



Aurora
 1360 S. Potomac St.
 Aurora, CO 80012
 (P) 303-337-5575
 (F) 303-745-6264

Denver
 1525 Raleigh St.
 Suite # 220
 Denver, CO 80212
 (P) 303-433-2565
 (F) 303-433-2567

Strasburg
 5644 E. Colfax Ave.
 Strasburg, CO 80136
 (P) 303-622-9241
 (F) 303-622-6880

FECHA: _____

Su condición es resultado de un accidente? SI NO Si la respuesta es si, pida las formas de ACCIDENTE

Nombre del Paciente: _____ **Edad:** _____ **Masculino** **Femenino**

Estado Marital: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **S.S. #** _____

Dirección _____ **Apt. #** _____

Ciudad: _____ **Condado:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Correo Electrónico: _____ *Por proveer mi correo Electrónico, Autorizo a RMIM que me mande correspondencia.

Teléfono # _____ **Celular #** _____ **Trabajo #** _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____ **Relación al paciente:** _____

RMIM puede que necesite comunicarse con usted con respecto a resultados médicos, citas, referencias a especialistas/procedimientos o información sobre facturas/aseguranza. En un esfuerzo para proteger su privacidad, por favor, complete la siguiente información para permitirnos dejar mensajes detallados con relación al cuidado de su salud.

*RMIM NO tiene email Seguro; por lo tanto, le recomendamos que se registre en nuestro Portal del Paciente para acceder a sus necesidades para el cuidado de su salud.

Le doy permiso a RMIM para que me contacte de la siguiente manera, incluyendo información detallada en relación con el cuidado de mi salud.

- Teléfono de casa indicado arriba, estoy de acuerdo que dejen mensajes con información detallada
- Teléfono celular indicado arriba, estoy de acuerdo que dejen mensajes con información detallada
- Teléfono de casa, NO dejen mensaje detallado
- Teléfono celular, NO dejen mensaje detallado

Yo, _____ doy permiso a RMIM para que deje mensajes de voz en mi teléfono en relación a mí cuidado médico o información de mi cuenta con:

Nombre: _____ **Telf.:** _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Telf.:** _____ **Relación:** _____

DECLARACION:

Por la presente firmo los beneficios por cualquier procedimiento y gastos a Rocky Mountain Internal Medicine, P.C. Entiendo ser responsable de todos los gastos no cubiertos por esta declaración de beneficios y por todos los copagos y deducibles. También autorizo liberar mis archivos médicos o cualquier información medica a cualquier compañía aseguradora, facilidad medica o médicos. Además autorizo la liberación de mis archivos médicos por facilidades medicas o médicos que los requieran a Rocky Moutain Internal Medicine, P.C.

Firmade Paciente O Guardián: _____ **Fecha:** _____



Statement of Patient Financial Responsibility
Responsabilidad Financiera del Paciente

I understand that my insurance may not cover my visits.
If my insurance denies payment, I agree to be personally and fully responsible for payment.

Entiendo que mi seguro tal vez no cubra alguna o todas de mis visitas.
Si mi seguro niega el pago, acepto asumir la responsabilidad total del pago.

Name: _____
(Nombre)

Signature: _____
(Firma)

Date: _____ / _____ / _____ (Fecha)



**HIPAA ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT
(HIPAA ACUSE DE RECIBO)**

We at Rocky Mountain Internal Medicine and its subsidiaries are required by law to maintain the privacy of and provide individuals with our Notice of Legal Duties and Privacy Practices with respect to protected health information. If you have any objections to the Notice, please ask to speak with our HIPAA Compliance Officer by calling our main phone number at (303) 337-5575. Rocky Mountain Internal Medicine endorses, supports, and participates in electronic Health Information Exchange(HIE) as a means to improve the quality of your health and healthcare experience. HIE provides us with a way to securely and efficiently share patients' clinical information electronically with other physicians and health care providers that participate in the HIE network. Using HIE helps your health care providers to more effectively share information and provide you with better care. The HIE also enables emergency medical personnel and other providers who are treating you to have immediate access to your medical data that may be critical for your care. Making your health information available to your health care providers through the HIE can also help reduce your costs by eliminating unnecessary duplication of tests and procedures. However, you may choose to opt-out of participation in the CORHIO (HIE), or cancel an opt-out choice, at any time. **If you would like a copy of the Notice, please ask and one will be provided.**

