



DILIGENT MEDICAL CARE PC

**M. Amar Chaudhry, M.D.**

**BOARD CERTIFIED INTERNAL MEDICINE**

**570-32ND ST. UNION CITY, NJ 07087**

**PHONE: 201-758-7250 FAX: 201-758-7251 / email: doctoramarc@gmail.com**

### INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_  
CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ NO. SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
REFERIDO POR: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE SU PAREJA: \_\_\_\_\_  
MOTIVO DE LA CONSULTA: \_\_\_\_\_ ALERGIAS: \_\_\_\_\_  
OCUPACION: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL EMPLADOR: \_\_\_\_\_  
NOMBRE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
FARMACIA DE PREFERENCIA: \_\_\_\_\_  
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD (Física, Visual, Auditiva, Del habla o Aprendizaje)? \_\_\_\_\_  
TIENE ALGUNA BARRERA CULTURAL O DE IDIOMA? \_\_\_\_\_  
ADEMAS DEL ESPAÑOL QUE OTRO IDIOMA USTED HABLA, LEE O ESCRIBE? \_\_\_\_\_  
TIENE ALGUNA COSTUMBRE RELIGIOSA O CULTURAL QUE EL MEDICO DEBA SABER?  SI  NO  
SI ES ASI, POR FAVOR DESCRIBIR? \_\_\_\_\_

### DIRECTIVA ANTICIPADA

EN CASO DE QUE USTED NO PUEDA TOMAR DECISIONES SOBRE SU SALUD, QUIEN SERIA SU REPRESENTANTE PARA HACER DICHAS DECISIONES?

- NOMBRE: \_\_\_\_\_
- DIRECCION: \_\_\_\_\_
- TELEFONO: \_\_\_\_\_
- RELACION: \_\_\_\_\_

### INFORMACION

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos de servicios dados a mi persona, incluyendo cualquier balance restante o deducible de su seguro.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Diligent Medical Care, PC**  
**M. Amar Chaudhry, M.D.**  
**BOARD CERTIFIED INTERNAL MEDICINE**

570-32ND ST. UNION CITY, NJ 07087

PHONE: 201-758-7250 FAX: 201-758-7251 / email: doctoramarc@gmail.com

**Formulario de Historia Médica del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Historia Personal**

Por favor, escriba todos los medicamentos que esta tomando ahora.


Indique cualquier alergia que tenga.


Por favor, escriba cualquier condición crónica (asma, diabetes, glaucoma, presión alta, otra)


Por favor, enumere las principales enfermedades, lesiones, cirugías, hospitalizaciones en los ultimos 10 años


Historia Familiar			Historia Social			
-------------------	--	--	-----------------	--	--	--

Hay en su familia?	Si	No		Si	No	Si, con que frecuencia?
--------------------	----	----	--	----	----	-------------------------

Anemia			Tabaco			
--------	--	--	--------	--	--	--

Artritis			Alcohol			
----------	--	--	---------	--	--	--

Diabetes			Otra clase de drogras			
----------	--	--	-----------------------	--	--	--

Glaucoma			Exámenes preventivos			
----------	--	--	----------------------	--	--	--

Enfermedades del corazón			En el último año, Ha tenido?			Si	No
--------------------------	--	--	------------------------------	--	--	----	----

Presión alta			Chequeo de la presión arterial				
--------------	--	--	--------------------------------	--	--	--	--

Colesterol alto			Análisis de sangre				
-----------------	--	--	--------------------	--	--	--	--

Enfermedad de las tiroides			Vacuna contra la gripe				
----------------------------	--	--	------------------------	--	--	--	--

Consulte el Formulario de Historia del Cáncer adjunto			Examen Físico				
---	--	--	---------------	--	--	--	--

Hombres			Mujeres		
---------	--	--	---------	--	--

En los últimos 2 años, Ha tenido?	Si	No	En los últimos 2 años, Ha tenido?	Si	No
-----------------------------------	----	----	-----------------------------------	----	----

Colonoscopia			Colonoscopia		
--------------	--	--	--------------	--	--

Examen de Próstata			Mamografía		
--------------------	--	--	------------	--	--

Examen Testicular			Prueba de Papanicolaou		
-------------------	--	--	------------------------	--	--



**Historia Personal y Familiar**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

El historial familiar es la enseñanza MÁS importante en la forma en que mejor podemos manejarlo a USTED. Atención personalizada comienza con el conocimiento de sus riesgos. Por favor, complete este formulario a fondo para que pueda obtener el mejor cuidado posible de nuestro personal médico.

