



### CONSENTIMIENTO DE HEALTHLINK PARA TRATAMIENTO E HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de la Cirugía/Lesión: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Persona Principal en el Seguro (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico que Deriva: \_\_\_\_\_ Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Su lesión/condición se debe a un accidente automovilístico? Yes No

¿Recibe Atención Domiciliaria? Yes No

Opción de Recordatorio de Cita (Marque Una): \_\_\_\_\_ Llamada \_\_\_\_\_ Mensaje de Texto

Consentimiento para la Atención Médica y de Salud Relacionada: Doy mi consentimiento para ser admitido en Healthlink, un centro para pacientes ambulatorios de Baptist Health System, denominado "Centro", y doy mi consentimiento para el tratamiento y los procedimientos que mi médico crea que son necesarios. También entiendo que la prestación de servicios y tratamientos de atención médica puede implicar riesgos de lesiones o incluso mi fallecimiento. No se me ofrecen garantías con respecto al resultado del examen o tratamiento en Healthlink.

Acuerdo de Pago/Asignación de Beneficios: Acepto (en nombre del paciente y, si soy el padre de un niño menor, también en mi propio nombre) pagar todos los cargos y gastos de los servicios a las tarifas establecidas por el Centro, a menos que el contrato del Centro con mi compañía de atención administrada o seguro establezca una tarifa diferente. Entiendo que la falta de pago de estos cargos dentro de los 45 días posteriores a la facturación puede resultar en una derivación a una agencia o abogado para el cobro, en cuyo caso acepto pagar los honorarios razonables de los abogados y los costos de cobranza además del saldo de la cuenta. Acepto que, si la cuenta da como resultado un saldo a favor, este saldo se aplicará a cualquier otra deuda que tenga con el hospital y se me reembolsará el saldo.

Asigno al Centro todos (i) los derechos en beneficios o compensación que me pagaría cualquier compañía de seguros (esto incluye, sin limitarse a, cobertura de seguro médico o de salud, seguro de automóvil o de vivienda, incluida la cobertura de conductor no asegurado y protección contra lesiones personales) y cualquier otro pagador, y (ii) derechos, reclamos y causas de acción contra cualquier persona que pueda ser financieramente responsable de la lesión o enfermedad que causó o contribuyó a mi hospitalización, incluidos los fondos de cualquier liquidación. Entiendo que no es responsabilidad del Centro presentar reclamos o presentar una demanda en mi nombre. Es mi responsabilidad, dentro de los límites de tiempo aplicables, buscar todos los reembolsos del seguro, obtener todas las autorizaciones previas adecuadas, presentar cualquier demanda contra las partes financieramente responsables y apelar cualquier negación. Entiendo que mi incumplimiento de estas medidas puede resultar en la negación del reembolso o del dinero que se me adeudaría, en cuyo caso yo seguiría siendo responsable de la suma total de las facturas del Centro.



NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DE HEALTHLINK PARA TRATAMIENTO E HISTORIAL MÉDICO

**Pago de Medicare/Medicaid:** Si tengo cobertura a través de Medicare o Medicaid, certifico que la información que proporcioné al asignar el pago de Medicare o Medicaid es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare o Medicaid se pague directamente a este Centro en mi nombre. Autorizo a este Centro a divulgar cualquier información sobre mí que sea necesaria para actuar sobre esta solicitud de pago.

**Política de Asistencia:** Solicitamos respetuosamente una notificación con 24 horas de anticipación de las cancelaciones de citas. El cuidado constante es importante para el progreso. Si tiene tres (3) cancelaciones o dos (2) ausencias, se le dará de alta como paciente. Hable con su terapeuta si surgen circunstancias especiales.

**Enseñanza:** Los estudiantes, residentes, becarios de posgrado, enfermería y otros estudiantes clínicos pueden participar en mi cuidado como parte del programa de investigación o educación clínica del hospital o el Centro bajo la supervisión adecuada. A menos que notifique al Centro que no deseo participar en estos programas educativos, acepto que los aprendices puedan participar y/o brindarme atención mientras sea un paciente en el Centro.