Nosotros en el Rocky Mountain Medicina Interna y sus filiales están obligados por ley a mantener la privacidad de los individuos y proporcionar con nuestra Aviso Sobre Practicas de con respecto a la información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción a la notificación, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA llamando a nuestro número de teléfono principal en el (303) 337-5575. Rocky Mountain Internal Medicine aprueba, apoya y participa en el Intercambio de Información de Salud (HIE) electrónica como una manera para mejorar la calidad de su salud y su experiencia de atención médica. HIE nos proporciona una manera de compartir información clínica del paciente segura y eficientemente con otros médicos y proveedores de salud que participan en la red HIE. Usar HIE ayuda a su proveedor de salud a compartir información de manera más efectiva y darle un servicio médico mejor. El HIE también permite que personal médico de emergencias y otros proveedores que le estén tratando tengan acceso inmediato a sus datos médicos que puedan ser críticos para su salud. Al permitir tener su información médica disponible a sus proveedores de salud a través del HIE también puede ayuda a reducir sus costes al eliminar la repetición innecesaria de pruebas y procedimientos. Sin embargo, usted puede elegir no participar en el HIE <CORHIO>, o cancelar su no participación en cualquier momento. **Si desea una copia de la Notificación, por favor pregunte y uno será proporcionado.**

Patient Name _____ **Date of Birth** _____
(Nombre) (Fecha de Nacimiento)

Signature of patient or patient's representative/parent **Date**
(Firma del paciente o representante del paciente/padre) (Fecha)

I hereby acknowledge that I have reviewed the HIPAA Notice of Privacy Practice document, that I have had the opportunity to ask and have any questions answered, and that I have been provided a copy of the Notice if I requested one.

Por la presente declaro que he revisado el Aviso de Privacidad HIPAA del documento práctica, que hetenido la oportunidad de hacer y tener cualquier pregunta contestada, y que se me ha facilitado unacopia de la notificación si me pide una.

We reserve the right to change this Notice. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for health information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in our facilities, and it will also be posted on our web site at <http://www.rmimpc.com>. | Nos reservamos el derecho a cambiar esta Notificación. Nos reservamos el derecho a hacer efectiva la notificación revisada o cambiada para la informacion de salud que ya temenos sobre usted al igual que cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de la actual notificación en nuestras instalaciones y también será publicda en nuestro sitio web <http://www.rmimpc.c>



HIPAA 3rd PARTY FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

De conformidad con las Prácticas de Privacidad de RMIM, este formulario le permitirá designar a las personas a quienes RMIM y sus filiales podrá divulgar su información médica protegida. La misma puede incluir información identificable individualmente relacionada con su información médica o financiera ya sea presente, pasada o futura. La misma no incluirá información relacionada con el tratamiento de la salud mental o los resultados de las pruebas de SIDA ya que para divulgar dicha información se necesita una autorización separada por escrito. Si no desea designar a ninguna persona para recibir su información médica protegida, escriba “nadie” a continuación.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado: Código Postal _____

Número de teléfono: (_____) _____

Por la presente yo autorizo a RMIM para que divulgue la información médica protegida a las siguientes personas:

1. _____ (_____) _____
Nombre Parentesco con el paciente Número de teléfono

2. _____ (_____) _____
Nombre Parentesco con el paciente Número de teléfono

3. _____ (_____) _____
Nombre Parentesco con el paciente Número de teléfono

Al firmar a continuación, reconozco que he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización y entiendo que mi información médica protegida puede ser divulgada a las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que el designar a las personas mencionadas anteriormente no excluye que Prevea Health divulgue mi información médica protegida según lo descrito en las Prácticas de Privacidad de Prevea Health.

