

¿Quiere saber
si la sinuplastia con balón
ES ADECUADA PARA USTED?

El objetivo del cuestionario a continuación es ayudar a definir los síntomas que usted presenta y brindarle a su médico no solo información valiosa sino también permitirle conocer su situación. Responda las preguntas evaluando, según su mejor entender, los problemas que ha tenido en las dos últimas semanas.

Prueba de resultado de los senos
paranasales (SNOT-22)

Nombre del paciente: _____

Teléfono del paciente: _____ Fecha: _____

1. Considere cuál es la gravedad del problema durante un episodio y con qué frecuencia sucede, califique cada una de las molestias a continuación según su grado de "incomodidad" y encierre con un círculo el número que corresponda a cómo usted se siente según esta escala. 2. Marque las molestias más importantes que afectan a su salud (5 molestias como máximo) en la columna de la derecha.	Ningún problema	Problema muy leve	Problema leve o ligero	Problema moderado	Problema grave	Problema muy grave	5 molestias más importantes
1. Necesidad de sonarse la nariz	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
2. Obstrucción nasal	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
3. Estornudos	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
4. Secreción nasal	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
5. Tos	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
6. Descarga nasal posterior	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
7. Descarga nasal espesa	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
8. Oído tapado	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
9. Mareos	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
10. Dolor de oído	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
11. Dolor/presión facial	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
12. Disminución del sentido del olfato/gusto	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
13. Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
14. Despertarse en la noche	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
15. No poder dormir bien por la noche	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
16. Despertarse cansado	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
17. Fatiga	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
18. Menor productividad	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
19. Menor concentración	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
20. Frustración/impaciencia/irritabilidad	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
21. Tristeza	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
22. Nerviosismo	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>



HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

SEXO: M F Si es mujer, ¿está embarazada? S N Estatura: _____ Peso: _____

Queja principal/motivo de la visita: _____ Doctor que refiere/proveedor de cuidado primario: _____

Síntomas actuales (Marque con un círculo cualquier positivo):

SENOS PARANASALES: DOLOR FACIAL / DOLORES DE CABEZA / PRESIÓN / CONGESTIÓN / SANGRADO / ESTORNUDO / SECRECIÓN NARIZ / PÉRDIDA DE OLOR / PICAZÓN / DRENAJE POSTNASAL	NINGUNO <input type="checkbox"/>
OÍDOS-AUDICIÓN: DOLOR / PÉRDIDA AUDITIVA / ZUMBIDO EN LOS OÍDOS / PRESIÓN / PÉRDIDA DE EQUILIBRIO / FICAZÓN / DRENAJE / CERA DE OÍDO	NINGUNO <input type="checkbox"/>
BOCA: PROBLEMA DENTAL / BOCA SECA / MAL ALIENTO / ÚLCERAS BUCALES / ULCERACIONES / PAROTIDITIS / SANGRADO	NINGUNO <input type="checkbox"/>
GARGANTA: ADOLORIDA / RONQUERA / PÉRDIDA DE SABOR / MAL SABOR / PUNTOS BLANCOS / LESIONES / RONQUIDO/ DIFICULTAD PARA TRAGAR	NINGUNO <input type="checkbox"/>
RESPIRATORIO: FALTA DE ALIENTO / TOS / SIBILANCIA / ASMA	NINGUNO <input type="checkbox"/>
GASTROINTESTINAL: ACIDEZ / REFLUJO / DIARREA / NÁUSEAS / VÓMITO/ GASTRITIS	NINGUNO <input type="checkbox"/>
NEUROLÓGICO: DOLORES DE CABEZA / DESMAYOS / MAREOS / ADORMECIMIENTO	NINGUNO <input type="checkbox"/>
SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES: FATIGA / FIEBRE / ESCALOFRÍOS / SUDORACIÓN NOCTURNA / PÉRDIDA O AUMENTO DE PESO / DESVANECIMIENTO	NINGUNO <input type="checkbox"/>
OJOS: DOBLE VISIÓN / PICAZÓN / PÉRDIDA DE LA VISIÓN / DOLOR / ARDOR / LAGRIMADO / OJOS SECOS	NINGUNO <input type="checkbox"/>
PIEL: ERUPCIÓN / PICAZÓN / LESIONES / URTICARIA	NINGUNO <input type="checkbox"/>
MUSCULOESQUELÉTICO: DOLOR DE COYUNTURAS / DOLOR DE MANDÍBULA	NINGUNO <input type="checkbox"/>
HEMATOLÓGICO-LINFÁTICO: MASA DE CUELLO / HEMATOMAS	NINGUNO <input type="checkbox"/>