**Propiedad Personal:** Como paciente, se me aconseja dejar los artículos personales en casa. El Centro me ha informado que la clínica tiene un lugar para los efectos personales. Entiendo que el Centro no es responsable por la pérdida de los efectos personales que yo u otros traigan a la clínica por mí. Libero a este Centro y sus agentes de la responsabilidad por los daños o pérdida de mis pertenencias.

**Notificación de Conversión de Cheque Electrónico:** Si proporciono un cheque como pago, autorizo a este Centro a utilizar la información de mi cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos (EFT) por única vez desde mi cuenta o para procesar el pago como una transacción de cheque. Si este Centro utiliza información de un cheque para realizar una transferencia electrónica de fondos, los fondos pueden retirarse de mi cuenta corriente el mismo día.

**Voluntades Anticipadas:**

El paciente tiene una voluntad anticipada o un testamento en vida:  No  Si

Si es así, ¿se proporciona una copia?  No  Si

El paciente tiene un Poder Médico Duradero:  No  Si

Si es así, ¿se proporciona una copia?  No  Si

El paciente ha designado un Sustituto de Atención Médica:  No  Si

Si es así, ¿se proporciona una copia?  No  Si

Nombre del Sustituto de Atención Médica Designado: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Me gustaría recibir más información sobre los Testamentos en Vida y otras voluntades anticipadas:  No  Si

**Derechos y Responsabilidades del Paciente:** Recibí información sobre los derechos y responsabilidades del paciente en la que se explican mis derechos y responsabilidades como paciente en este Centro, incluido cómo presentar una queja y un reclamo.

**Consentimiento para Contactar:**

Doy mi consentimiento y autorizo a este Centro, así como a cualquiera de sus sedes, agentes o contratistas relacionados, incluidos, entre otros, organizadores, cobradores y otro personal contratado (cualquiera o todos estos se denominan "Proveedor") para utilizar sistemas automatizados de marcación telefónica, sistemas de mensajería de texto y correo electrónico para (1) proporcionarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o mensajes de texto)

sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pago, pagos atrasados, información relacionada con productos y/o servicios médicos proporcionados, intercambiar información, cambios en la ley de atención médica, cobertura de atención médica, seguimiento de la atención y otra información de atención médica o (2) proporcionar mensajes de telemarketing (incluidos mensajes pregrabados) durante una llamada o mediante un mensaje de texto que transmite un mensaje de "atención médica" hecho por, o en nombre de, una "entidad cubierta" o su "socio comercial", según se definen esos términos en la Norma de Privacidad de HIPAA, 45 CFR 160.103.

Los mensajes telefónicos pueden ser reproducidos por una máquina automáticamente cuando se contesta el teléfono, ya sea que los responda yo o alguien más. Estos mensajes también pueden ser grabados por mi contestador automático. Doy permiso al Proveedor para llamar o enviar un mensaje de texto a cualquier número de teléfono. Doy permiso al Proveedor para reproducir mensajes pregrabados o enviar mensajes de texto con información sobre mis transacciones por teléfono, y entiendo que dicha información puede no estar encriptada o segura.



### Consentimiento de HealthLink para Tratamiento e Historial Médico

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Aseguro que, a menos que indique lo contrario, poseo o utilizo habitualmente los números de teléfono que le doy al Proveedor. También aseguro notificar al Proveedor por escrito dentro de los 30 días si cambio los números de teléfono. Entiendo que el Proveedor continuará utilizando el número que proporcione a menos que proporcione una notificación de un cambio y, por lo tanto, no notificar al Proveedor puede resultar en comunicaciones perdidas o demoradas. También le doy permiso al Proveedor para que me comunique dicha información por correo electrónico, y entiendo que dicha información puede no estar encriptada o segura.

Acepto que el Proveedor no será responsable ante mí por ninguna llamada o comunicación electrónica, incluso si la información se comunica a un destinatario no deseado (incluidos, por ejemplo, contactos a un número anterior que no he notificado al Proveedor que ya no es utilizado por mí).

