



RUSSAK PERSONALIZED MEDICINE

¡Nos preocupamos por tu salud!

5420 S Quebec St. Suite 100
Greenwood Village, Colorado 80111
Teléfono: 303-221-6797
Fax: 855-225-4866

Floyd B. Russak, M.D.

Beatriz Linn, M.D.

Heather Whiting, P.A.-C.

Jordan Walker, D.O.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Nombre preferido: _____ Pronombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M or F SSN: _____

Identidad de género: ☐ Femenina ☐ Masculino ☐ Transgénero ☐ Categoría de género adicional no incluida: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono 1: _____ (casa/celular/trabajo) Teléfono 2: _____ (casa/celular/trabajo)

Correo Electrónico: _____

Ocupación: _____

Nivel más alto de educación: _____

Estado Civil: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Pareja

Idioma Preferido: _____

Raza: ☐ Asiática ☐ Negra ☐ Blanca ☐ Otro

Etnicidad: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ No divulgado

¿Como te enteraste de nosotros? ☐ Google ☐ Doximity ☐ Facebook ☐ Paciente en la practica ☐ Otro: _____

INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número de Teléfono de Emergencia: _____



RUSSAK PERSONALIZED MEDICINE

¡Nos preocupamos por tu salud!

5420 S Quebec St. Suite 100
Greenwood Village, Colorado 80111
Teléfono: 303-221-6797
Fax: 855-225-4866

Floyd B. Russak, M.D.
Beatriz Linn, M.D.
Heather Whiting, P.A.-C.
Jordan Walker, D.O.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL DE SALUD DE MEDICINA INTERNA

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su proveedor de atención médica a comprender mejor sus preocupaciones y condiciones médicas. Si no se siente cómodo con alguna de estas preguntas, no las responda. Si no recuerda fechas específicas, proporcione un año.

Motivo principal de la visita de hoy: _____

Otras preocupaciones: _____

FARMACIA Y UBICACIÓN PREFERIDA: _____

ALERGIAS

Enumere todo aquello a lo que sea alérgico (medicamentos, alimentos, picaduras de abeja, etc.) y cómo le afecta cada uno.

MEDICAMENTOS

Incluya todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y todos los suplementos.

Nombre del Medicamento	Fuerza	Frecuencia
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

INMUNIZACIÓN

☐ COVID-19 (Circule una opción): Pfizer Moderna Johnson & Johnson

Fecha(s) administrada(s): _____ & _____ & _____

☐ Flu Date: _____

☐ Gardasil/HPV Date: _____

☐ Tétanos Date: _____

☐ Culebrilla Date: _____

☐ Neumonía Date: _____



RUSSAK PERSONALIZED MEDICINE

¡Nos preocupamos por tu salud!

5420 S Quebec St. Suite 100
Greenwood Village, Colorado 80111
Teléfono: 303-221-6797
Fax: 855-225-4866

Floyd B. Russak, M.D.

Beatriz Linn, M.D.

Heather Whiting, P.A.-C.

Jordan Walker, D.O.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Revisión de Sistemas:

Síntomas Constitucionales

- ☐ Fiebre/Escalofríos
- ☐ Sudores nocturnos
- ☐ Peso: perdida (lbs)/aumento (lbs)

Ojos

- ☐ Uso de anteojos/lentes de contacto
- ☐ Ojos secos/Irritación
- ☐ Cambio de visión

Oídos/Nariz/Garganta/Boca

- ☐ Dificultad para escuchar
- ☐ Dolor de oído
- ☐ Sangrados nasales frecuentes
- ☐ Problemas sinusales
- ☐ Dolor de garganta
- ☐ Ronquidos/Respiración por la boca
- ☐ Boca seca
- ☐ Rinorrea
- ☐ Presión en los senos nasales

Cardiovascular

- ☐ Dolor en el pecho al hacer esfuerzo
- ☐ Dolor en el brazo al hacer esfuerzo.
- ☐ Dificultad para respirar al caminar
- ☐ Dificultad para respirar al acostarse
- ☐ Palpitaciones
- ☐ Soplo cardíaco conocido
- ☐ Mareado al pararse
- ☐ Hinchazón de tobillos

Respiratorio

- ☐ Tos
- ☐ Respiración sibilante
- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Apnea del sueño

Gastrointestinal

- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Náuseas/vómitos
- ☐ Constipación
- ☐ Cambio de apetito
- ☐ Heces negras o alquitranadas
- ☐ Diarrea frecuente
- ☐ Vomitando sangre
- ☐ ERGE

