

NOMBRE: _____ FECHA: _____

MOTIVO DE VISITA: _____

HISTORIAL MEDICO: (Por favor, marque SOLO lo que le corresponda)



☐ **SIN ANTECEDENTES MÉDICOS**

Constitucional:

- ☐ Perdida de peso
- ☐ Aumento de peso
- ☐ Fatiga
- ☐ Perdida de apetito

Neurologico:

- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Esclerosis multiple
- ☐ Desmayos
- ☐ Trastorno convulsivo

Cardiovascular:

- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Infarto
- ☐ Presion alta
- ☐ Estado Post CABG
- ☐ Trombosis venosa profunda
- ☐ Insuficiencia cardiaca congestiva
- ☐ Enfermedad de las arterias coronarias
- ☐ Aneurisma aortico
- ☐ Fiebre reumatica
- ☐ Reemplazo de la valvula aortica
- ☐ Palpitaciones
- ☐ Reemplazo de la valvula mitral
- ☐ Problemas cardiacos

- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Hinchazon de los tobillos

Pulmonar:

- ☐ Tos cronica
- ☐ EPOC
- ☐ Tos con sangre
- ☐ Asma
- ☐ Bronquitis
- ☐ Neumonia
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Embolia pulmonar
- ☐ Apnea del sueno

Gastrointestinal:

- ☐ Falta de apetito
- ☐ Fecales negras
- ☐ Regurgitacion
- ☐ Vomito
- ☐ Vomito con sangre
- ☐ Dificultad para tragar
- ☐ Agruras
- ☐ Reflujo acido
- ☐ Nauseas
- ☐ Inflamacion del estomago
- ☐ Eructos
- ☐ Estrenimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Sangre en las heces

- ☐ Sangrado rectal
- ☐ Picazon rectal
- ☐ Dolor rectal
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Hepatitis A
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Hepatitis C

Genitourinario:

- ☐ Dificultad para orinar
- ☐ Miccion frecuente
- ☐ Dolor al orinar
- ☐ Enfermedad del rinon
- ☐ Piedras en el rinon

Endocrino:

- ☐ Diabetes Tipo I
- ☐ Diabetes Tipo II
- ☐ Pre-Diabetes
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Hipertiroidismo

Musculoesqueletico:

- ☐ Dolor en las articulaciones
- ☐ Artritis
- ☐ Dolor muscular
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Miopatia
- ☐ Inflamacion de las articulaciones
- ☐ Rigidez articular

- ☐ Calambres en las piernas
- ☐ Dolor de espalda baja
- ☐ Gota

Hematologicas:

- ☐ Anemia
- ☐ Trastorno de la sangre
- ☐ SIDA
- ☐ VIH
- ☐ Transfusion de sangre
- ☐ Tratamiento anticoagulante

Integumentario:

- ☐ Irritacion de piel/Sarpullido
- ☐ Enfermedad de la piel
- ☐ Cambios en el color de las unas
- ☐ Herpes
- ☐ Cancer de piel

Psiquiatrico:

- ☐ Peridada de memoria
- ☐ Alucinaciones
- ☐ Bipolar
- ☐ Depresion
- ☐ Ansiedad
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Estres
- ☐ Trastornos del sueno

¿Has tenido cáncer? ☐ SI ☐ NO Si es así, ¿qué tipo de cáncer? _____

HISTORIAL CIRUGIAS: (Por favor, verifique todo lo que le corresponda)



- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Apendicectomia | ☐ Cirugia a corazon abierto | ☐ Histerectomia completa | ☐ Esterilizacion |
| ☐ Cirugia bariatrica | ☐ Cesarea | ☐ Histerectomia parcial | ☐ Baipas gastrico |
| ☐ Colostomia | ☐ Implante de marcapasos | ☐ Trasplante de rinon | ☐ Manga gastrica |
| ☐ Colectomia | ☐ Reparacion de hernias | ☐ Colocacion de stent | ☐ Cirugia ocular |
| ☐ Extirpacion de la vesicula biliar | | ☐ Transplante de higado | |

otras cirugias:

MEDICACION: (Por favor, ofrecer todos los medicamentos actuales con dosis y frecuencia)

☐ NO TOMO NINGUN MEDICAMENTO

ALERGIAS: (Por favor marque uno)



- ☐ No tengo alergias a medicamentos
☐ SULFA
☐ PENICILINA
☐ ASPIRINA
☐ CODEINA
☐ TINTE IV

☐ YODO

☐ OTRA: _____

¿Estás tomando alguno de estos medicamentos?

☐ SI

☐ No, no tomo ninguno de estos medicamentos.