Historial médico (marque si tiene historial de lo siguiente)		Historial quirúrgico (enumere todas las cirugías pasadas)	
<input type="checkbox"/> TRAUMA CRANEAL O FACIAL	<input type="checkbox"/> ANSIEDAD	Fecha	Procedimiento
<input type="checkbox"/> CIRUGÍA SINUSAL	<input type="checkbox"/> DESORDEN DEL SUEÑO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MASTOIDITIS	<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE MEMORIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> DROGADICCIÓN	_____	_____
<input type="checkbox"/> APNEA DEL SUEÑO	<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	_____	_____
<input type="checkbox"/> REFLUJO	<input type="checkbox"/> DIABETES	_____	_____
<input type="checkbox"/> HERNIA HIATAL	<input type="checkbox"/> OBESIDAD	_____	_____
<input type="checkbox"/> DERRAME CEREBRAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TIROIDES	_____	_____
<input type="checkbox"/> CONVULSIONES	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PARATIROIDEA	_____	_____
<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PITUITARIA	_____	_____
<input type="checkbox"/> PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL	<input type="checkbox"/> MASAS DE CUELLO		
<input type="checkbox"/> ATAQUES DEL CORAZÓN PASADOS	<input type="checkbox"/> ANEMIA	Historial familiar de problemas médicos	
<input type="checkbox"/> MARCAPASOS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS	Parentesco	Condición
<input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/> EMBOLISMO PULMONAR PVT	_____	_____
<input type="checkbox"/> GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> FRACTURAS	_____	_____
<input type="checkbox"/> CÁNCER DE PIEL	<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS	_____	_____
<input type="checkbox"/> ARTRITIS	<input type="checkbox"/> LUPUS	_____	_____
<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> DIÁLISIS	_____	_____
<input type="checkbox"/> PROBLEMAS CONGÉNITOS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE PRÓSTATA	_____	_____
<input type="checkbox"/> CÁLCULOS RENALES	<input type="checkbox"/> OTRO _____	_____	_____

Actualmente está utilizando productos de tabaco? S N En caso afirmativo, cantidad por día: _____

Si usted es un antiguo usuario de productos de tabaco, cuál fue la frecuencia de uso por día? _____ Por cuánto tiempo? _____

Bebe alcohol? S N En caso afirmativo, cantidad: _____ Con qué frecuencia?: _____

Actualmente tiene o tuvo en el pasado un problema con abuso de sustancias? S N

Por favor, enumere todas las alergias a continuación (incluidas las alergias a medicamentos, ambientales y/o de alimentos):

No tengo alergias _____

Enumere todos los medicamentos (incluya los mg) que está tomando actualmente (incluidos los medicamentos de venta libre y las vitaminas):

Ninguno _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

(Si el paciente es menor de edad, por favor indique la persona que completa el historial médico y la relación con el paciente)

Relación con el paciente: _____ Nombre del padre o tutor: _____

SOUTH FLORIDA ENT ASSOCIATES



INFORMACIÓN DEL PACIENTE- ADULTO

POR FAVOR ESCRIBIR EL NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

DIRECCIÓN: _____ APT /UNIDAD: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____ PAIS: _____

TEL DE CASA: (____) _____ TEL ALTERNO (CELULAR): (____) _____

SEXO: M F ESTADO CIVIL (Circule): Soltero Casado Viudo Divorciado

ORIGEN ÉTNICO (Circule uno): Hispano No-Hispano RAZA: _____

IDIOMA: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

MÉD DE CABECERA/REFERIDO: _____ TEL: (____) _____ FAX: (____) _____

NOMBRE DE FARMACIA: _____ TEL. DE FARMACIA: (____) _____

EMPLEADOR: _____ TEL DE EMPLEADOR: (____) _____

DIRECCIÓN DE EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____

NOMBRE DE ESPOSO(A): _____ FECHA DE NACIMIENTO DE ESPOSO(A) : _____ / _____ / _____

SEGURO SOCIAL ESPOSO(A): _____ - _____ - _____ TEL ALTERNO (CELULAR): (____) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA / RELACIÓN: _____