**Por favor describa cualquier tipo de Cáncer que usted o su familia hayan tenido a continuación**

**Los siguientes familiares deben considerarse:** usted, madre, padre, hermano, hermana, niños, tía/tío paterno, tía/tío materno, primos hermanos, sobrinas/sobrinos y abuelos paternos y maternos.

Historial	Encierre en un círculo	Familiar(es)	Paterno/Materno	Edad(es) del Diagnóstico
Cáncer de colon antes de los 50 años o dos diagnósticos de cáncer de colon en el mismo lado de la familia	Si - No			
Cáncer Uterino/Endometrial antes de los 50 años	Si - No			
Uno de los siguientes tipos de cáncer: pancreático, ovario, o cáncer gástrico en su familia?	Si - No			
Uno de los siguientes tipos de cáncer: intestino delgado, hígado, renal, o cáncer cerebral en su familia?	Si - No			
Cáncer de Seno diagnosticado a los 50 años o antes	Si - No			
Cáncer de Ovario diagnosticado a cualquier edad	Si - No			
Cáncer de Seno Masculino diagnosticado a cualquier edad	Si - No			
Tres o más tipos de cáncer de seno en el mismo lado de la familia independientemente de la edad	Si - No			
Un familiar diagnosticado con cáncer de seno dos veces	Si - No			
Algún diagnóstico de cáncer de páncreas con cáncer de seno en el mismo miembro de la familia?	Si - No			
¿Usted o algún miembro de su familia ha sido examinado para el gen BRCA? Si no, ¿por qué no?	Si - No			

Por favor escriba cualquier otros tipos de cáncer, que familiar y lado de la familia:



**Diligent Medical Care, PC**  
**M. Amar Chaudhry, M.D.**  
**BOARD CERTIFIED INTERNAL MEDICINE**

570-32ND ST. UNION CITY, NJ 07087

PHONE: 201-758-7250 FAX: 201-758-7251 / email: doctoramarc@gmail.com

**Depresión y Alcohol**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Durante las últimas 2 semanas ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1.- Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2.- Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3.- Dificultad para dormir o en 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.- Con poco 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 cosas tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8.- ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo? -- o por el contrario - ha estado agitado(a) o inquieto(a), que se ha estado moviendo más de lo normal	0	1	2	3
9.- Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

**Total:**

Questionario CAGE-AID		
1.- ¿Alguna vez ha sentido que debería disminuir el uso de bebidas alcohólicas y/o drogas?	<b>Si</b>	<b>No</b>
2.- ¿Se ha sentido alguna vez molesto(a) por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas?	<b>Si</b>	<b>No</b>
3.- ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable con relación a su consumo de alcohol y/o drogas?	<b>Si</b>	<b>No</b>
4.- ¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para estabilizar sus nervios o ayudarlo(a) con la resaca?	<b>Si</b>	<b>No</b>

**El screening es:** Positivo / Negativo



### **A CUERDO ENTRE MEDICO Y PACIENTE:**

Como su médico, mi propósito es proporcionarle a usted la mejor atención posible, sin embargo, para lograr esto es necesario su cooperación como paciente. Por esto le pido que lea y firme este documento indicando así que usted está de acuerdo con su contenido.

1. Yo estoy de acuerdo en seguir todas las instrucciones del Dr. Mohammad Amar Chaudhry y asociados referente a mi tratamiento, exámenes, dieta y acudiré a mis citas para discutir mis resultados.
2. Si tengo alguna pregunta referente a dichas instrucciones le pediré una explicación al Dr. Chaudhry y asociados. Estoy de acuerdo en que si no sigo dichas instrucciones, yo seré responsable de las posibles consecuencias las cuales también me serán explicadas por el doctor.
3. Estoy de acuerdo en que si el Dr. Chaudhry y asociados me refiere a otro médico, seguiré las instrucciones. La falla de no seguir instrucciones del Dr. Chaudhry y asociados y faltar a las citas con los especialistas será mi responsabilidad solamente.
4. Estoy de acuerdo de que en caso de que alguna de las medicinas recetadas por el Dr. Chaudhry y asociados no sea cubierta por mi seguro médico y yo desee cambiarla por alguna similar, antes discutiré esto con el Dr. Chaudhry y asociados. Cualquier cambio en mis medicamentos sin la autorización del doctor será solo mi responsabilidad.
5. Estoy de acuerdo en comunicarle al Dr. Chaudhry y asociados sobre cualquier tratamiento, diagnóstico o procedimiento que me haya ordenado otro médico, y entiendo que esa información será considerada por el Dr. Chaudhry y asociados al recomendarme cualquier tratamiento futuro.
6. Estoy de acuerdo en que puede ser requisito de mi compañía de seguro obtener un referido del Dr. Chaudhry y asociados para así aprobar el pago de mis exámenes y procedimientos, así como para aprobar las visitas a los especialistas. Si no obtengo estos referidos del Dr. Chaudhry y asociados, yo seré el único responsable de eso.
7. Estoy de acuerdo en comunicarle por escrito al Dr. Chaudhry y asociados de cualquier cambio de dirección teléfono, seguro medico, así como mi decisión sobre el deseo o no del uso de máquinas artificiales, de resucitación, etc.

