Zyrtec, Wal-Zyr)	Fexofenadina (Allegra)	Loratadina (Claritin, Alavert)
------------------------------	------------------------	--------------------------------

### **Rociados nasales**

Azelastina (Astelin, Astepro)	Dymista	Olopatadina (Patanase)
-------------------------------	---------	------------------------

### **Reductores de acidez estomacal**

Cimetidina (Tagamet)	Famotidina (Pepcid)
----------------------	---------------------

### **Remedios para la tos, el resfriado y la sinusitis**

Actifed	Dimetane	Semprex-D
Advil Cold/Sinus	Dimetapp	Sinutab
Aleve Cold	Drixoral	Sudafed Cold + Allergy
Alka Seltzer Plus/Cold	Norel SR/MD	Tanafed
Allerest	Nyquil	Theraflu (todas las formas)
BC Cold Powder	Pediacare	Time Hist
Benylin Cough	Percogesic	Triaminic (todas las formas)
Comtrex	Feniltoloxamina	Tussionex
Coricidin	Rondec	Vicks 44 M
Co-Tylenol	Rynatan/R-Tannate	Zicam

### **Pastillas para dormir**

Advil PM	Doxilamina	Nytol
Alertec (Modafinil)	Excedrin PM	Sominex
Doxepina (Sinequan)	Night Time Sleep Aid	Tylenol PM/Tylenol Sleep

### **Medicamentos contra las náuseas y el vértigo**

Clorpromazina	Meclizina (Antivert)	Prometazina (Phenergan)
Dimenhidrinato (Dramamine)	Proclorperazina (Compazine)	

### **Gotas para los ojos contra las alergias**

Alcaftadina (Lastacaft)	Azelastina (Optivar)	Bepotastina (Bepreve)
Epinastina (Elestat)	Ketotifeno (Zaditor, Alaway, Zyrtec)	Olopatadina (Patanol, Pataday, Pazeo)

**Medicamentos contra la picazón:** Difenhidramina (Benadryl)      **Otros:** Ciclobenzaprina (Flexeril)      Baclofeno

Hay otros medicamentos que pueden interferir con las pruebas cutáneas de alérgenos, **pero usted debe seguir tomándolos A MENOS QUE el médico o el clínico que se los recetó le diga que es seguro suspenderlos durante 5 días antes de su consulta de alergias.** Su proveedor de Allergy Partners le hablará sobre opciones de pruebas durante la consulta si usted no ha sido autorizado para suspender estos medicamentos:

## Antidepresivos tricíclicos

Amitriptilina	Amoxapina	Desipramina (Norpramin)
Doxepin (Sinaquan)	Imipramina (Tofranil)	Nortriptilina (Pamelor)
Protriptilina	Trimipramina	

## Benzodiacepinas

Alprazolam (Xanax)	Clordiazepóxido (Librium)	Clonazepam (Klonopin)
Clorazepate (Tranxene)	Diazepam (Valium)	Estazolam (Prosom)
Flurazepam (Dalmane)	Lorazepam (Ativan)	Midazolam (Versed)
Oxazepam (Serax)	Temazepam (Restoril)	Triazolam (Halcion)
Quazepam (Doral)		

## Otros

Mirtazapina (Remeron)	Quetiapina (Seroquel)
-----------------------	-----------------------

**No se ponga aceite, crema o loción en la espalda o los brazos menos de 24 horas antes de las pruebas cutáneas.**

**Siga tomando todos sus otros medicamentos recetados, tales como los siguientes:**

- Antibióticos
- Antidepresivos
- Medicamentos contra el asma, tales como inhalados, soluciones nebulizadas, Montelukast (Singulair) y Zafirlucast (Accolate)
- Medicamentos para la presión sanguínea
- Medicamentos para el colesterol
- Anticongestivos
- Medicamentos para el corazón
- Medicamentos inyectables
- Rociados nasales **excepto** Astelin / Astepro / Patanase / Dymista
- Esteroides tales como prednisona / prednisolona / solumedrol / etc.
- Medicamentos para la tiroides

