



## Consentimiento de divulgación/revelación de información médica

¿Está permitido	Sí	No	Indique:
llamar a su casa?			<b>N.º de teléfono particular:</b>
dejarle un mensaje en su casa?			<b>Principal:</b> [ ] <b>Secundario:</b> [ ] <b>Tercero:</b> [ ]
llamar a su trabajo?			<b>N.º de teléfono del trabajo:</b>
dejarle un mensaje en el trabajo?			<b>Principal:</b> [ ] <b>Secundario:</b> [ ] <b>Tercero:</b> [ ]
llamar a su teléfono celular?			<b>Número de teléfono celular:</b>
dejarle un mensaje en el teléfono celular?			<b>Principal:</b> [ ] <b>Secundario:</b> [ ] <b>Tercero:</b> [ ]
enviar resultados por correo a su casa?			<b>Dirección:</b>
enviar resultados por correo electrónico a su casa?			<b>Dirección de correo electrónico:</b>
<b>proporcionar resultados a otras personas?</b> <b>-¿Hay información médica que no desee que divulguemos?</b>			<b>Nombres autorizados:</b>

### Contactos adicionales:

**Contacto n.º 1:** \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_  
 N.º particular: \_\_\_\_\_  
 N.º del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_

**Contacto n.º 2:** \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_  
 N.º particular: \_\_\_\_\_  
 N.º del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_

En el Aviso de prácticas de privacidad de Methodist Health System (el “Aviso”) se proporciona información acerca de cómo el Instituto del Hígado puede usar y divulgar información médica protegida sobre su persona. Usted tiene derecho a revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento. En la sala de espera, hay una copia del Aviso actual. La fecha de vigencia del Aviso se incluye en el ángulo superior derecho de la primera página. Según lo dispuesto en nuestro Aviso, los términos de nuestro Aviso pueden cambiar.

Usted tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que la información médica protegida sobre usted se usa o divulga a los efectos del tratamiento, el pago o las actividades de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta limitación, pero si lo hacemos, deberemos cumplir nuestro compromiso.

Al firmar este formulario, usted consiente en el uso y la divulgación de la información médica protegida acerca de su persona a los efectos del tratamiento, el pago y las actividades de atención médica, según se describe en nuestro Aviso. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto en los casos en que ya se hayan realizado divulgaciones conforme a su consentimiento anterior. Tiene derecho a recibir una copia de este consentimiento para divulgación después de la firma, si la solicita.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
(relación, en caso de que no sea el paciente)

\_\_\_\_\_  
En letra de imprenta – Testigo/Traductor

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo/traductor

## Políticas generales de consultorio y políticas económicas de Methodist Transplant Specialists

El Instituto del Hígado de Methodist Dallas (Methodist Transplant Specialists) recibe con agrado la oportunidad de atenderlo. Nuestra misión principal es proporcionarle atención médica económica y de calidad, y consideramos que su cabal comprensión de las responsabilidades económicas que usted tiene es un elemento esencial de su atención y tratamiento. Las siguientes son nuestras políticas generales de consultorio y políticas económicas. Si tiene preguntas con respecto a estas políticas, analícelas con el administrador del consultorio.

### Políticas generales de consultorio:

- Sea puntual para sus citas programadas.  
**Si llega más de 15 minutos tarde, es posible que deba reprogramar su cita para un momento posterior.**
- Tenga en cuenta que es la responsabilidad de cada persona mantener un control de las citas concertadas. Tenga en cuenta que las citas programadas se les recuerdan a los pacientes el día antes únicamente como cortesía. Sin embargo, ocasionalmente es posible que no reciba una llamada de recordatorio.
- Si necesita cancelar una cita, avise en el consultorio con 24 horas de antelación, de modo que se pueda programar la cita de otro paciente a la hora reservada para usted. Es posible que Methodist Transplant Specialists le cobre un cargo administrativo por citas y/o procedimientos a los que no asista si no avisa de la cancelación con 24 horas de antelación.
- **Los cargos administrativos por citas a las que no se asistió (“NO SHOW FEES”) no se facturan a su compañía de seguro. El cargo debe pagarse antes de reprogramar la cita a la que no se asistió.**  
\* \$50 nueva cita/cita de seguimiento \* \$100 colonoscopia, EGD y biopsia de hígado  
\* \$250 colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP)
- Se reprogramarán las citas de los pacientes que se presenten sin copago, tarjeta de seguro e identificación estatal con fotografía.
- Methodist Transplant Specialists cobra un cargo por procesar la documentación de la Ley de Ausencia Familiar y Médica (Family Medical Leave Act, FMLA) o discapacidad. Pida más información.
- Es posible que Methodist Transplant Specialists cobre un cargo por procesar solicitudes de registros médicos. Pida más información.

