

Para: Paciente de Colonoscopia

De: Digestive Healthcare Associates, LLC
Liz Cruz, MD – 623 772-6999

Ref: Paquete de información para evaluación de colonoscopia

Tal como se prometió, este es el paquete de evaluación para una colonoscopia. En preparación para la colonoscopia por favor de leer detenidamente todo el material adjunto. El paquete incluye:

1. **Folleto sobre la Colonoscopia** – este explica el proceso y el propósito del examen. Por favor léelo cuidadosamente y luego guárdalo para referencia.
2. **Forma de Registración y Forma de Información de Salud del Paciente** – por favor llene las formas completamente y conteste todas las preguntas. Esta información nos permitirá determinar si podemos poner tu nombre en el horario para de procedimientos o si necesitamos hacer una cita de consulta en nuestra oficina antes de incluirte en el horario. **Por favor regresa las formas a nuestra oficina según lo hayas llenado.**
3. **Formulario de Consentimiento** – es muy importante que leas cuidadosamente y entiendas el contenido de este formulario. El consentimiento es para dar permiso al médico para hacer la colonoscopia. Fírmalo después que lo hayas leído completamente y lo entiendas. Si quieres venir a la oficina para una consulta indícalo en el formulario. **Por favor regresa este formulario a nuestra oficina después de haberlo firmado.**

Cuando hayas terminado de llenar la Forma de Registración, la Forma de Información de Salud del Paciente, y el Consentimiento, por favor envíalo a nuestra oficina. Tan pronto como lo recibamos podremos incluirte en el horario para el procedimiento. Nuestra dirección es:

Digestive Healthcare Associates
Attn: Screening Colonoscopy
9515 W. Camelback Road, Ste. 102
Phoenix, AZ 85037

Si tienes alguna pregunta referente a este paquete, o si no entiendes las instrucciones, llama a nuestra oficina al número: 623 772-6999. Gracias por tu tiempo y estamos para servirte.

Registración del Paciente

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE – la persona que será vista por el médico

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
 Dirección de casa _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____
 Dirección postal _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____
 Teléfono-casa _____ Celular o Pager _____ Médico que lo refirió _____
 Indique su relación al asegurado principal 1 – Cónyuge 2 – Hijo 3 - Otro
 Fecha de nacimiento _____ Sexo del paciente _____ Varón _____ Hembra
 Estado matrimonial del paciente: 1 - Casado 2 – Soltero 5 – Viudo 4 - Otro 6 - Separación legal 7 - Divorciado
 Número de Seguro Social del paciente _____
 Empleador/patrón del paciente _____ Ocupación/Oficio _____
 Dirección _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____
 Número del teléfono _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE(fiador) – la persona asegurada o la persona responsable del paga

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
 Dirección de casa _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____
 Número de teléfono _____ Celular _____
 Correo electrónico _____
 Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____
 Dirección postal _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____
 Garante/fiador empleador/patrón _____ Profesión/oficio _____
 Dirección _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____
 Teléfono _____

Seguro primario _____ ID# _____ # de Grupo _____
 Seguro secundario _____ ID# _____ # de Grupo _____
 Garante secundario _____ Número de Seguro Social _____
 Fecha de nacimiento _____ Celular _____

Contacto en caso de emergencia – favor de proveer otro número de teléfono fuera del de su casa

Nombre _____ Relación _____ Número de teléfono _____

¿Tiene un Testamento Vital o Poder Notarial Médico? _____

Si lo tiene, se nos exige tener una copia en los archivos. _____ Recibida _____ Solicitada _____

Doy mi autorización para el acceso a cualquier información médica que sea necesaria para procesar cargos a Medicare y/o cualquier reclamo de las compañías de seguros. Autorizo pago de beneficios médicos a: Digestive Healthcare Associates, LLC. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, co-pago o cantidad que la compañías de seguros no cubra. En caso de que mi estado de cuenta sea asignado a una agencia de cobranza, estoy de acuerdo a pagar un honorario adicional de 25% del balance pendiente asignado a la agencia. Estoy de acuerdo a pagar cualquier interés que se me cobre sobre el balance principal, además los cargos de la corte y abogados asociados con la cobranza de mi cuenta. **Y que si no puedo llegar a la cita necesito llamar antes de 24 horas para cancelar y evitar honorarios de \$20.**

Firma del paciente

Fecha

Inicial del personal

Información de Salud del Paciente

Nombre: _____ Edad: _____ Dia de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Altura: _____ Peso: _____ ¿Su doctor de cabecera? _____ Dr. que refirió' _____

Razón para ver el Gastroenterólogo: _____

¿Has tenido ___ Colonoscopia o ___ Sigmoidoscopia en los últimos 10 años? Si o No
Si contestas "Si", el año _____ los resultados _____