POR FAVOR MARQUE UNO SI ESTA TOMANDO:

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| ☐ OZEMPIC | ☐ TRULLICITY | ☐ SAXENDA | ☐ BYDUREON BCise |
| ☐ SEMAGLUTIDE | ☐ DULAGLUTIDE | ☐ URAGLUTIDE | ☐ EXENATIDE |
| ☐ RYBELSUS | ☐ VICTOZA | ☐ BYETTA | ☐ MOUNJARO |
| ☐ WEGOVY | ☐ LIRAGLUTIDE | ☐ EXENATIDE | ☐ TIRZEPATIDE |

¿Alguna vez te has hecho una colonoscopia? _____

Si, ¿cuándo fue su última colonoscopia? _____

¿Ha sido ingresado recientemente en el hospital? _____

Si, ¿en qué hospital? _____

¿Cuál es la fecha aproximada y motivo? _____

¿Tienes hermanos? ☐ SI ☐ NO

¿Cuántos hermanos? _____

¿Están sanos? ☐ SI ☐ NO

¿Cuántas hermanas? _____

¿Tienes hijos? ☐ SI ☐ NO

¿Cuántos hijos? _____

¿Están sanos? ☐ SI ☐ NO

¿Cuántos hijas? _____

HISTORIAL SOCIAL: (Por favor, marque todo lo que le corresponda)

¿Usted fuma? ☐ SI ☐ No, NUNCA ☐ No, Ex-fumador

¿Si fue anterior, cuando dejo de fuma? _____

How often do you smoke? ☐ Todos los días ☐ Algunos días

¿Qué tan pronto fumas después de despertarte?

☐ Dentro de 5 mins

☐ 6-30 mins

☐ 31-60 mins

☐ after 60 mins

¿Cuántos cigarrillos al día?

☐ 5 o menos

☐ 6-10

☐ 11-20

☐ 21-30

☐ 31 o mas

¿Estás interesado en dejar de fumar? ☐ LISTO

☐ No estoy listo

☐ Pensando en dejar de fumar

¿Estás embarazada?

☐ No

☐ SI, _____ semanas

Uso de drogas recreativas:

☐ No

☐ SI, TIPO: _____

¿Tienes tatuajes?

☐ No

☐ SI

¿Bebes alcohol?

☐ No

☐ SI

SI, POR FAVOR CONTINÚE:

¿Con qué frecuencia tomó usted una bebida que contenía alcohol durante el año pasado?

☐ Nunca

☐ Mensual o menos

☐ 2-4 veces al mes

☐ 2-3 veces por semana

☐ 4 o mas veces por semana

¿Cuántas bebidas tomó en un día normal cuando bebía durante el año pasado?

☐ 1-2 bebidas

☐ 3-4 bebidas

☐ 5-6 bebidas

☐ 10 o mas bebidas

¿Con qué frecuencia tomó 6 tragos o más en una ocasión durante el año pasado?

☐ Nunca

☐ Menos de mensual

☐ Mensual

☐ Semanal

☐ Diario o casi diario

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguien en su familia ha sufrido de cáncer?

☐ SI

☐ DESCONOCIDO

☐ Nadie en mi familia ha sufrido de cáncer.

Indique el tipo de cancer

POR FAVOR, MARQUE UNO

EDAD

PADRE: _____

VIVO / FALLECIDO

MADRE: _____

VIVO / FALLECIDO

Hermana: _____

VIVO / FALLECIDO

Hermano: _____

VIVO / FALLECIDO

Abuelo: _____

VIVO / FALLECIDO

Abuela: _____

VIVO / FALLECIDO

Tio: _____

VIVO / FALLECIDO

Tia: _____

VIVO / FALLECIDO

Otro familiar: _____

VIVO / FALLECIDO

MARQUE SU DOCTOR:

☐ **Enrique J. Lacayo MD LTD**
PHONE: (702) 382-6970
Fax: (702) 382-9493

☐ **Yakov D Shaposhnikov MD PC**
Phone: (702) 737-3337
FAX: (702) 737-4307

LINEA DE PROGRAMACION: (702) 527-7900

REGISTRO DE PACIENTES

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Inicial del medio:** _____

Fecha De Nacimiento: _____ **NSS:** _____ **Idioma Preferido:** _____

Direccion: _____

City: _____ **State:** _____ **ZIP:** _____

Telefono De Casa: _____ **Celular:** _____

Nombre/Direccions/Telefono de Farmacia: _____

Persona Responsable Del Paciente: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____ ☐ **SER**

ESTADO CIVIL: ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Pareja ☐ Soltero ☐ Negar