### Políticas económicas:

- Salvo que usted o su compañía de seguro médico hayan hecho otros arreglos por adelantado, los copagos, coseguros y/o deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Para su comodidad, Methodist Transplant Specialists acepta efectivo, cheque, tarjeta de débito, VISA, MasterCard, Discover y American Express. Algunas de nuestras clínicas satélites no aceptan pagos en efectivo.
- El resto de su factura se enviará a su compañía de seguro para el pago a Methodist Transplant Specialists.
- Si usted tiene cobertura de seguro con un plan para el cual su médico no tiene un acuerdo previo, la factura de servicios se preparará y se enviará a su plan de salud según lo asignado, con facturación por servicios fuera de la red. Una parte de los cargos por su atención y tratamiento debe pagarse en el momento del servicio.
- En caso de que su plan de salud determine que un servicio “no está cubierto”, usted será responsable de la totalidad del cargo. El pago debe hacerse una vez que reciba un estado de cuenta de su médico.
- Methodist Transplant Specialists le facturará a su plan de salud por todos los servicios de médicos que se presten en el hospital. Todo saldo adeudado es su responsabilidad y debe pagarse una vez recibido un estado de cuenta de su médico.
- Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, el adulto que acompaña al paciente y el padre, la madre o el tutor con custodia serán responsables del pago.
- Se cobrará un cargo de \$25.00 por fondos insuficientes en el caso de cheques devueltos.
- Las cuentas que no se paguen dentro de los 120 días posteriores a la fecha del servicio se entregarán a una agencia de cobro externa, salvo que se hayan hecho arreglos por adelantado. Si usted tiene múltiples cuentas en mora, se le puede solicitar que traslade su atención a otro consultorio.

**He leído y comprendo las políticas generales y económicas precedentes, y comprendo y acepto los términos incluidos en el presente. Comprendo que este consultorio presentará una reclamación de seguro en mi nombre. Comprendo que seré completamente responsable del pago de cualquier servicio médico denegado por mi compañía de seguro, en la medida de lo permitido en virtud de la ley estatal y/o federal.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
En letra de imprenta - Testigo/traductor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
(relación, en caso de que no sea el paciente)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo/traductor

**Practicantes independientes autorizados**

Este centro tiene, como parte de su personal, practicantes independientes autorizados, que ayudan a brindar atención médica.

Un practicante independiente autorizado no es un médico. Se trata de graduados de un programa de capacitación certificado, que son autorizados por la junta estatal de Texas. Bajo la supervisión de un médico, un practicante independiente autorizado puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, y también puede proporcionar atención médica de mantenimiento. La “supervisión” no requiere la presencia física constante del médico supervisor, sino la vigilancia de las actividades del practicante independiente autorizado y la aceptación de la responsabilidad por los servicios médicos prestados.

Un practicante independiente autorizado puede prestar los servicios médicos que se encuentren dentro de su instrucción, capacitación y experiencia. Estos servicios pueden incluir, aunque solo a modo de ejemplo, lo siguiente:

- Obtener antecedentes y llevar a cabo exámenes físicos.
- Desarrollar y poner en práctica un plan de tratamiento.
- Monitorear la eficacia de las intervenciones terapéuticas.
- Ofrecer asesoramiento e instrucción.
- Suministrar medicamentos de muestra y escribir recetas.