¿Has tenido ___ Endoscopia digestiva alta en los últimos 10 años? Si o No
Si contestas "Si", el año _____ los resultados _____

¿Hay en tu familia inmediata alguien que ha sido diagnosticado con cáncer del colon o pólipos? Si o No
Si contestas "Si", explica _____

SÍNTOMAS ACTUALES: (Marque las que se apliquen a usted)

___ Dolor abdominal	___ Cambios en hábito evacuación	___ Excremento negro	___ Alimentos pegados en el esófago
___ Nausea	___ Diarrea	___ Incontinencia fecal	___ Dificultad tragando
___ Vómitos	___ Constipación	___ Acidez estomacal	___ Dolor al tragar
___ Vómitos con sangre	___ Sangre del recto	___ Reflujo ácido	___ Ictericia
___ Fiebre	___ Sangre en el excremento	___ Eructar	___ Hígado anormal (examen)
___ Escalofríos	___ Sangre en papel higiénico	___ Indigestión	___ Anemia
___ Pérdida de apetito	___ Hemorroides	___ Intolerancia a la lactosa	
___ Pérdida de peso	___ Dolor del ano	___ Gases / Hinchazón	

ANTECEDENTES MÉDICOS/QUIRÚRGICO: (Marque todos los que se aplican a usted)

___ Ninguno	___ Enfisema/COPD	___ Hemofilia	___ Hígado Grasoso
___ Alta presión	___ Fiebre del Valle	___ GERD/reflux acido	___ Diverticulosis
___ Enfermedad del Corazón	___ Tuberculosis	___ Esófago de Barrett	___ Diverticulitis
___ Stents del Corazón	___ Apnea del sueño	___ Hernia hiatal	___ Anemia
___ Colesterol elevado	___ Coágulos en los pulmones	___ Estómago/úlcera duodenal	___ Depresión
___ Enfermedad válvula del corazón	___ Diabetes mellitus	___ Enfermedad celíaco	___ Desorden Ansiedad
___ Ataque cardíaco	___ Desorden de convulsiones	___ Helicobacter Pilórico	___ Desorden Bi-polar
___ Fibrilación auricular	___ Derrame cerebral/TIA	___ Intestino Irritable	___ Esquizofrenia
___ Arritmia del corazón	___ Enfermedad de Alzheimer	___ Enfermedad de Crohns	___ Artritis
___ Transfusión de sangre	___ Enfermedad de Parkinson	___ Colitis ulcerosa	___ Osteoporosis
___ Marcapasos/Desfibrilador	___ Enfermedad de la Tiroide	___ Pancreatitis	___ Fibromialgia
___ Asma	___ Desorden de la sangre	___ Hepatitis	___ HIV/Sida
___ Lupus	___ Problemas del riñón	___ Hemodiálisis	___ Cirrosis del hígado
___ Cancer, tipos: _____			

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: (Marque todas las que se apliquen a usted)

___ Ninguna	___ Ligadura de trompas	___ Cirugía del estómago para ulcera	___ Prolapso rectal
___ Extracción de amígdalas	___ Cesárea	___ Hemorroidectomía	___ cirugía
___ Extracción de la vesícula	___ Cirugía de la Próstata	___ Reparación de hernia inguinal	___ Derivación coronaria
___ Extracción del apéndice	___ Cirugía de la tiroides	___ Reparación de hernia abdominal	___ Cirugía del colon
___ Reparación de hernia hiatal	___ Cirugía del pulmón	___ Prótesis total de rodilla	___ Extracción del utero
___ Derivación gástrico	___ Prótesis total de cadera	___ Sustitución de marcapasos	___ Extracción de los ovaries
___ Suspensión de la vejiga	___ Sustitución de válvula de corazón	___ Desfibrilador cardioversor implantable	

POR FAVOR ANOTE ALGÚN OTRO ANTECEDENTE MEDICO/QUIRÚRGICO QUE NO ESTÉ EN LA LISTA:

Alergias a Medicamentos:

¿Eres alérgico algún medicamento? Si o No

¿Cuál y que reacción has tenido? _____

Medicamentos:

¿Eres usando aspirina o algún medicamento para la artritis (ibuprofeno, naproxen, Aleve, Motrin, Advil)? Si o No

¿Cuál y con que frecuencia lo usas? _____

¿Eres usando anticoagulante (Coumadin, Warfarin, Heparin, Lovenox, Plavis)? Si o No

¿Cuál y con que frecuencia lo usas? _____

¿Otro medicamento? (Incluya medicamentos "sin receta medica" y la dosis, si es posible)

Historia social/Estado matrimonial:

___ Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Separado ___ Viudo

Su ocupación/trabajo: _____ Retirado ___ Desempleados ___ Discapitados ___

¿Usa o ha usado tabaco? ___ Sí ___ No ¿Cúantas cajetillas por día? _____ ¿Por años? _____

¿Fecha de dejar de fumar? _____

¿Usa alcohol? ___ Sí ___ No ___ Cerveza ___ Vino ___ Licor ¿Cúan amenuado? _____ ¿Qué cantidad? _____

¿Alguna vez ha usado drogas de la calle? ___ Sí ___ No Tipo: _____ Ultima vez que usó _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Tiene **ALGÚN FAMILIAR** las siguientes enfermedades? Marque todas las que apliquen y escriba la relación del miembro, ie. Mamá, tía maternal, tío paternal, hermana.