Identidad De Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Genero queer ☐ Elija no divulgar
☐ Mujer A Hombre ☐ Hombre A Mujer ☐ OTRO: _____

Correo electronico: _____

Medico De Referencia: _____

Medico Primario/Cabecera: _____

¿Estás empleado? ☐ SI ☐ NO **Nombre De Empleo:** _____

☐ Tiempo-completo ☐ Tiempo-parcial ☐ Alumno ☐ Desempleado ☐ Jubilado

Ocupacion: _____ **Numero De Empleo:** _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

Telefono: _____ **Relacion:** _____

Raza: Por favor marque lo que mejor lo describa

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Prefiero no contestar | ☐ Negro/Afroamericano | ☐ Nativo Americano | ☐ Otro Isleño del Pacífico |
| ☐ Blanco/Caucasico | ☐ Filipino | ☐ Indio asiático | ☐ Otra Raza |
| ☐ Chino | ☐ Guameño o Chamorro | ☐ Coreano | |
| ☐ Indio Americano | ☐ Japones | ☐ Vietnamita | |
| ☐ Samoano | | | |

Etnicidad: Por favor marque lo que mejor lo describa.

- ☐ Hispano or Latino ☐ No soy Hispano o Latino ☐ Prefiero no contestar

INFORMATION DE SEGURO MEDICO

☐ **No Tengo Seguro**

SEGURO PRIMARIO

Nombre De Seguro: _____ Relación Titular de Asegurado: _____
Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Numero De Miembro ID: _____ # De Grupo: _____ Fecha de Inicio: _____
Dirección de Reclamos: _____ Teléfono: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre De Seguro: _____ Relación Titular de Asegurado: _____
Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Numero De Miembro ID: _____ # De Grupo: _____ Fecha de Inicio: _____
Dirección de Reclamos: _____ Teléfono: _____

Esto se refiere a su seguro primario, secundario y/o terciario.

Nuestro consultorio presentará las reclamaciones de seguro por todos los servicios reembolsables a la aseguradora principal y secundaria del paciente. Sin embargo, el paciente es responsable de todos los deducibles, copagos y honorarios por servicios no cubiertos. Todos los servicios profesionales prestados se facturarán directamente al paciente. El paciente es responsable de todos los honorarios, independientemente de su cobertura de seguro.

Si un paciente opta por consultar con un proveedor fuera de la red, comprende que esto puede resultar en mayores gastos de bolsillo si su plan de seguro permite servicios fuera de la red. Si el seguro no cubre los servicios fuera de la red, el paciente será responsable del saldo total.

En caso de un proceso de cobro por falta de pago, el paciente o su garante se comprometen a pagar todos los cargos de cobro que se puedan agregar a su cuenta para recuperar los montos adeudados al Dr. Enrique Lacayo o al Dr. Yakov Shaposhnikov.

Si un paciente no se presenta a una cita sin previo aviso, se aplicará un cargo de **\$25.00** por visita al consultorio y de **\$75.00** por visita para procedimientos si se cancela con menos de 48 horas de anticipación, a menos que se trate de una emergencia. En caso de múltiples inasistencias o cancelaciones, el Dr. Enrique Lacayo y el Dr. Yakov Shaposhnikov se reservan el derecho de rechazar cualquier servicio adicional.

El abajo firmante garantiza el pago total. El garante entiende que todos los pacientes, incluidos aquellos con Medicare u otro seguro, son personalmente responsables de cualquier saldo restante después de que la compañía de seguros haya realizado su pago.

Por la presente, asigno y ordeno el pago de cualquier procedimiento, cirugía o beneficio médico según las reclamaciones presentadas directamente al Dr. Enrique Lacayo o al Dr. Yakov Shaposhnikov.

También autorizo la divulgación de cualquier historial médico o información solicitada por las compañías de seguros en relación con estas cesiones. Entiendo que mi médico no tiene la obligación de proporcionar consultas, informes narrativos ni declaraciones a mi abogado. Además, entiendo que en ninguna circunstancia mi médico testificará en el tribunal en mi nombre.

FIRMA Del Paciente o Guardian Legal

FECHA

NOMBRE Del Paciente o Guardian Legal

Relación del paciente

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Tengo el derecho legal de consentir el tratamiento médico y quirúrgico porque (a) soy el paciente, o (b) soy el padre, madre o tutor del paciente. A efectos de este documento, "paciente", "mí" y "mi" se refieren a:

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Autorizo y consiento voluntariamente la atención médica, el tratamiento y las pruebas diagnósticas que el Dr. Enrique Lacayo, el Dr. Yakov Shaposhnikov y sus asociados o asistentes designados consideren necesarios. También consiento la toma de fotografías o videos relacionados con la atención y el tratamiento del paciente, y entiendo que dichas fotografías o videos podrán formar parte de su historial médico.