TELÉFONO: (____) _____ TELÉFONO ALTERNO: (____) _____

QUISIERA DESIGNAR ALGÚN REPRESENTANTE PERSONAL, TAL COMO SU ESPOSO/A U OTRO FAMILIAR, EL CUAL PODRIA DISCUTIR CON SU MEDICO INFORMACION DE SALUD PRIVADA PERTINENTE A SU CASO? (CIRCULE) SI NO

NOMBRE DEL FAMILIAR: _____ RELACIÓN: _____

CONCEDE USTED PERMISO A NUESTROS MÉDICOS PARA DEJAR MENSAJE SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA EN SU CONTESTADORA (ejemplo: resultados de exámenes.)? (CIRCULE) SI NO

A QUE TELÉFONO PODEMOS LLAMAR? _____

SEGURO DE SALUD

*Una fotocopia de esta información sera valida.

*SEGURO PRIMARIO: _____ # DE PÓLIZA: _____ # DE GRUPO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

*SEGURO SECUNDARIO: _____ # DE PÓLIZA: _____ # DE GRUPO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

AVISO AL PACIENTE: Proveedor aceptara compensación únicamente por servicios cubiertos y pagos por la compañía de seguros y por los servicios otorgados al asegurado, con excepción de co-pagos, co-seguros, y deducibles, y servicios no cubiertos o requeridos bajo el acuerdo de salud en su póliza de seguro medico. Declaro que toda la informacion proveida en esta visita es completa y precisa. En caso de que esta informacion este incorrecta o incompleta, el paciente será responsable por todos los gastos incurridos.

AUTORIZACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS:
Autorizo a South Florida ENT Associates, P.A. que proporcione información medica a mi compañía de seguro. Autorizo pago directo de cuentas medicas or quirurgicas a South Florida ENT Associates, P.A. Entiendo que soy financieramente responsable por todo los cargos, balances o cuentas no cubiertas por mi seguro medico, o en el evento que mi seguro medico haya sido cancelado y no tenga cobertura de salud. Además, entiendo que seré responsable por todos los costos incurridos en el intento de colectar esta deuda.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____



Paciente Reconocimiento de Recibo del Aviso de Privacidad en Relación con las Prácticas de Comercialización y el Consentimiento para Usar y Divulgar Información de Salud.

He de reconocer que me proporcionó una copia del sur de la Florida ENT Associates, P. A. de Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo mi información de salud puede ser usada o revelada bajo la ley federal. Siempre que al sur de la Florida ENT Associates, P. A. continúa su esfuerzo de buena fe para cumplir con los requisitos de la ley Federal de Protección de la intimidad, otorgo mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica para los propósitos y las actividades permitidas por la ley federal de protección de la intimidad.

Entiendo que debo leer el Aviso de Prácticas de Privacidad cuidadosamente. Soy consciente de que el aviso se puede cambiar en cualquier momento. Puedo obtener una copia revisada llamando a South Florida ENT Associates, P.A., oficina corporativa al (305) 558-3724.

Yo reconozco que he recibido una copia de South Florida ENT Associates, P. A. Aviso de privacidad en relación con las prácticas de comercialización.

Nombre de Paciente:

Fecha:

Firma de Paciente:

Representante Legal del Paciente: (si corresponde)

Fecha:

Firma de Representante Legal

PARA USO EN LA OFICINA DEL MÉDICO SOLAMENTE

Personal de la Oficina que obtuvo la firma

Razón que Firma no fue obtenido:

- Individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibido obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otros (por favor, especifique) _____



**Los cheques devueltos / Disputas sobre Tarjetas de Crédito**

El cargo por un cheque devuelto es de \$35 a pagar en efectivo o giro postal. Esto se aplica a su cuenta, además de la cantidad de fondos insuficientes. Usted puede ser colocado en un plan de pago solo en efectivo después de cualquier cheque devuelto. Las disputas sin fundamento sobre pagos con tarjeta de crédito tendrán un cargo administrativo de \$35.

Las copias de registros médicos

Le proporcionaremos una copia de su historia clínica a la recepción de la autorización firmada del formulario de solicitud de registros médicos. Por favor espere hasta 30 días para esta solicitud sea procesada. Los pacientes que solicitan copias de los registros médicos se pagan hasta \$ 1.00 por página y el pago deben ser recibidas antes de la copia de su historia clínica para la liberación.