Comprendo que, en cualquier momento, puedo negarme a ver al practicante independiente autorizado y solicitar ver a un médico. **También comprendo que, si hiciera esta solicitud en el momento de mi visita, es posible que mi médico no esté disponible inmediatamente y que mi cita deba reprogramarse.**

He leído lo anterior y por este medio acepto los servicios de un practicante independiente autorizado para mis necesidades de atención médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo - Paciente menor de 18 años de edad



\_\_\_\_\_  
Testigo (nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Traductor (firma)

\_\_\_\_\_  
Traductor (nombre en letra de imprenta)

**Aceptación de práctica independiente por parte del paciente**

Yo, el paciente (o representante del paciente) que suscribe, acepto y comprendo por este medio que el Instituto del Hígado de Methodist Dallas es una clínica para pacientes ambulatorios de Methodist Dallas Medical Center (MDMC), donde varios grupos médicos y médicos que practican la medicina de forma independiente prestan servicios de trasplante hepático y/o servicios médicos relacionados con el trasplante hepático, gastroenterología, hepatología general y servicios quirúrgicos. Específicamente, acepto y comprendo que Methodist Transplant Specialists, Digestive Health Associates of Texas, P.A. y cualquier proveedor de atención médica que sea empleado de dicho grupo o que de otra forma sea contratado por este, los cuales incluyen, aunque solo a modo de ejemplo, a la Dra. Maisha Barnes, Dr. Stephen Cheng, Dr. Richard Dickerman, Dr. Ed Dominguez, Dr. Carlos Fasola, Dr. Adil Habib, Dr. Parvez Mantry, Dr. Alejandro Mejia, Dr. Hector Nazario, Dr. Mangesh Pagadala, y Dr. Jeffrey Weinstein (personas y grupos a los que se hace referencia colectivamente como “Proveedores”) no son agentes, empleados ni representantes del Instituto del Hígado, de MDMC ni de Methodist Health System (MHS). Además, acepto y comprendo que el Instituto del Hígado, MDMC y MHS no tienen derecho a controlar los detalles de los servicios médicos prestados por ningún Proveedor.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
(relación, en caso de que no sea el paciente)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo/traductor

\_\_\_\_\_  
En letra de imprenta - Testigo/traductor

## **Autorización para divulgar información**

### **1. Autorización para divulgar información:**

Autorizo a Methodist Transplant Specialists y Digestive Health Associates of Texas (quienes supervisan las prácticas comerciales de los médicos del Instituto del Hígado), a proporcionar la información solicitada del registro médico y de otros registros del paciente a: (1) toda compañía de seguro o tercero a cargo de pagos a los fines de obtener el pago en nombre de Methodist Transplant Specialists o Digestive Health Associates of Texas, (2) cualquier otra persona o entidad económicamente responsable por la atención o el tratamiento del paciente, y (3) representantes de organismos locales, estatales o federales de conformidad con la ley. Dicha información puede incluir, aunque solo a modo de ejemplo, información respecto de enfermedades transmisibles como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Autorizo la divulgación de información de los registros del paciente o su revisión a los fines de la realización de auditorías médicas, revisiones de utilización o revisiones de control de calidad.

### **2. Cesión de beneficios:**

Recuerde que el seguro se considera un método de reembolsar al paciente por cargos pagados al médico y que no es un sustituto del pago. Algunas compañías pagan sumas fijas por determinados procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar los deducibles, coseguros o cualquier otro saldo que no cubra su seguro. A fin de controlar su costo de facturación, solicitamos que los cargos por visitas al consultorio se paguen al comienzo de cada visita.

Si esta cuenta se asigna a un abogado para su cobro y/o para entablar una demanda, la parte que prevalezca tendrá derecho a los honorarios razonables de abogados por los costos del cobro.

Entiendo que soy responsable de proporcionar al Instituto del Hígado toda la información de seguro al momento del registro para permitir la verificación de los beneficios, y que independientemente de mis beneficios de seguro cedidos, soy responsable por la totalidad de los cargos de los servicios prestados.

Por este medio cedo al Instituto del Hígado todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, incluidos los beneficios médicos importantes a los que tengo derecho, entre otros, Medicare, seguro privado y otros planes de salud. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como un original. Comprendo que soy económicamente responsable de todos los cargos, ya sea que dicho seguro los pague o no. Por este medio autorizo al referido cesionario a divulgar toda la información necesaria para obtener el pago.