Entiendo que, cuando reciba tales llamadas o comunicaciones electrónicas, puedo incurrir en un cargo de la compañía que me brinda servicios de telecomunicaciones, inalámbricos y/o de Internet. Acepto que el Proveedor no tiene ninguna responsabilidad por dichos cargos. Entiendo que el consentimiento para recibir llamadas/mensajes no es una condición para recibir servicios médicos.

También entiendo que puedo revocar mi consentimiento para contactarme en cualquier momento contactando directamente al Proveedor o utilizando la cláusula de exclusión voluntaria que se identificará en la comunicación correspondiente.

He leído y puedo solicitar una copia del presente formulario. Soy el paciente, el representante legal del paciente o estoy autorizado por el paciente como agente general del paciente para actuar en su nombre y aceptar los términos del presente formulario. Entiendo y acepto los términos del presente formulario de Consentimiento para Tratamiento. Si tengo alguna pregunta, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cualquier asunto que no entienda.

Nombre en Letra de Molde del Paciente	Firma del Paciente/Agente o Representante del Paciente	Fecha	Horario
Fecha de Nacimiento del Paciente	Representante de la Clínica/Empleado #	Fecha	Horario

Traductor: He leído de forma precisa y completa el documento al paciente o al representante del paciente en el idioma solicitado por el paciente o el representante del paciente.

Traductor \_\_\_\_\_ Fecha / Horario \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha / Horario \_\_\_\_\_



**RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD(NPP)**

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Se proporciona una **Notificación de Prácticas de Privacidad (NPP)** a todos los pacientes. Esta Notificación de Prácticas de Privacidad identifica: 1) cómo se puede utilizar o divulgar su información médica; 2) sus derechos para acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar un informe de las divulgaciones de su información médica y solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de esa información; 3) su derecho a presentar una queja si cree que se han infringido sus derechos de privacidad; y 4) nuestras responsabilidades de mantener la privacidad de su información médica.

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior, recibió una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y es el paciente o el representante personal del paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Personal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Personal del Paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

**SÓLO PARA USO INTERNO**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleado

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

Si corresponde, motivo por el que no se pudo obtener el reconocimiento por escrito del paciente:

- El paciente no pudo firmar.
- El paciente se negó a firmar.
- Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ (Versión: Como se señaló en la NPP)      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Fecha: Como se señaló en la NPP)



NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) A MIEMBROS DE LA FAMILIA**

Puede autorizarnos a comunicarnos con un miembro de su familia con respecto a su atención médica o asuntos financieros. Esto es para reconocer que usted autoriza a HEALTHLINK a divulgar su PHI a las siguientes personas (marque todas las que correspondan):

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono:( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tipo de Información:  Recordatorios de Citas  Financiera  Otra:

De acuerdo para ser contactado por:  Teléfono  Dejando un Mensaje de Voz  Email Seguro  Otro:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono:( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tipo de Información:  Recordatorios de Citas  Financiera  Otro:

De acuerdo para ser contactado por:  Teléfono  Dejando un Mensaje de Voz  Email Seguro  Otro:

Nombre en Letra de Molde del Paciente	Firma del Paciente/Agente o Representante del Paciente	Fecha	Horario
Fecha de Nacimiento del Paciente	Representante de la Clínica/Empleado #	Fecha	Time



## CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Consentimiento informado para el tratamiento del suelo pélvico: Confirmando y entiendo que me han derivado para análisis y tratamiento de disfunción del suelo pélvico. La disfunción del suelo pélvico incluye, pero no se limita a, incontinencia urinaria o fecal, problemas relacionados a los intestinos, la vejiga o las funciones sexuales, cicatrices dolorosas después del parto o cirugía, dolor sacroilíaco o lumbar persistente o condiciones de dolor pélvico.

Entiendo que para evaluar mi condición puede ser necesario, inicial y periódicamente, que mi terapeuta realice un examen de los músculos internos del suelo pélvico. Este examen se realiza observando y/o palpando la región perineal, incluyendo la vagina y/o el recto. Este análisis evaluará el estado de la piel, los reflejos, el tono muscular, la longitud, la fuerza, la resistencia, la movilidad de la cicatriz y la función de la región del suelo pélvico. Tal análisis puede incluir sensores vaginales o rectales para biorretroalimentación muscular.