Entiendo que tengo la opción de revocar esta autorización en cualquier momento y en ese momento puedo firmar una autorización nueva. Además entiendo que a menos que se revoque por escrito al llenar un formulario de autorización nuevo, esta autorización permanecerá vigente hasta que yo decida revocarla.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Representante personal(Parentesco con el paciente): _____ Fecha: _____



ePrescribing Medication History Consent Form

ePrescribing is defined as a physician's ability to electronically send an accurate, error free, and understandable prescription directly to a pharmacy from the point of care. Congress has determined that the ability to electronically send prescriptions is an important element in improving the quality of patient care. ePrescribing greatly reduces medication errors and enhances patient safety. The Medicare Modernization Act (MMA) of 2003 listed standards that have to be included in an ePrescribe program. These include:

- › **Formulary and benefit transactions**—Gives the prescriber information about which drugs are covered by the drug benefit plan.
- › **Medication history transactions** - Provides the physician with information about medications the patient is already taking to minimize the number of adverse drug events.
- › **Fill status notification** - Allows the prescriber to receive an electronic notice from the pharmacy telling them if the patient's prescription has been picked up, not picked up, or partially filled.

By signing this consent form you are agreeing that Rocky Mountain Internal Medicine can request and use your prescription medication history from other healthcare providers and/or third party pharmacy benefit payors for treatment purposes.

Understanding all of the above, I hereby provide informed consent to Rocky Mountain Internal Medicine to enroll me in the ePrescribe Program. I also understand I can revoke my authorization at any time by providing a written statement. I have had the chance to ask questions and all of my questions have been answered to my satisfaction.

Consentimiento de ePrescribing

ePrescribing se define como la capacidad de los médicos para enviar electrónicamente la prescripción precisa, comprensible y sin errores a las farmacias desde su centro de cuidado. El congreso ha determinado que la habilidad de enviar electrónicamente las prescripciones, es un elemento importante para mejorar la calidad del cuidado de los pacientes. Eprescribing reduce enormemente los errores en las medicinas dando mayor seguridad al paciente. La ley Moderna del Medicare (MMA) del 2003 tiene normas que deben ser agregadas en un programa de ePrescribing. Estas incluyen:

- › **Formulario y el beneficio de una transacción**—Da al médico la información acerca de que medicinas cubre el plan de beneficios.
- › **Historia de las transacciones en las medicinas**- Provee al médico con información acerca de las medicinas que el paciente está tomando para minimizar la cantidad de efectos adversos.
- › **Completa el estado de notificación**- Permite al médico recibir electrónicamente el aviso, desde la farmacia, que le dice si el paciente recibió o no la prescripción o solo fue dada parcialmente.

Al firmar este consentimiento usted está de acuerdo en que Rocky Mountain Internal Medicine pueda solicitar y hacer uso del historial de sus medicamentos recetados por otros médicos y/o de sus beneficios de farmacia para propósitos de tratamiento.

Entendiendo todo lo anterior, Yo doy el consentimiento a Rocky Mountain Internal Medicine para inscribirme en el programa ePrescribing. Comprendo también que puedo revocar mi autorización en cualquier momento mediante una declaración escrita. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas a mi satisfacción.

Printed Name of Patient
Nombre del Paciente en
Imprenta

Date of Birth
Fecha de Nacimiento

Today's Date
Fecha

Signature of Patient or Guardian

Printed Name of Guardian (if applicable)
Nombre del Paciente en Imprenta

Relationship to Guardian
Relación con el Guardián



Problemas que Aparecen Durante las Visitas Anuales de Bienestar.

Lo siguiente tiene la intención de proporcionarle una información precisa de facturación con respecto a sus visitas Anuales de Bienestar / Preventiva/ Físico. Es importante que comprenda no sólo sus beneficios a través de su plan de seguro, sino también cómo se realiza la facturación por los servicios médicos para los problemas tratados durante sus visitas Anuales de Bienestar / Preventiva / Físico.