**NO deje de tomar estos medicamentos sin la aprobación de su médico.**

**Llame a la oficina local de Allergy Partners si tiene preguntas acerca de estas listas.**

## Normas de Pago

Nombres y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nuestro compromiso es prestar la mejor asistencia médica posible a nuestros pacientes y al mismo tiempo reconocer la necesidad de prestar solo los servicios necesarios para cada paciente. Para cumplir con este compromiso, reconocemos la necesidad de entender y estar de acuerdo con claridad sobre la asistencia médica de nuestros pacientes y los acuerdos de pago correspondientes. Es importante para nuestra relación profesional que usted entienda claramente las normas de pago. Comuníquese con nuestra oficina de facturación si tiene preguntas sobre nuestros honorarios, nuestras normas de pago o su seguro y sus responsabilidades de pago.

**Honorarios profesionales:** Nuestros honorarios por servicios médicos son comparables a los de otros médicos de la comunidad capacitados de manera similar y reflejan la complejidad de las necesidades específicas del paciente, el tiempo que el médico dedica a atenderlo, la naturaleza especializada de la educación y la capacitación del médico, y los costos de apoyo relacionados con atender al paciente y coordinar la asistencia que se le preste. Con mucho gusto le daremos en cualquier momento datos detallados sobre los cargos.

**Pagos del paciente:** Usted debe cancelar los copagos, deducibles, servicios no asegurados o saldos pendientes cuando llegue a su consulta. Puede pagar en efectivo o con cheque o tarjeta de crédito. En caso de cheque devuelto, cobramos la tarifa permitida por los reglamentos estatales. Podemos utilizar terceros para coleccionar cualquier saldo pendiente. Avísenos si tiene algún problema de pago en particular y haremos todo lo posible para elaborar un plan de pagos. No dude en hablar con nuestro coordinador de pagos o la oficina central de facturación sobre disposiciones de pago mutuamente aceptables (800-341-8067).

**Pagos del seguro:** Participamos en los programas de asignación de pago de la mayoría de los seguros locales y aceptamos tales asignaciones. Aunque podemos presentar reclamaciones de seguro por usted, su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, y usted es responsable por el pago de los servicios independientemente de la cantidad que pague el seguro. Si la compañía de seguros requiere una autorización o remisión, es responsabilidad del paciente obtenerla para la consulta inicial y para la continuación de la asistencia.

### Cargos adicionales:

**Consultas perdidas:** Cuando usted fija una consulta con uno de nuestros médicos, nosotros nos comprometemos a prestarle asistencia médica y esto nos impide atender a otro paciente a esa hora. Para darles a todos nuestros pacientes acceso adecuado a nuestros médicos, es posible que le cobremos una cuota por consulta cancelada con menos de 24 horas de anticipación. Recuerde que su compañía de seguros no cubre esta cuota.

**Suministros médicos:** Recuerde que algunos de los suministros médicos consumidos durante su consulta requieren pago por adelantado a la salida del consultorio. Le presentaremos los cargos por suministros médicos a su compañía de seguros, y a usted se le reembolsará la diferencia con lo que pague el seguro.

**Formularios médicos:** Llenar formularios de discapacidad, declaraciones del médico que lo atiende y formularios complementarios de seguro requiere tiempo de parte de los médicos y el personal. Por lo tanto, hay un cargo por llenar la mayoría de estos formularios. El costo de llenar formularios no convencionales puede ser mayor.

**Consulta a la enfermera:** Recuerde que si un paciente viene al consultorio sin consulta para hablar con una enfermera, dependiendo de la duración y la complejidad de la visita, es posible que le cobremos por la visita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Relación con el paciente (seleccione una opción)    Sí mismo     Padre o madre     Tutor legal

# ALLERGY PARTNERS

*Líderes en la asistencia contra el asma y las alergias*

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SUS DATOS MÉDICOS SE PUEDEN USAR Y REVELAR Y LA MANERA EN QUE USTED PUEDE CONSULTARLOS. REVISE DETENIDAMENTE ESTE AVISO.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe las prácticas de privacidad de Allergy Partners, PLLC.