___ Pólipos en el colon	___ Cáncer del estomago	___ Cáncer del hígado	___ Colitis Ulcerosa
___ Cáncer del colon	___ Cáncer del intestino delgado	___ Cáncer Pancreático	___ Enfermedad celíaco
___ Cáncer del recto	___ Cáncer Esofágico	___ Enfermedad de Crohns	___ Enfermedad de Vesícula biliar
___ Cáncer de la piel	___ Cáncer del utero/cuello uterino	____ Otro tipo de cáncer (por favor describa)	

Yo confirmo, a mi conocimiento, que la información arriba es correcta. No haré responsable ni a mi doctor o a ningún miembro de su personal por algún error u omisión que yo pueda haber hecho en llenar este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA UNA COLONOSCOPIA

1. PROCEDIMIENTO Y ALTERNATIVA: Yo, _____ (paciente/guardián) doy mi consentimiento a la doctora Elizabeth Cruz, MD y sus asistentes escogidos para el rendimiento de una colonoscopia, examen de detección.
2. Yo entiendo que la razón para el procedimiento es un examen de detección de cáncer del colon y su prevención.
3. Otros tratamientos o procedimientos que el doctor pudiera hacer en lugar de este: Ninguno
4. RIESGOS/PELIGROS: Yo entiendo que este procedimiento puede tener riesgos y peligros que pueden incluir, pero no limitado a: perforación (punzar la pared del intestino), sangrar, infección, complicaciones cardíaco incluyendo infarto, ritmo anormal del corazón, y consecuencias respiratorias. **Estos riesgos son serios y podrían ser fatales.**
5. ANESTESIA: Un médico o enfermera(o) entrenada en administrar anestesia me dará medicamento para ayudarme a no sentir el dolor del procedimiento. Esto se le llama sedante consciente o anestesia. El medicamento me hará relajar o hacer dormir, al igual que podría causarme problemas y hasta podría morir. El médico/enfermera especializada tomará la decisión de qué medicamento darme. Doy mi autorización para cualquier medicamento que decidan usar con la excepción de los siguientes: _____. (Si ninguno, escriba "ninguno").
6. PROCEDIMIENTOS ADICIONALES: Si mi médico descubre una condición diferente y desapercibida durante el procedimiento, yo le autorizo el rendimiento de otro procedimiento considerado necesario, excepto: ninguno.
7. RESULTADOS NO ESTAN GARANTIZADOS: Yo entiendo que nadie puede prometer o garantizar que el procedimiento(s) me aliviara o dará los resultados esperados. Entiendo que la colonoscopia no es perfecta y aun con un médico experto/capacitado, algunas lesiones (anormalidades) en el colon pueden ser pasadas por alto.
8. RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Yo entiendo que soy responsable de cualquier deducible, co-pago, co-seguro o cantidad que la seguridad no cubra de mi procedimiento(s). Además, entiendo que cualquier cantidad de colección también será mi responsabilidad. **En adición, estoy consciente que si no puedo llegar para el procedimiento programado debo llamar por lo menos 48 horas antes para evitar un cargo de \$200.**
9. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: Yo he leído y entiendo completamente todo el material que me han ofrecido acerca de este procedimiento. He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Mis preguntas han sido contestadas y no tengo más preguntas.

No firmes a menos que hayas leído todo y entiendas completamente este formulario. No firmes este papel si todavía tienes preguntas o preocupaciones que todavía no has hablado con el médico. La Dra. Cruz está dispuestos y disponibles para recibirte en la oficina o hablarte por teléfono acerca de cualquier preocupación que todavía tengas.

Paciente

Fecha

Fecha de nacimiento del paciente

Médico

Fecha

- Si desea ver al doctor/la doctora en la oficina para una consulta antes de la colonoscopia, por favor marque esta caja y no firme este consentimiento. Por favor incluya esta forma con la Forma de Registro, y la Forma de Información de Salud del Paciente cuando envíe el paquete. Cuando recibamos su paquete, recibirá una llamada de nuestra oficina para hacer una cita con el doctor/la doctora. Gracias!