Entiendo que, al firmar este formulario, doy permiso a los médicos, enfermeras, asistentes médicos, enfermeras practicantes y otros proveedores de atención médica en este consultorio médico para brindar tratamiento, mientras exista una relación médico-paciente o hasta que retire mi consentimiento.

(POR FAVOR, ESCRIBA SUS INICIALES) _____

Compartir registros para el tratamiento

Compartimos su historial médico con otros profesionales de la salud para garantizar la continuidad de la atención. Si consulta a otro profesional, este podría tener acceso a su historial médico.

(POR FAVOR, ESCRIBA SUS INICIALES) _____

Reconocimiento de la Política Financiera

Reconozco haber recibido la Política Financiera del Dr. Yakov Shaposhnikov y el Dr. Enrique Lacayo. Esta política describe mis responsabilidades financieras y explica cómo se gestionarán los saldos vencidos. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nuestro gerente al (702) 527-7907. Puede obtener una copia de la política en la recepción

(POR FAVOR, ESCRIBA SUS INICIALES) _____

Reconocimiento: Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Dr. Enrique Lacayo y el Dr. Yakov Shaposhnikov. Este Aviso explica cómo nuestro consultorio puede usar y divulgar la información médica protegida del paciente para fines relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. "Información médica protegida" se refiere a la información personal del paciente que se encuentra en su historial médico y de facturación

(POR FAVOR, ESCRIBA SUS INICIALES) _____

Reconocimiento de la información y políticas de la oficina

Confirmando haber recibido la información y las políticas de la oficina del Dr. Yakov Shaposhnikov y el Dr. Enrique Lacayo. Al hacerlo, acepto cumplir con las políticas descritas. He leído este formulario o me lo han leído en un idioma que entiendo, y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre su contenido.

(POR FAVOR, ESCRIBA SUS INICIALES) _____

FIRMA Del Paciente o Guardian Legal

FECHA

NOMBRE Del Paciente o Guardian Legal

Relación del paciente

SOLICITUD DE REGISTROS MEDICOS

¿Permiten que nuestro personal, junto con el Dr. Enrique Lacayo y el Dr. Yakov Shaposhnikov, soliciten su historial médico a otros proveedores e instalaciones? (Esto permitirá a los médicos comprender mejor su salud y brindarle la mejor atención posible).

- ☐ **AUTORIZO** que mi información se transmita por fax. Entiendo que esto puede limitar la seguridad o confidencialidad de mis registros.
- ☐ **NO PERMITO** que mis datos sean transmitidos por fax.

RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE ESTA AUTORIZACIÓN. Entiendo que autorizar la divulgación de mi información médica es voluntario y tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Soy consciente de que puedo revisar o solicitar una copia de la información que se utilizará o divulgará, según lo estipulado en el CFR 164.524. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con la oficina para obtener una copia del aviso de privacidad.

FIRMA Del Paciente o Guardian Legal

FECHA

DURACION: Autorización es efectiva inmediatamente y durante efecto por un ano.

REVOCACION: Sera renovado por su autorización

AUTORIZACIÓN PARA MENSAJES

Autorizo a esta oficina a dejar mensajes detallados en el servicio de contestador automático y/o correo de voz: (marque todas las que correspondan)

- ☐ CASA
- ☐ CELULAR
- ☐ No Autorizo (NO LLAMAR)

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

La privacidad de su información médica es importante. Nosotros discutimos su condición médica con quien desea. ¿Quieres que discutamos su información médica con un miembro de la familia o individuo? ☐SI ☐NO

_____ Premier Nombre y Apellido	_____ Relación	_____ Número de teléfono
_____ Premier Nombre y Apellido	_____ Relación	_____ Número de teléfono
_____ Premier Nombre y Apellido	_____ Relación	_____ Número de teléfono
_____ Premier Nombre y Apellido	_____ Relación	_____ Número de teléfono

Por la presente, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a participar en conversaciones sobre mi historial médico completo. Entiendo que esto puede incluir información sobre mis tratamientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos, así como sobre mi tratamiento farmacológico, pruebas de VIH/SIDA y terapia psicológica.

Libero al Dr. Enrique Lacayo, al Dr. Yakov Shaposhnikov y a todo el personal de la oficina de cualquier costo, responsabilidad o daño que pueda surgir, ya sea directa o indirectamente, de la divulgación de mis registros médicos.

FIRMA Del Paciente o Guardian Legal

FECHA

NOMBRE Del Paciente o Guardian Legal

Relación del paciente