Los Datos de Salud Protegidos (Protected Health Information, PHI) –entre los cuales se encuentran los datos demográficos– son datos que permiten identificar a una persona y que se refieren a la asistencia médica; la salud o el estado físico o mental pasado, presente o futuro; o el pago pasado, presente o futuro de la asistencia médica de esa persona.

*Entendemos la importancia de la privacidad y nos hemos comprometido a mantener la confidencialidad de sus datos de salud protegidos. Llevamos un registro de la asistencia médica que prestamos y es posible que otras personas y/o instituciones nos envíen registros de este tipo. Estos registros permiten que otros proveedores le presten a usted asistencia médica de calidad y que nosotros podamos cobrar los servicios prestados conforme a su seguro de salud, y cumplir con las obligaciones profesionales y legales de administrar correctamente este consultorio médico. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de los datos de salud protegidos, comunicar a las personas nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a datos de salud protegidos, comunicarle a usted sus derechos y las maneras en que podemos usar sus datos de salud protegidos y revelarlos a otras personas, y comunicar a las personas afectadas las fallas de protección de datos de salud protegidos no asegurados. Este aviso describe la manera en que podemos usar y revelar sus datos médicos. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a sus datos médicos. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con nuestro Departamento de Cumplimiento y Privacidad, cuyos datos se indican al final de este documento.*

### **A. Maneras de usar y revelar sus datos de salud protegidos**

Podemos usar o revelar sus datos de salud protegidos para lo siguiente:

1. **Tratamiento.** Podemos usar sus datos de salud protegidos y comunicárselos a otros profesionales que lo están atendiendo. Por ejemplo, podemos comunicar sus datos de salud protegidos a otros médicos y proveedores de asistencia médica que prestan servicios que nosotros no prestamos. O bien, podemos comunicar estos datos a un laboratorio que procese un examen médico o a un farmacéutico que los necesite para venderle un medicamento con receta. También podemos revelar sus datos de salud protegidos a sus familiares u otras personas que puedan ayudarlo cuando esté enfermo.
2. **Pago.** Usamos y revelamos sus datos de salud protegidos para cobrar servicios prestados por nosotros. Por ejemplo, le damos a su seguro de salud los datos que requiere para pagarnos. También podemos revelar datos a otros proveedores de asistencia médica para ayudarlos a cobrar servicios que ellos le han prestado a usted.
3. **Operaciones de asistencia médica.** Podemos usar y revelar sus datos de salud protegidos para administrar nuestro consultorio médico, mejorar su tratamiento y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, podemos usar y revelar estos datos para revisar y mejorar la calidad de la asistencia que prestamos, el funcionamiento de nuestros instrumentos y servicios en línea, y/o la competencia y las calificaciones de nuestro personal profesional. También podemos usar y revelar datos de salud protegidos según sea necesario para hacer revisiones médicas; planificar y administrar la actividad comercial; y prestar servicios legales y hacer auditorías

—tales como la implementación de programas de cumplimiento de reglas y la detección de fraude y abuso—. También podemos comunicar sus datos de salud protegidos a "socios comerciales" que nos prestan servicios. Tenemos con cada uno de estos socios comerciales un contrato escrito que contiene términos que los obligan a ellos y a sus subcontratistas a proteger la confidencialidad y la seguridad de sus datos de salud protegidos. También podemos comunicar sus datos a otros proveedores de asistencia médica, centros de distribución de asistencia médica, o seguros de salud relacionados con usted que los soliciten para facilitar ciertas actividades de funcionamiento permitidas por la ley.