Política de Saldo Vigente

Es política de nuestra oficina que todas las cuentas de pagos vencidos se contactarán a través de estados de cuenta, cartas y/o llamadas telefónicas de acuerdo con nuestra política interna. Si no se obtiene una solución después de los intentos de nuestro departamento de cobros internos, la cuenta será enviada a nuestra agencia de cobros. Independientemente de los acuerdos que un paciente podría tener fuera de nuestra oficina, si usted es mayor de 18 años de edad y recibe tratamiento, en última instancia, usted es responsable por el pago del servicio. Nuestra oficina no va a facturar a cualquier otra persona.

Cargos por cobro

Yo entiendo que en el caso de que mi cuenta se coloque en estado de cobro y, como resultado, se entregue a un cobrador de deudas, una cuota, por una cantidad equivalente al 30% del saldo de mi cuenta, será agregado a mi saldo pendiente. Entiendo que esta cantidad es un cargo y no intereses, que se añadirá al saldosaldo de mi cuenta, para ser recibidos por los cobradores contratados por la práctica. Entiendo que este cargo, junto con el saldo de mi cuenta, será mi responsabilidad personal para pagar en su totalidad.

Aviso a los pacientes

El proveedor se fijará únicamente a la compañía de seguros contratada para la compensación de los servicios cubiertos prestados a las personas cubiertas con la excepción de los copagos, deducibles y/o servicios no cubiertos requeridos por los acuerdos de asistencia sanitaria en su resumen de beneficios del plan. Hacemos todo lo posible para determinar si el paciente será cubierto por los servicios que se deben proporcionar durante su visita, sin embargo, los beneficios del plan varían de un plan a otro y puede que no seamos conscientes de la existencia de limitaciones incluidas en su plan específico de beneficios.

Autorización y asignación de beneficios

Autorizo a SFENTA a dar cualquier información a mi compañía de seguros. Yo autorizo el pago directo de beneficios médicos/quirúrgicos a SFENTA y entiendo que soy financieramente responsable ante el Proveedor por todos los gastos, por cualquier saldo o cargo no cubierto en el caso de que no tenga ningún seguro o se rechace mi seguro. Además, entiendo que seré responsable por cualquier y todos los gastos incurridos en el intento de cobrar esta deuda.

Los padres divorciados de los hijos menores

Reconozco que, si mi hijo menor de edad es tratado por SFENTA y sus padres están divorciados, el padre que se registre como tal del niño menor de edad en la práctica en la fecha en que este Acuerdo es ejecutado (el "padre responsable"), acepta la responsabilidad de pago por los servicios prestados en dicho día, así como por todos los futuros servicios prestados por la práctica a dicho menor. No prometemos ni estamos obligados a enviar facturas, registros de pacientes o comunicaciones relacionadas al otro padre/tutor legal relacionadas con las cuestiones de pago o de comunicaciones. Comunicaremos acerca del tratamiento y de pago con el padre responsable en cuanto a cualquier y todos los asuntos desde y después de la fecha de este Acuerdo. Reconozco que los padres son responsables de comunicarse entre sí acerca del tratamiento y problemas de pago que experimente su hijo menor.

Comunicación

Doy mi consentimiento para recibir llamadas, mensajes de texto y correos electrónicos de SFENTA y sus socios empresariales con respecto a mi información de la cuenta, que pueden contener información personal de salud (PHI), al número (s) de teléfono que aparece a continuación, incluyendo a mi número de teléfono móvil proporcionado. Entiendo que me pueden cobrar este tipo de llamadas por mi proveedor de servicios inalámbricos y que dichas llamadas pueden ser generados por un sistema de marcación automática.

Celular: _____ Teléfono de la casa: _____



Definiciones

Para efectos del presente Acuerdo, los términos "nosotros", "nuestro", la "práctica" y "SFENTA" significará South Florida ENT Associates y los términos "I", "mi", "usted" y "su" se refieren al paciente o responsable de estos paciente que realiza la ejecución de este Acuerdo a continuación.

He leído y entendido las políticas financieras y administrativas de la práctica y estoy de acuerdo en obligarme por sus términos. También entiendo y acepto que tales términos pueden ser modificados por la práctica de vez en cuando.

Nombre del Paciente

FDN del Paciente

Nombre del Responsable

Relación

Firma del Responsable

Fecha