Genitourinario

- ☐ Pérdida de control urinario
- ☐ Dificultad para orinar
- ☐ Aumento de la frecuencia urinaria
- ☐ Vaciado incompleto

Musculoesquelético

- ☐ Dolores/debilidad muscular
- ☐ Artralgias/dolor articular
- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Hinchazón en las extremidades
- ☐ Dolor de cuello
- ☐ Dificultad para caminar
- ☐ Calambres
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Fracturas

Dermatológico

- ☐ Lunar anormal
- ☐ Sarpullido/picazón
- ☐ Piel seca
- ☐ Crecimientos/lesiones
- ☐ Cambios en cabello/uñas
- ☐ Soriasis

Neurológico

- ☐ Pérdida de consciencia
- ☐ Debilidad
- ☐ Entumecimiento
- ☐ Convulsiones
- ☐ Mareo
- ☐ Dolores de cabeza frecuentes/graves
- ☐ Migrañas
- ☐ Piernas inquietas
- ☐ Temblor
- ☐ Parálisis

Psiquiátrico

- ☐ Depresión
- ☐ Trastornos del sueño
- ☐ Sentirse inseguro en la relación
- ☐ Sueño inquieto
- ☐ Abuso de alcohol
- ☐ Ansiedad
- ☐ Pensamientos suicidas
- ☐ Pérdida de memoria
- ☐ Demencia

Endocrino

- ☐ Fatiga
- ☐ Aumento de sed
- ☐ Pérdida de cabello
- ☐ Aumento del crecimiento del cabello
- ☐ Intolerancia al frío

Hematológico/linfático

- ☐ Glándulas inflamadas
- ☐ Fácil formación de moretones
- ☐ Sangrado excesivo
- ☐ Anemia
- ☐ Trastorno de coagulación sanguínea



RUSSAK PERSONALIZED MEDICINE

¡Nos preocupamos por tu salud!

5420 S Quebec St. Suite 100
Greenwood Village, Colorado 80111
Teléfono: 303-221-6797
Fax: 855-225-4866

Floyd B. Russak, M.D.

Beatriz Linn, M.D.

Heather Whiting, P.A.-C.

Jordan Walker, D.O.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial de salud:

	Si	No	Año
Trastorno por déficit de atención			
Abuso/violencia doméstica			
Alergias/febre del heno			
Anemia			
Ansiedad			
Artritis			
Asma			
Problemas de riñón			
Enfermedad del hígado			
Enfermedad pulmonar			
Mental			
Problemas musculares/articulares/óseo			
Cáncer (tipo):			
Problemas Gastrointestinales			
Gota			
Dolores de cabeza/migraña			
Enfermedades/Problemas del Corazón			

	Si	No	Año
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC/COPD)			
Insuficiencia cardíaca congestiva			
Depresión			
Obesidad			
Osteoporosis			
Embolia pulmonar			
Convulsiones/epilepsia			
Problemas de la piel			
Ataque o derrame cerebrovascular/ataque cardíaco			
Diabetes			
Problemas de oído o audición			
Trastorno alimenticio			
Eczema			
Enfermedades de la sangre			
Colesterol alto			
Hipertensión			
Problemas de la tiroides			
Problemas de visión o de ojos			

Historial de salud familiar:

	Si	No	Relación
Alcoholismo			
Artritis			
Depresión			
Cáncer Tipo: _____			
Diabetes			
Enfermedad Cardíaca			
Hipertensión			



RUSSAK PERSONALIZED MEDICINE

¡Nos preocupamos por tu salud!

5420 S Quebec St. Suite 100
Greenwood Village, Colorado 80111
Teléfono: 303-221-6797
Fax: 855-225-4866

Floyd B. Russak, M.D.
Beatriz Linn, M.D.
Heather Whiting, P.A.-C.
Jordan Walker, D.O.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cirugías Pasadas:

Cirugía	Año	Hospital
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Historial de salud sexual:

Vacuna contra el VPH: NO SI

ITS/ETS: NO SI

Sexualmente activo: NO SI

Edades de los hijos (si los hay): _____

Problemas sexuales: NO SI

SOLO MUJERES:

Edad de la primera menstruación: _____

Fecha de la última prueba de papanicolaou: _____ Abnormal: NO SI

Edad de inicio de la menopausia: _____

Fecha de la última mamografía: _____ Abnormal: NO SI

Embarazos:

Método anticonceptivo actual: _____

Completo _____

Última menstruación: _____ DESCONOCIDO APROXIMADO DEFINIDO

Aborto espontáneo _____

Menstruación mensual: NO SI

Aborto _____

SOLO HOMBRES:

Último examen de próstata: _____ Resultado del examen: _____

Disfunción eréctil: NO SI

Vasectomía: NO SI Si sí, cuándo: _____

Social History:

Bebe cafeína: NO SI (con qué frecuencia): _____

Consumo actual de tabaco: NO SI _____ años edad que empezó: _____

Bebe alcohol: NO SI (con qué frecuencia): _____

Consumo pasado de tabaco: NO YES _____ years Edad que dejó de fumar: _____

Uso de drogas recreativas/callejeras: NO SI (por favor enumere): _____

Hace ejercicio regularmente: NO SI (con qué frecuencia): _____

Agregue cualquier otra información sobre su salud que le gustaría que su proveedor supiera:



RUSSAK PERSONALIZED MEDICINE

¡Nos preocupamos por tu salud!

5420 S Quebec St. Suite 100
Greenwood Village, Colorado 80111
Teléfono: 303-221-6797
Fax: 855-225-4866

Floyd B. Russak, M.D.

Beatriz Linn, M.D.

Heather Whiting, P.A.-C.

Jordan Walker, D.O.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿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
☐



RUSSAK PERSONALIZED MEDICINE

¡Nos preocupamos por tu salud!

5420 S Quebec St. Suite 100
Greenwood Village, Colorado 80111
Teléfono: 303-221-6797
Fax: 855-225-4866

Floyd B. Russak, M.D.
Beatriz Linn, M.D.
Heather Whiting, P.A.-C.
Jordan Walker, D.O.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

GAD-7

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. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta

0 1 2 3

2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación

0 1 2 3

3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes

0 1 2 3

4. Ha tenido dificultad para relajarse

0 1 2 3

5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)

0 1 2 3

6. Se ha molestado o irritado fácilmente

0 1 2 3

7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar

0 1 2 3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)



RUSSAK PERSONALIZED MEDICINE

¡Nos preocupamos por tu salud!

5420 S Quebec St. Suite 100
Greenwood Village, Colorado 80111
Teléfono: 303-221-6797
Fax: 855-225-4866

Floyd B. Russak, M.D.
Beatriz Linn, M.D.
Heather Whiting, P.A.-C.
Jordan Walker, D.O.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para el tratamiento

Yo, _____, consiento voluntariamente a recibir cualquier servicio médico y de atención médica por parte del Dr. Floyd Russak, MD, la Dra. Beatriz Linn, MD, el Dr. Jordan Walker, DO, Heather Whiting, PA-C y el personal, incluidos los procedimientos diagnósticos, exámenes, tratamientos y trabajos de laboratorio.

Responsabilidad financiera y asignación de beneficios

Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro (copago, remisión, deducible y cobertura). Su plan de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es imposible que nuestra oficina esté familiarizada con todos los planes de seguro. Si tiene alguna pregunta, consulte directamente con su compañía de seguros.

Acepto pagar todos los cargos por servicios médicos y de atención médica y servicios de laboratorio que no estén cubiertos por mi compañía de seguros. Entiendo que si no me presento o cancelo una cita dentro de menos de 24 horas, estoy sujeto a un cargo por cita perdida.

Entiendo que la responsabilidad del pago de los servicios médicos en esta oficina para mí y mis dependientes es mía; se deben pagar en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos financieros. Entiendo que soy responsable de todos los costos de cobro, incluyendo los honorarios de abogados, los honorarios de cobro del 30%, y los costos judiciales. Entiendo que a cualquier saldo impago se le aplicará un interés del 18.00 % (1.5 % mensual). Los reclamos de seguro se presentan como cortesía, pero es mi responsabilidad asegurarme de que se paguen. Entiendo completamente que soy responsable del pago de las tarifas no cubiertas por el seguro. También asigno todos los beneficios al proveedor. Autorizo la entrega de reclamos sin obtener mi firma en cada reclamo presentado. Doy mi autorización y consentimiento para el tratamiento después de que mi médico me haya dado una explicación completa del tratamiento propuesto, las alternativas y los riesgos. Se me ha informado sobre mis derechos de privacidad según lo dispuesto en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de la Información de Atención Médica de 1996. Por la presente autorizo a Russak Personalized Medicine y a sus empleados, agentes y cesionarios a comunicarse conmigo por correo electrónico, mensajes de texto y a mis dispositivos celulares utilizando sistemas de marcación telefónica automatizada.