El entendimiento y cooperación sobre los puntos anteriores, me proporcionaran la habilidad debidamente el mejor cuidado médico posible.

Atentamente,

**M. Amar Chaudhry, MD**

Yo \_\_\_\_\_, he leído el acuerdo anterior entre médico y paciente. Yo entiendo la importancia de los puntos contenidos en el mismo y estoy de acuerdo con seguirlos.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Aviso sobre prácticas de confidencialidad

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA SERA UTILIZADA Y DIVULGADA Y TAMBIEN COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.**

La ley de Health Insurance Portability & Accountability de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los records médicos y cualquier otra información individual identificada como de salud, utilizada o divulgada por nosotros, ya sea electrónicamente, en papel o verbalmente, sea considerada confidencial. Este acto le da a usted, el paciente, nuevos importantes derechos para ayudarlo a comprender y controlar como su información medica será utilizada.

En DILIGENT MEDICAL CARE, PC estamos comprometidos a proteger la privacidad de nuestros pacientes, así como la información personal contenida en su record de salud. Todos nuestros empleados son requeridos firmar contratos de privacidad.

Como lo requiere la ley "HIPAA" hemos preparado esta explicación sobre como nosotros mantendremos la privacidad de su información de salud y las posibles causas por que la divulgaríamos. Entre estas causas están:

**Tratamiento.** Su información de salud puede ser utilizada por nuestro personal o divulgada a otros profesionales de salud con el propósito de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas, y proveer un tratamiento adecuado. Por ejemplo, resultados de laboratorio y otros procedimientos que se haya hecho estarían disponibles a todos profesionales de salud que puedan ayudar a proveer un tratamiento o que sea contactado por nuestro personal.

**Pago.** Su información de salud puede ser utilizada con el fin de conseguir pago de su plan de seguro, médico, también para otro tipo de cobertura como seguro de vehículo o compañías de crédito utilizadas por usted para pagar servicios obtenidos. Por ejemplo, su plan de seguro médico puede requerir recibir información de fechas de servicios obtenidos o de cualquier condición médica por la que usted haya sido tratado.

**Operaciones de la práctica.** Estas incluyen aspectos utilizados necesarios para mantener nuestra práctica, como realizar un análisis de calidad y mejoría de actividades, análisis de costo, funciones de auditor y servicio al cliente. Un ejemplo sería una asesoría de revisión de calidad interna. Lo podríamos contactar para recordarle sobre una cita con el doctor o para proveer información acerca de tratamientos alternativos u otro beneficio de salud y servicios que sean de su interés. Cualquier otro uso y divulgación será hecho solo con una autorización suya por escrito. Usted puede revocar esta autorización, por escrito y nosotros estaríamos obligados a cumplir su petición, excepto si ya esta ha sido realizada por nosotros.

**Legal.** Su información médica puede ser divulgada a agencias de la ley, para apoyar cualquier inspección del gobierno, para facilitar cualquier investigación realizada por este tipo de agencias de la ley y para obedecer reportes mandatorios del gobierno.

**Salud Pública.** Su información médica puede ser divulgada a agencias de Salud Pública como es requerido por la ley. Por ejemplo, estamos en el deber de reportar ciertas enfermedades contagiosas al Departamento local de Salud.

**Otros usos.** Para que su información de salud sea divulgada de cualquier otra forma no mencionada anteriormente, sería necesaria una autorización suya por escrito. Si usted cambia de parecer después de habernos dado autorización, usted puede enviar una revocación por escrito de esta previa autorización. Sin embargo, su decisión de revocar esta autorización, no afectara el uso de información divulgada antes de habernos notificado de esta revocación.

**Información para tratamientos.** Su información de salud puede ser utilizada para enviarle información que a usted le pueda parecer útil en el tratamiento y manejo de su condición médica. También, le



podríamos enviar información describiendo productos relacionados a la salud que a usted le puedan parecer interesantes.

#### **Derechos como individuo.**

Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de privacidad. Estos incluyen:

- Derecho a requerir restricciones en el uso y divulgaciones de su información privada de salud.
- Derecho a recibir comunicaciones confidenciales relacionadas a su condición médica y tratamiento.
- Derecho a revisar y copiar su información médica privada.
- Derecho a hacer correcciones a su información médica privada.
- Derecho a recibir información sobre cómo y a quien su información medica privada ha sido divulgada.
- Derecho a recibir una copia de este aviso.