### **3. Cesión de beneficios de Medicare/Medicaid:**

- a. Certifico que la información ingresada en la solicitud de pago en virtud del Título XVII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo la divulgación de la información sobre mi persona a la Administración de Seguridad Social o a sus intermediarios o aseguradores, así como de toda información necesaria para presentar una reclamación de Medicare. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por los servicios al médico u organización que presenten una reclamación a Medicare por mí. En el caso de los servicios no cubiertos por Medicare, el Instituto del Hígado me proporcionará un Aviso por adelantado al beneficiario (“Advanced Beneficiary Notice”) en el momento de la prestación del servicio.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

- b. Entiendo que los beneficiarios de Medicaid son responsables por el pago de toda atención o servicio médico recibido que supere el monto, la duración y/o el alcance del Programa Medicaid de Texas, según lo determine el Departamento de Medicaid o su organismo de seguro médico. Todos los pagos por servicios no cubiertos vencen y son pagaderos antes de cada visita al consultorio, salvo que se hayan hecho arreglos de pago previos.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

4. **Autorización:**

Autorizo al Instituto del Hígado a divulgar y revelar mi información médica protegida a Methodist Health System a los efectos de mantener una base de datos de posibles receptores de trasplante hepático entre los pacientes del Instituto del Hígado, y a coordinar la atención de seguimiento que yo reciba.

Entiendo que tengo del derecho de revocar esta autorización en cualquier momento presentando una revocación por escrito a:

**The Liver Institute at Methodist Dallas  
1411 N Beckley Ave., Pavilion III, Suite 268  
Dallas, Texas 75203**

Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada de acuerdo con esta autorización.

**Vencimientos o terminación de la autorización:**

Esta autorización continuará vigente hasta que sea terminada por usted, su representante personal u otra(s) persona(s) o entidad legal autorizada para hacerlo por orden de un tribunal o ley.

**Nueva divulgación:**

La entidad que proporciona la información no tiene control alguno sobre la entidad cubierta que recibe la información. Por consiguiente, la información médica protegida divulgada en virtud de esta autorización dejará de ser la responsabilidad de la entidad que proporciona la información médica protegida.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
(relación, en caso de que no sea el paciente)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo/traductor

\_\_\_\_\_  
En letra de imprenta - Testigo/traductor

**Evaluación inicial del paciente/antecedentes**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Remitido por \_\_\_\_\_ (MD)

Médico de cabecera/de familia \_\_\_\_\_ (MD)

Antecedentes de la enfermedad actual

Motivo principal de la visita \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo se le diagnosticaron problemas hepáticos por primera vez? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué tipo de problemas hepáticos se le diagnosticaron? \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez recibió tratamiento para sus problemas hepáticos? (Marque una respuesta con un círculo) **Sí** **No**  
En caso afirmativo, ¿con qué lo trataron? (Factores modificadores) (Marque todas las respuestas que correspondan)

Interferón pegilado  Ribavirina  Interferón  Corticosteroides  Flebotomía  Otro \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo lo hizo/hace sentir este tratamiento? **Mejor** o **peor**

Fecha de comienzo del tratamiento \_\_\_\_\_ Fecha de finalización/interrupción \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo del tratamiento \_\_\_\_\_ Fecha de finalización/interrupción \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo del tratamiento \_\_\_\_\_ Fecha de finalización/interrupción \_\_\_\_\_

Efectos secundarios que se presentaron durante el tratamiento \_\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez le hicieron una biopsia de hígado? (Marque una respuesta con un círculo) **Sí** / **No**  
En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? (Hospital) \_\_\_\_\_



**6. ¿Le hicieron alguna vez alguna de las siguientes pruebas?**

			<b>Fecha</b>	<b>Comentario (médico/personal únicamente)</b>
<b>Ecografía de hígado</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	_____	_____
<b>CAT abdominal</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	_____	_____
<b>MRI de hígado</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	_____	_____
<b>Endoscopia superior (EGD)</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	_____	_____
<b>Colonoscopia</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	_____	_____