El tratamiento puede incluir, pero no se limita a, lo siguiente: observación, palpación, uso de pesas vaginales, sensores vaginales o rectales para biorretroalimentación y/o estimulación eléctrica, ultrasonido, calor, frío, ejercicios de estiramiento y fortalecimiento, movilización de tejidos blandos y/o articulaciones y enseñanza educativa.

Riesgos potenciales: Puedo experimentar un aumento en mi nivel actual de dolor o malestar, o un agravamiento de mi lesión actual. Esta incomodidad suele ser temporal; si no desaparece en 1-3 días, acepto comunicarme con mi terapeuta.

Beneficios potenciales: Puedo experimentar mejoras en mis síntomas y un aumento en mi capacidad para realizar mis actividades diarias. Puedo experimentar una mayor fuerza, percepción, flexibilidad y resistencia en mis movimientos. Puedo sentir menos dolor y malestar. Debo adquirir un mayor conocimiento sobre el manejo de mi condición y los recursos disponibles para mí.

He informado a mi terapeuta de cualquier condición que pueda limitar mi capacidad para ser analizado o tratado. Por la presente solicito y doy mi consentimiento para que el terapeuta realice el análisis y el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante del Paciente    Fecha    Horario

\_\_\_\_\_  
Representante de la Clínica/# de Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha    Horario



NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### HISTORIA PELVICA DEL PACIENTE

1. Describe el problema actual que lo trajo aquí. \_\_\_\_\_

2. ¿Cuándo empezó su problema? ¿Cuándo empezó su problema? \_\_\_\_\_

3. ¿Su primer episodio del problema estuvo relacionado con un incidente específico? Sí/No \_\_\_\_\_  
Describe y especifique la fecha \_\_\_\_\_

4. Desde ese momento: sigue siendo \_\_\_\_\_ igual \_\_\_\_\_ empeoró \_\_\_\_\_ mejoró  
¿Por qué o cómo? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuáles son sus metas/preocupaciones relacionadas al tratamiento? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es su calificación de dolor en una escala de 0 a 10 (siendo 10 el peor)? \_\_\_\_\_ Describe la naturaleza de dolor.  
(es decir, ardor constante, recurrente, doloroso) \_\_\_\_\_

7. Describa tratamientos/ejercicios previos \_\_\_\_\_

8. Actividades/eventos que causan o agravan sus síntomas. Marque todo lo que corresponda.

- |  |  |
|--|--|
| _____ Sentado más de _____ minutos                               | _____ Con tos/estornudo/esfuerzo   |
| _____ Caminando más de _____ minutos                             | _____ Con risas/gritos   |
| _____ Parado más de _____ minutos                                | _____ Con levantamiento/flexión  |
| _____ Cambiar de posición (es decir, de sentado a parado)        | _____ Con clima frío   |
| _____ Actividad ligera (tareas domésticas ligeras)               | _____ Con desencadenantes - agua corriente/colocar la llave en la puerta |
| _____ Actividad/ejercicio intenso (correr/levantar pesas/saltar) | _____ Con nerviosismo/ansiedad   |
| _____ Actividad sexual   | _____ Ninguna actividad afecta el problema                               |
| _____ Otro, por favor enumere: _____                             |  |

9. ¿Qué alivia sus síntomas? \_\_\_\_\_

#### ¿Tiene lo siguiente, desde el inicio de sus síntomas pélvicos actuales?

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| S/N Fiebre/Escafofríos                                    | S/N Malestar (cansancio inexplicable) |
| S/N Cambio de peso inexplicable                           | S/N Debilidad muscular inexplicable   |
| S/N Mareos o desvanecimientos                             | S/N Dolor/sudores nocturnos           |
| S/N Cambio en las funciones de los intestinos o la vejiga | S/N Entumecimiento/Hormigueo          |
| S/N Otro/Describa _____                                   |                                       |