4. Intercambios electrónicos de datos de salud. Participamos en Intercambios de Datos de Salud (Health Information Exchanges, HIE) en ciertos estados para facilitar la comunicación electrónica de datos de pacientes entre proveedores de asistencia médica. No es necesario participar en un HIE para que lo atendamos, y usted puede optar por no participar. Sin embargo, no participar en un HIE no nos impide usar o comunicar sus datos como se describe en este aviso. En nuestro sitio web hay más información sobre los HIE en los que participamos y las opciones de optar por participar o no participar. Nuestra capacidad de usar y comunicar sus datos como se describe en este aviso no se ve afectada por su participación o su falta de participación en un HIE.
5. Aviso y comunicación con familiares. Podemos revelar sus datos de salud protegidos para comunicarle o ayudar a comunicarle a un familiar, un representante personal u otra persona responsable de atenderlo su ubicación, su estado general o, a menos que usted nos haya indicado otra cosa, su muerte. En caso de desastre, podemos revelar sus datos a una organización de socorro para que coordine estos esfuerzos de comunicación. También podemos revelar sus datos a personas involucradas con la asistencia que se le presta a usted o a personas que contribuyen a pagar tal asistencia. Si usted puede aceptar u objetar y está disponible para hacerlo, haremos un esfuerzo para darle la oportunidad de objetar antes de hacer estas revelaciones aunque, en caso de desastre, podemos revelar estos datos aunque usted objete, si lo consideramos necesario para responder a circunstancias de emergencia. Si usted no puede aceptar u objetar o no está disponible para hacerlo, nuestros profesionales de la salud se comunicarán con sus familiares y otras personas de la mejor manera que consideren posible.
6. Mercadeo. A condición de que no recibamos compensación por estas comunicaciones, podemos comunicarnos con usted para darle información sobre productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración de caso o coordinación de asistencia; o dirigirle o recomendarle otros tratamientos, terapias, proveedores de asistencia médica o ambientes de asistencia que pueden interesarle. Podemos de manera similar describirle productos o servicios ofrecidos por este consultorio y decirle en qué seguros de salud participa este consultorio. Finalmente, podemos recibir compensación para cubrir los costos de recordarle que tome y renueve sus medicamentos, o de otras maneras darle información sobre medicamentos o productos biológicos con receta vigente. No usaremos ni revelaremos sus datos de salud protegidos de otras maneras con fines de mercadeo ni aceptaremos dinero por otras comunicaciones de mercadeo sin su previa autorización por escrito. La autorización revelará si recibimos compensación por actividades de mercadeo que usted autorice, y suspenderemos toda actividad de mercadeo en la medida en que usted revoque tal autorización.
7. Venta de datos de salud protegidos. No venderemos sus datos de salud protegidos sin su previa autorización por escrito. La autorización revelará que recibiremos una compensación por sus datos si usted nos autoriza a venderlos, y suspenderemos toda venta de sus datos en la medida en que usted revoque tal autorización.
8. Recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted para pedirle donaciones, pero usted puede decirnos que no nos volvamos a comunicar con usted.
9. Requisitos legales. Usaremos y revelaremos sus datos de salud protegidos según lo requiera la ley, pero usaremos y revelaremos solo lo que exijan los requisitos legales pertinentes. Cuando la ley nos obligue a reportar maltrato, descuido o violencia doméstica, o a responder a procedimientos judiciales o administrativos o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, cumpliremos también con los requisitos estipulados a continuación en cuanto a tales actividades.
10. Salud pública. Podemos, y algunas veces la ley lo requiere, revelar sus datos de salud protegidos a las autoridades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades mediante medidas tales como, entre otras, la implementación de sistemas de vigilancia de salud pública tales como los

registros de vacunación; reportar el maltrato o descuido de niños, ancianos o adultos dependientes; reportar violencia doméstica; reportar a la Administración de Alimentos y Medicamentos problemas con productos y reacciones a medicamentos; y reportar exposición a enfermedades o infecciones.