#### **Deberes de Diligent Medical Care.**

Estamos requeridos por la ley a mantener la privacidad de su información médica y a proveerle un aviso sobre las prácticas de privacidad. También estamos requeridos a cumplir estas prácticas de privacidad que han sido mencionadas en este aviso.

#### **Derecho a revisar las políticas de privacidad.**

Como es permitido por la ley, nos reservamos el derecho de hacer correcciones o modificar nuestras políticas de privacidad. Estos cambios en nuestra política y práctica puede ser requerido por cambios en las leyes federales y estatales. Si lo requiere, le proveeremos una copia de nuestras prácticas de privacidad más recientes en cualquiera de sus visitas médicas. Las políticas y prácticas revisadas serán aplicadas a todos los records de información médica que poseemos.

#### **Petición de inspeccionar / copiar información de su record médico.**

Usted puede inspeccionar o hacer copias de su record de salud privado que nosotros poseemos. Si requiere una copia, por favor hacer la solicitud 7 días laborables previos para su entrega y tenga en cuenta que dicha solicitud puede generar un costo a expensa suya. Puede notificar su solicitud contactando a las asistentes del Dr. Chaudhry. Su petición será revisada y aprobada dependiendo si no hay ninguna razón legal o médica por la cual no podríamos honrar su petición.

#### **Quejas.**

Si usted desea hacer alguna queja de nuestras políticas de privacidad, lo puede hacer enviando una carta mencionando las razones por las que no está de acuerdo. Puede dirigir su carta a:

**Dr. Mohammad Amar Chaudhry**  
**Diligent Medical Care, PC**  
**570-32nd St.**  
**Union City, NJ, 07087**

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, usted debe enviar una carta describiendo sus quejas a la dirección anterior o también puede contactar al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Usted no será penalizado por hacer esta queja.

Este aviso es efectivo a partir de Septiembre 26, 2011 y nosotros estamos requeridos a cumplir los términos de este Aviso de Prácticas de Confidencialidad que ya están en efecto

Al firmar, esta afirmando que ha recibido una copia de nuestro Aviso de Practicas de Confidencialidad.

---

Paciente/ Guardian

---

Fecha

## CARTA DE DERECHOS DEL PACIENTE

Como paciente usted tiene derecho a:

- 1.- Conocer y hacer uso de estos derechos por alguna razón no los conoce o necesita ayuda, la práctica médica TIENE LA OBLIGACION de prestarle ayuda, inclusive poniendo un intérprete a su disposición:
- 2.- Tiene derecho a recibir una atención diligente, cuidadosa y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin restricciones innecesarias.
- 3.- Recibir tratamiento sin distinción de raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, impedimentos físicos, orientación sexual o condición económica.
- 4.- Recibir atención de emergencia cuando lo necesite.
- 5.- Saber el nombre y el cargo del médico que lo atenderá en la oficina.
- 6.- Saber los nombres, cargos y/funciones de cualquier miembro del personal de la oficina que participe en la atención médica que se le brinda y negarse a recibir tratamiento a ser examinado u observado por una persona que usted no acepta.
- 7.- Recibir información completa sobre el diagnóstico del estado de su salud, tratamiento y pronóstico.
- 8.- Recibir toda la información necesaria para autorizar con conocimiento de causa que le hagan cualquier tratamiento o le practiquen cualquier procedimiento propuesto. En dicha información se deberán mencionar los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento respectivo.
- 9.- Recibir toda la información necesaria para autorizar con conocimiento de causa que no traten de resucitarle. Usted también tiene derecho a designar a una persona para que dé su consentimiento en su nombre si usted está demasiado enfermo para hacerlo.
- 10.- El paciente o usuario tiene derecho a negarse a recibir tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias negativas que puede tener esta decisión para su salud.
- 11.- Negarse a participar en una investigación. Antes de decidir si va a participar o no, usted tiene derecho a recibir una explicación completa.
- 12.- Que se respete su intimidad mientras permanezca en la oficina y se trate confidencialmente toda la información y los documentos relativos a su estado de salud.
- 13.- Participar en todas las decisiones relacionadas con su tratamiento. El doctor tiene que darle por escrito su receta y tratamiento a seguir.
- 14.- Revisar gratuitamente su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas.
- 15.- Recibir una factura con la explicación detallada de todos los cobros.
- 16.- Quejarse de la atención y servicios recibidos sin temor de represalias.