Describe: \_\_\_\_\_



NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

## HISTORIA PELVICA DEL PACIENTE

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes afecciones o diagnósticos? Marque con un circulo todo lo que corresponda/describa

Cáncer	ACV	Enfisema/bronquitis crónica
Problemas cardiacos	Epilepsia/convulsiones	Asma
Hipertensión	Esclerosis múltiple	Lista de alergias a continuación
Hinchazón de tobillos	Lesión craneal	Sensibilidad al látex
Anemia	Osteoporosis	Hipotiroidismo/hipertiroidismo
Dolor lumbar	Síndrome de Fatiga Crónica	Dolores de cabeza
Dolor sacroilíaco/de coxis	Fibromialgia	Diabetes
Problema de alcoholismo/drogas	Afecciones artríticas	Enfermedad renal
Problemas de vejiga en la niñez	Fractura por estrés	Síndrome de intestino irritable
Depresión	Artritis reumatoide	Hepatitis VIH/SIDA
Anorexia/bulimia	Reemplazo de una articulación	Enfermedad de transmisión sexual
Historial de tabaquismo	Fractura de hueso	Abuso Físico o Sexual
Problemas de visión/en los ojos	Lesiones deportivas	Raynaud (manos y pies fríos)
Pérdida/problemas de audición	TMJ/dolor de cuello	Dolor pélvico

### Historial Quirúrgico/de Procedimientos

S/N	Cirugía de espalda/columna	S/N	Cirugía de vejiga/próstata
S/N	Cirugía de cerebro	S/N	Cirugía de huesos/articulaciones
S/N	Cirugía de órganos femeninos	S/N	Cirugía de órganos abdominales

Otro/describa: \_\_\_\_\_

### Historial de Obstetricia/Ginecología (solo mujeres)

S/N	Partos vaginales # _____	S/N	Sequedad vaginal
S/N	Episiotomía # _____	S/N	Períodos menstruales dolorosos
S/N	Cesárea # _____	S/N	Menopausia - ¿cuándo? _____
S/N	Cesárea # _____	S/N	Penetración vaginal dolorosa

S/N	Prolapso o deslizamiento de un órgano	S/N	Dolor pélvico
-----	---------------------------------------	-----	---------------

Otro/describa: \_\_\_\_\_

### Solo hombres

S/N	Trastornos de la próstata	S/N	Disfuncion erectil
S/N	Vejiga tímida	S/N	Eyacuacion dolorosa
S/N	Dolor pélvico		

Otro/describa: \_\_\_\_\_

### Cuestionario de Síntomas Pélvicos

Hábitos/Problemas de Vejiga/Intestino

S/N	Problemas para iniciar la micción	S/N	Sangre en la orina
S/N	Flujo urinario intermitente/lento	S/N	Dolor al orinar
S/N	Problemas para vaciar la vejiga por completo	S/N	Dificultad para sentir el deseo de orinar/o que _____ su vejiga esté llena
S/N	Dificultad para detener flujo de orina	S/N	Uso actual de laxantes
S/N	Problemas para vaciar la vejiga por completo	S/N	Dificultad para sentir el deseo de defecar/o que _____ su intestino este lleno
S/N	Esfuerzo o empuje para vaciar la vejiga	S/N	Estreñimiento/esfuerzo
S/N	Goteo después de orinar	S/N	Problemas para contener los gases/las heces
S/N	Pérdida constante de orina	S/N	Infecciones recurrentes de vejiga
S/N	Otro/describa: _____		

1. Frecuencia de micción: horas de vigilia \_\_\_\_\_ por día, horas de sueño \_\_\_\_\_ por noche
  2. Cuando tiene una necesidad normal de orinar, ¿cuánto tiempo puede esperar antes de tener que ir al baño? \_\_\_\_\_ minutos, \_\_\_\_\_ horas, \_\_\_\_\_ nada
  3. La cantidad habitual de orina es: \_\_\_\_\_ pequeña \_\_\_\_\_ mediana \_\_\_\_\_ grande.
  4. Frecuencia de evacuaciones intestinales \_\_\_\_\_ veces al día, \_\_\_\_\_ veces a la semana o \_\_\_\_\_
  5. Cuando tiene necesidad de evacuar sus intestinos, ¿cuánto tiempo puede esperar antes de tener que ir al baño? \_\_\_\_\_ minutos, \_\_\_\_\_ horas, \_\_\_\_\_ nada.
  6. En caso de estreñimiento, describa las técnicas de tratamiento \_\_\_\_\_
  7. Ingesta promedio de líquidos (un vaso equivale a 8 onzas o una taza) \_\_\_\_\_ vasos por día.
- De este total, ¿cuántos vasos tienen cafeína? \_\_\_\_\_ vasos por día.



NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### HISTORIA PELVICA DEL PACIENTE

8. Califique una sensación de que un órgano se "desliza"/prolapso o pesadez/presión pélvica:

- Nunca
- Veces al mes (especifique si está relacionado con la actividad o su período menstrual)
- Con reposo durante \_\_\_\_\_ minutos u \_\_\_\_\_ horas.
- Con ejercicio o esfuerzo
- Otro

Omita preguntas si no hay fugas/incontinencia

9a. Fuga de vejiga - número de episodios

- Nunca
- Veces al día
- Veces a la semana
- Veces al mes
- Solo con esfuerzo físico/tos

9b. Fuga de intestinos - número de episodios

- Nunca
- Veces al día
- Veces a la semana
- Veces a la mes
- Solo con esfuerzo físico/tos

10a. En promedio, ¿cuánta orina pierde?

- Nada
- Solo unas gotas
- Moja la ropa interior
- Moja la ropa exterior
- Moja el suelo

10b. ¿Cuántas heces pierde?

- Nada
- Manchas de heces
- Pequeña cantidad en la ropa interior
- Por completo

11. ¿Qué tipo de protección utiliza? (Por favor complete solo uno)

- Ninguna
- Protección mínima (papel tisú/toalla de papel/protectores femeninos)
- Protección moderada (producto absorbente, toallitas femeninas)
- Protección máxima (producto especial/pañal)

Otro \_\_\_\_\_

En promedio, ¿cuántos cambios de toallitas/protectores necesita en 24 horas? \_\_\_\_\_ # de toallitas

**Según mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es completa y verdadera. Por la presente doy mi consentimiento para recibir servicios de terapia con Baptist Health System.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Firma del terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_



## LISTA DE MEDICAMENTOS DOMICILIARIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Altura (pulgadas) _____ Peso (libras) _____ kg Diabetes <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diálisis <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Alergias / Intolerancia(s) _____ _____ _____ _____	Reacción(es) _____ _____ _____ _____
<b>SÓLO PARA MUJERES</b> Embarazada <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Amamantando <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

**Fuente:**  Según lo declarado por el paciente / familia  Farmacia para pacientes ambulatorios  Lista de consultorios médicos  
 H & P  Hogar de adultos mayores / Salud domiciliaria

**Disposición de Medicaciones:**  Enviado a casa con el paciente / familia (nombre) \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre utilizados antes de esta visita, incluidos: aspirina, insulina, gotas para los ojos, inhaladores, suplementos nutricionales y herbales y todas las bombas o parches. Si se requiere más de un formulario para documentar todos los medicamentos, indique el número de formularios en el espacio que se indica en la línea 15.

**NO UTILIZAR ABREVIACIONES:**

lu      qd      MS      u  
 MgSO4    qod      MS04

Con un cero siempre van delante y nunca siguen un puntodecimal.  
 Por ejemplo, utilizar (Xmg) no (X.0mg), (0.Xmg) no (Xmg).

	Nombre del Medicamento	Dosis (Concentración)	Vía	Frecuencia	Indicación	Iniciales	Fecha DC	Nueva Fecha
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								

15. \_\_\_\_\_ Número de formularios necesarios para documentar todos los medicamentos. Esta es la página \_\_\_\_\_.

Sin tomar ningún medicamento en casa

Formulario revisado por: (Firma/Cargo) \_\_\_\_\_ Empleado #: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Iniciales	Firma/Cargo	Empleado #	Fecha	Horario