11. Actividades de supervisión de salud. Conforme a las limitaciones impuestas por la ley, podemos, y algunas veces la ley lo requiere, revelar sus datos de salud protegidos a agencias de supervisión de salud durante auditorías, investigaciones, inspecciones, concesión de licencias y otros procedimientos.
12. Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos, y a veces la ley lo requiere, revelar sus datos de salud protegidos durante procedimientos administrativos o judiciales en la medida expresamente autorizada en una orden judicial o administrativa. También podemos revelar sus datos al responder a una orden de comparecencia, una solicitud de descubrimiento de documentos u otro proceso legal.
13. Aplicación de la ley. Podemos, y a veces la ley lo requiere, revelar sus datos de salud protegidos a un agente de aplicación de la ley para propósitos tales como identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo esencial o una persona desaparecida para cumplir una orden de los tribunales, una orden judicial, una orden de comparecencia de gran jurado y otros propósitos de aplicación de la ley.
14. Médicos forenses. Podemos, y con frecuencia la ley lo requiere, revelar sus datos de salud protegidos a médicos forenses en relación con sus investigaciones de muertes.
15. Donación de órganos o tejidos. Podemos revelar sus datos de salud protegidos a organizaciones involucradas en la adquisición, el almacenamiento en bancos de órganos o el trasplante de órganos y tejidos.
16. Investigación. Podemos usar y divulgar sus datos de salud protegidos con fines de investigación. Su registro médico puede ser revisado y los datos pueden ser incluidos en estudios de investigación de conformidad con las leyes federales y estatales. Sus datos de salud protegidos pueden ser revisados como preparativo para la investigación o para comunicarle a usted la disponibilidad de estudios de investigación a los cuales su proveedor considera que usted puede ser un buen candidato o en los cuales usted puede estar interesado. En algunos casos, sus datos de salud protegidos se pueden usar o revelar con fines de investigación sin que se requiera ninguna autorización adicional de su parte. En otros casos, una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) o la entidad o persona designada por tal junta puede determinar si su autorización es necesaria para que sus datos de salud protegidos se usen o revelen con fines de investigación. Si es necesario, se le pedirá una autorización por escrito y usted participará en uno de estos proyectos de investigación solo si lo acepta y firma la autorización.
17. Seguridad pública. Podemos, y a veces la ley lo requiere, revelar sus datos de salud protegidos a ciertas personas para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente contra la salud o la seguridad de una persona en particular o del público en general.
18. Funciones especializadas del gobierno. Podemos revelar sus datos de salud protegidos para propósitos de seguridad militar o nacional, o a instituciones penitenciarias o agentes de aplicación de la ley bajo cuya custodia legal usted se encuentre.
19. Indemnización laboral. Podemos revelar sus datos de salud protegidos según sea necesario para cumplir con las leyes de indemnización laboral u otros programas autorizados o requeridos por ley. Estos programas conceden beneficios por lesiones o enfermedades ocupacionales.
20. Notificación de falla. En caso de falla de protección de datos de salud protegidos no asegurados, se lo comunicaremos conforme lo requiere la ley. Si nos ha dado una dirección de correo electrónico vigente, podemos comunicarle por correo electrónico información relacionada con la falla. En algunas circunstancias, nuestro socio comercial puede comunicarle la falla. También podemos comunicarle la falla por otros métodos, según sea apropiado.

## **B. Otros usos y revelaciones de sus datos de salud protegidos**

Excepto según lo descrito en este Aviso de Prácticas de Privacidad, este consultorio médico, conforme a sus obligaciones legales, no usará ni revelará sus datos de salud protegidos sin su autorización por escrito. Si usted autoriza a este consultorio médico a usar o revelar sus datos de salud protegidos con otro propósito, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