**Comentario (médico/personal únicamente)** \_\_\_\_\_

Factores de riesgo para enfermedad hepática

		<b>Fecha</b>	<b>Comentarios</b>
<b>1. ¿Alguna vez usó drogas i.v.?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	_____
<b>2. ¿Le hicieron alguna vez un tatuaje?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	_____
<b>3. ¿Le han hecho una transfusión sanguínea?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	_____
<b>4. ¿Alguna vez inhaló cocaína?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	_____
<b>5. ¿Le hicieron alguna vez perforaciones corporales?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	_____
<b>6. ¿Ha tenido múltiples parejas sexuales?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	_____
<b>7. ¿Alguna vez se pinchó con una aguja sucia o infectada?</b>		<b>Sí / No</b>	<b>¿Cuándo?</b> _____
<b>8. ¿Bebe alcohol o ha bebido alcohol en el pasado?</b>		<b>Sí / No</b>	
<b>Cantidad:</b> _____	<b>Tipo:</b> _____		<b>¿Con qué frecuencia?</b> _____
<b>¿Cuándo comenzó?</b> _____	<b>¿Cuándo dejó?</b> _____		
<b>9. ¿Tiene antecedentes familiares de enfermedad hepática?</b>	<b>Sí / No</b>		
<b>En caso afirmativo, ¿cuál es el parentesco?</b> _____		<b>Tipo:</b> _____	

Síntomas actuales de enfermedad hepática

**¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas?**

<b>Sí</b>	<b>No</b>		<b>Fecha</b>	<b>Comentario (médico/personal únicamente)</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Fatiga/cansancio</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sarpullido</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dolor abdominal</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hinchazón articular</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dolor articular</b>	_____	_____

**10. Califique su dolor/otros síntomas en una escala del 1 al 10: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10**

**11. ¿Cuál es la calidad del dolor/de los otros síntomas? Leve / agudo / dolor que se irradia / punzante / dolor tipo cólico / dolor con hormigueo**

Síntomas de enfermedad hepática grave

¿Tuvo alguna vez alguno de los siguientes síntomas?

Sí	No		Fecha	Comentario (médico/personal únicamente)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Picazón</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ascitis (líquido en el abdomen)</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hinchazón de pies/tobillos</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hemorragia digestiva por rotura de várices esofágicas (vomitar sangre)</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ictericia (piel/ojos de color amarillo)</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Encefalopatía (confusión mental olvido / somnolencia)</b>	_____	_____

12. ¿Cuándo siente estos síntomas? Día / Noche      Constantemente / Ocasionalmente

Antecedentes médicos pasados

**Comentarios**

Sí	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Diabetes</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Complicaciones diabéticas</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Presión arterial alta</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enfermedad cardíaca</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enfermedad renal</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enfermedad autoinmunitaria</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enfermedad pulmonar (EPOC, asma, enfisema)</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cáncer</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>VIH</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Trastorno convulsivo</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enfermedad tiroidea</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dolor lumbar crónico</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Pérdida de peso</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Colesterol alto, lípidos altos</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Otros _____</b>	_____

Antecedentes quirúrgicos pasados

Cirugía previa (marque una respuesta con un círculo)      Sí      No      En caso afirmativo, tipo de cirugía y fecha de realización.

Fecha/procedimiento: \_\_\_\_\_

Fecha/procedimiento: \_\_\_\_\_

Fecha/procedimiento: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares

¿Alguno de sus familiares consanguíneos tuvo lo siguiente?

Sí	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enfermedad hepática</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cáncer</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enfermedad cardíaca</b>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Diabetes</b>	_____

¿Le han hecho a su pareja la prueba de la hepatitis C?      (Marque una respuesta con un círculo)      Sí      No      N/C  
¿Le han hecho a su pareja la prueba de la hepatitis B?      (Marque una respuesta con un círculo)      Sí      No      N/C

Antecedentes sociales

Estado civil (marque una respuesta con un círculo) Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Cantidad de hijos \_\_\_\_\_

¿Trabaja actualmente? (Marque una respuesta con un círculo) Sí / No

En caso afirmativo, ¿trabaja a tiempo completo? (Marque una respuesta con un círculo) Sí / No

¿Qué tipo de trabajo realiza? \_\_\_\_\_

¿Fuma? (Marque una respuesta con un círculo) Sí / No

En caso afirmativo, ¿cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto hace que fuma? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez estuvo en AA (Alcohólicos Anónimos) o en cualquier otro tipo de programa de rehabilitación?

(Marque una respuesta con un círculo) Sí / No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Antecedentes psiquiátricos

¿Sufre de depresión y/o ansiedad? (Marque una respuesta con un círculo) Sí / No

¿Lo atiende actualmente un psiquiatra? (Marque una respuesta con un círculo) Sí / No

¿Tiene actualmente ideas suicidas? (Marque una respuesta con un círculo) Sí / No

¿Alguna vez fue ingresado en un hospital o en una institución por motivos psiquiátricos?