Certifico que leí este formulario y entiendo su contenido.

Firma del paciente (o persona legalmente autorizada)

Fecha: _____



RUSSAK PERSONALIZED MEDICINE

¡Nos preocupamos por tu salud!

5420 S Quebec St. Suite 100
Greenwood Village, Colorado 80111
Teléfono: 303-221-6797
Fax: 855-225-4866

Floyd B. Russak, M.D.

Beatriz Linn, M.D.

Heather Whiting, P.A.-C.

Jordan Walker, D.O.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿DESEA DESIGNAR A UN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU CONDICIÓN MÉDICA? SI SÍ, ¿QUIÉN? ?

Doy mi permiso para que mi información de salud protegida se divulgue con el fin de comunicar resultados, recomendaciones y decisiones de atención a los miembros de familia y otras personas que se enumeran a continuación:

Nombre	Relacion	Numero de Contacto

El Paciente/Representante puede revocar o modificar esta autorización específica y esa revocación o modificación debe realizarse por escrito.

Comunicaciones sobre mi atención médica:

Acepto que el proveedor, o un agente del proveedor o el consultorio de un médico independiente puedan comunicarse conmigo con el fin de programar las visitas de seguimiento necesarias recomendadas por el médico tratante.

Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensajes de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica

Si en algún momento proveo una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular en el que puedan contactarme, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atención médica o la dirección de correo electrónico o de texto que he proveído o que usted o su administrador de EBO han obtenido, en cualquier mensaje de texto, número reenviado o transferido desde ese número. Estas instrucciones pueden incluir, entre otras: instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información sobre prescripciones. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones a familiares o representantes designados sobre mi tratamiento o afección, o mensajes recordatorios sobre citas para atención médica. (Puede optar por no recibir esta comunicación en cualquier momento).

Liberación de información

Por la presente, permito que la práctica/clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención hospitalaria o ambulatoria divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica puede divulgarse a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente para verificar la cobertura o preguntas de pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede divulgarse a la persona designada por mi empleador cuando los servicios prestados están relacionados con reclamos de compensación laboral.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de atención médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores para el pago de un reclamo de Medicare a la agencia estatal correspondiente para el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, antecedentes y registros físicos, de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso del médico, notas de enfermeras, consultas, informes psicológicos y/o psiquiátricos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen de alta hospitalaria.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que este centro participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y/u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para que estos individuos y entidades compartan mi información de salud entre sí para lograr objetivos que pueden incluir pero no limitarse a: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros médicos; disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y otros fines que la ley permita. Entiendo que este centro puede ser miembro de una o más de tales organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química y/o enfermedades infecciosas que incluyen, entre otras, enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y el SIDA.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores de todas las páginas y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma del paciente / representante

Fecha



RUSSAK PERSONALIZED MEDICINE

¡Nos preocupamos por tu salud!

5420 S Quebec St. Suite 100
Greenwood Village, Colorado 80111
Teléfono: 303-221-6797
Fax: 855-225-4866

Floyd B. Russak, M.D.
Beatriz Linn, M.D.
Heather Whiting, P.A.-C.
Jordan Walker, D.O.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE PROVEEDORES ANTERIORES/ACTUALES

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Telefono: _____

¿Los registros se archivan bajo otro nombre? _____

INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA POR: LA SOLICITUD DEBE TENER DIRECCIÓN COMPLETA O NÚMERO DE FAX

Nombre de la organización/persona: _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

Telefono: _____ Fax: _____

INFORMACION DIVULGADA A:

RPM Family Health
5420 S. Quebec St #100
Greenwood Village, CO 80111
Phone: (303) 221-6797
Fax: (855) 225-4866

TIPO DE INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA:

- ☐ Resumen completo de registros médicos (incluye 5 años de notas de gráficos, informes de laboratorio/patología y diagnóstico por imágenes más recientes)
- ☐ Registros de cáncer
- ☐ Registros de salud conductual
- ☐ Mi información de salud solo para las siguientes fechas:
- ☐ Otro _____

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas o servicios pagados por usted mismo. Por la presente, usted está específicamente autorizado a divulgar toda la información o registros médicos relacionados con dicho diagnóstico, prueba o tratamiento, a menos que se excluya específicamente a continuación. Mi firma a continuación indica que acepto y autorizo la divulgación de información de salud del paciente a la persona u organización mencionada anteriormente.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____