## **C. Derechos relacionados con sus datos de salud**

1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad. Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones de sus datos de salud protegidos que usamos o revelamos para fines de tratamiento, pago u operaciones de asistencia médica. Usted también tiene derecho a pedir que sus datos de salud se comuniquen solo a personas involucradas en atenderlo o en pagar por tal atención, como un familiar o un amigo. Usted debe presentar la solicitud por escrito y especificar los datos a los cuales se aplica la solicitud; si desea que solo se usen, solo se revelen o ni se usen ni se revelen; y las personas a las cuales se pueden revelar los datos, tales como usted y su cónyuge. Si usted nos pide que no revelemos a su seguro de salud comercial datos sobre artículos o servicios de asistencia médica que usted ha pagado totalmente de su propio bolsillo, cumpliremos con su petición, a menos que debamos revelar los datos para tratamientos o por razones legales. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud, y le comunicaremos nuestra decisión.
2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que sus datos de salud protegidos se le envíen de una manera específica o a un lugar específico. Por ejemplo, usted puede pedir que enviemos sus datos a una dirección de correo electrónico en particular o a su lugar de trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables presentadas por escrito en que se especifique cómo o adónde desea que le enviemos estas comunicaciones.
3. Derecho a inspeccionar y copiar. Excepto en ciertas circunstancias, usted tiene derecho a inspeccionar y copiar sus datos de salud protegidos que se encuentren en nuestros archivos. Para ver sus datos de salud protegidos, usted debe enviar una solicitud por escrito detallando los datos que desea ver, si desea inspeccionarlos o hacer una copia y, si desea una copia, qué forma y formato prefiere. Le daremos copias en el formato que solicite si es fácil de producir, o se las daremos en otro formato que usted considere aceptable. Si no podemos ponernos de acuerdo y tenemos el registro en formato electrónico, le daremos las copias en formato impreso o formato electrónico legible. También enviaremos una copia a toda otra persona que usted designe por escrito. Conforme a la ley, cobraremos una tarifa razonable para cubrir nuestros costos de mano de obra, suministros y franqueo y, si hace la solicitud y nos ponemos de acuerdo por adelantado, el costo de preparar una explicación o un resumen de los datos.

En ciertas circunstancias, podemos denegar su solicitud sin darle la oportunidad de revisar la denegación. En otras circunstancias, podemos denegar su solicitud a condición de que le demos derecho a revisar la denegación.

4. Derecho a enmendar o complementar. Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos los datos de salud protegidos que usted considere incorrectos o incompletos. Usted debe presentar una solicitud de enmienda por escrito e indicar las razones por las cuales considera que los datos son inexactos o están incompletos. No estamos obligados a cambiar sus datos de salud protegidos, y si denegamos su solicitud, le daremos información sobre la denegación y la manera de manifestar su desacuerdo con la denegación.
5. Derecho a lista de revelaciones. Usted tiene derecho a recibir una lista de ciertas revelaciones de sus datos de salud protegidos que este consultorio médico haya hecho.
6. Derecho a copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a que le demos una copia impresa de este Aviso de Prácticas de Privacidad, incluso si antes ha solicitado una copia electrónica.

Si desea una explicación más detallada de estos derechos o desea ejercer uno o varios de estos derechos, comuníquese con nuestro Departamento de Cumplimiento y Privacidad, cuyos datos aparecen al final de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

#### **D. Cambios de este Aviso de Prácticas de Privacidad**

Podemos cambiar los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad y los cambios se aplicarán a todos los datos que tengamos sobre usted. El nuevo aviso quedará a su disposición a petición en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

#### **E. Quejas**

Si considera que hemos infringido sus derechos, usted puede quejarse ante nuestro Departamento de Cumplimiento y Privacidad, cuyos datos aparecen al final de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Usted puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Departamento de Cumplimiento y Privacidad  
Allergy Partners  
1978 Hendersonville Road  
Asheville, NC 28803  
(T) (844) 744-9509  
Correo electrónico: [compliance@allergypartners.com](mailto:compliance@allergypartners.com)

Este aviso entra en vigencia el 1° de julio de 2023.