(Marque una respuesta con un círculo) Sí / No En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Medicamentos

Indique todos los medicamentos que esté tomando actualmente, incluidos todos los medicamentos de venta libre.

Nombre del medicamento / Dosificación / Frecuencia

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 7) _____  |
| 2) _____ | 8) _____  |
| 3) _____ | 9) _____  |
| 4) _____ | 10) _____ |
| 5) _____ | 11) _____ |
| 6) _____ | 12) _____ |

Alergias

¿Es alérgico a algún medicamento? (Marque una respuesta con un círculo) Sí No No sé

¿Tiene alergias ambientales o a alimentos? (Marque una respuesta con un círculo) Sí No No sé

Alergia

Tipo de reacción

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Revisión de síntomas (marque todas las opciones que correspondan)

**Generales**

- Fiebre o escalofríos
- Pérdida de peso
- Aumento de peso
- Dificultad para dormir
- Fatiga
- Disminución del apetito
- Aumento del apetito

**Comentarios**

**OJOS**

- Enrojecimiento
- Cambios visuales
- Coloración amarillenta

**NARIZ/GARGANTA**

- Dolor de garganta
- Inflamación / Infección nasal o paranasal
- Llagas en la boca

**Respiratorios**

- Tos
- Falta de aliento (sin esfuerzo)
- Dificultad respiratoria

**Del corazón/cardíacos**

- Dolor en el pecho
- Falta de aliento (con esfuerzo)
- Palpitaciones cardíacas

**Gastrointestinales**

- Dolor abdominal
- Náuseas
- Diarrea
- Vomitar sangre
- Heces negras o pálidas
- Hinchazón abdominal
- Vómitos
- Estreñimiento
- Sangrado rectal
- Acidez gástrica

**Reproductivos / Urinarios**

- Sangre en la orina
- Ardor al orinar
- Micción frecuente
- Orina oscura

**Cutáneos/tegumentarios**

- Sarpullido
- Reacción en el lugar de la inyección
- Picazón
- Pérdida del cabello

**Osteomusculares**

- Dolor articular
- Hinchazón de las extremidades
- Dolor de espalda

**Neurológicos**

- Dolor de cabeza
- Debilidad
- Hormigueo / Entumecimiento en las extremidades
- Mareos

**TODOS LOS SISTEMAS NEGATIVOS EXCEPTO QUE SE INDIQUE EN HPI**

**Autorización para divulgación de información médica**

Nombre del paciente: (En letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Autorizo a la siguiente persona u organización a divulgar la información médica de la persona especificada anteriormente:

\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Esta información puede ser divulgada a la siguiente persona u organización, o utilizada por las mismas:

The Liver Institute at Methodist Dallas  
1411 N Beckley Ave., Pavilion III, Suite 268  
Dallas, Texas 75203  
PH: 214-947-4400 or 877-4A-LIVER  
FX: 214-947-4404

El tipo y la cantidad de información que se utilizará o divulgará son los siguientes: (Marque):

- Toda la información médica pertinente (antecedentes y examen físico por parte del médico; comentarios de evolución; otros informes médicos, de diagnóstico por imágenes y de laboratorio) relacionada con la enfermedad hepática o \_\_\_\_\_
- Informe de operación o informe de procedimiento, específicamente \_\_\_\_\_
- Muestras de biopsia de hígado
- Otros \_\_\_\_\_

Entiendo que la información del registro de salud del Paciente puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información acerca de servicios de salud mental o del comportamiento, y acerca del tratamiento del alcoholismo o la drogadicción.

Esta información se divulga con los siguientes fines: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo del derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, a fin de revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a la persona u organización que divulgan la información. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Comprendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, cuando la ley le proporcione a mi asegurador el derecho de objetar una reclamación en virtud de mi póliza.

A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en un año.

Entiendo que una vez que la información sea divulgada de acuerdo con esta autorización, puede ser divulgada nuevamente por el receptor y puede no estar protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de autorización después de firmarlo, únicamente si la solicito.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/parte responsable o representante legal

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

\_\_\_\_\_  
Si firma el representante legal, relación con el paciente

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

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

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