Con el fin de ofrecerle una excelente atención, estamos más que encantados de atender cualquier preocupación médica con usted durante sus visitas Anuales de Bienestar / Físicos/ Preventivos, sin embargo, nos es requerido documentar y proporcionar los códigos de diagnóstico necesarios a su compañía de seguro. Estos servicios no rutinarios pueden caer bajo su co-pago, co-seguro y / o montos para su deducible según lo es definido por su compañía de seguro. El pago, incluyendo el co-pago por estos servicios NO RUTINARIOS, debe hacerse en el momento de la cita, o una vez que los reclamos se han procesado con su seguro por cualquier deducible y montos de co-seguro.

Es importante que entienda bien que incluso si ha programado una visita de rutina Anual de Bienestar / Preventiva / Físico y luego se presente en esta oficina con algo que no es considerado rutinario, su compañía de seguro le cobrará por los servicios prestados.

Lo invitamos a ponerse en contacto con su proveedor de seguro para recibir una explicación detallada de la diferencia entre una visita Anual de Bienestar / Preventiva / Físico y una visita regular.

Nombre: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: ____/____/____

HISTORIA Y ESTADO FISICO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____ Edad: _____

Síntoma Principal: _____

Historia de la enfermedad: _____

Historia Medica: (Mencione todos los problemas médicos que Ud. haya tenido en el pasado)

Historia Quirúrgica y Obstétrica: (Mencione todas las operaciones quirúrgicas y/o gestaciones que Ud. haya tenido en el pasado)

Alergias (Es Ud. Alérgico(a) a alguna medicina? Inclusive yodo, látex, cintas adhesivas para la piel. Indicar el tipo de reacción)

Medicaciones: (Mencione las medicinas, inhaladores, y otras drogas que Ud. esta tomando actualmente. Incluya la dosis y la frecuencia con que la (s) toma).

Medicacion	Dosis	Frecuencia

Medicacion	Dosis	Frecuencia

Esta Ud. usando oxigeno en su casa? Si es así, mencione la compañía que lo suministra y su teléfono.

Esta Ud. recibiendo cuidado medico en su casa? Si es así, mencione el nombre y el teléfono del medico o enfermera(o).

HISTORIAL SOCIAL:

Ud. fuma? No Si Cuantos pordíay a la semana? _____
 Ud. toma bebidas alcohólicas? No Si Si es así, ¿Con que frecuencia? _____
 Ud. usa drogas? No Si Si es así, ¿Que clase y con que frecuencia? _____
 Esta Ud. en una dieta especial? No Si Si es así, describa que tipo de dieta _____

¿Cual es su ocupación? _____

HISTORIA MEDICA FAMILIAR - Por favor indicar si algún miembro de su familia ha tenido o tiene alguna de las siguientes enfermedades. Mencione la relación de parentesco que Ud. tiene con esa persona (padre, hermano, tío, etc.):

	Relacion			Relacion	
Cancer (que tipo)	No	Si	Problema de sangrado	No	Si
Presion Alta	No	Si	Diabetes	No	Si
Problemas del corazon/Ataque de Corazon	No	Si	Epilepsia/Convulsiones	No	Si
Cholesterol Alto	No	Si	Asma/Problema al respirar	No	Si
Depresion	No	Si	Reacciones a la anestesia	No	Si
			Osteoporosis	No	Si

Historia Medica Personal - ¿Ha sido Ud. alguna vez diagnostico y/o tratado (a), o tiene Ud. Actualmente algunos de los síntomas mas siguientes?

Problemas Neurológicos?

Ha tenido Ud. Problemas neurológicos? No Si
 Adormecimiento de parte del cuerpo? No Si
 Perdida de fuerza? No Si
 Derrame cerebral? No Si
 Dolor (es) de cabeza No Si
 Epilepsia - Convulsiones No Si
 Esclerosis No Si
 Problemas en los oídos No Si
 Problemas en los ojos No Si
 Problemas en la nariz No Si
 Problemas a la garganta No Si

Musculo del Esqueleto

¿Ha tenido Ud. Problema en los músculos? No Si
 Problema en los huesos No Si
 Perdida de sensación No Si
 Erupción de la piel, ronchas No Si
 Artritis No Si
 Fracturas No Si
 Osteoporosis No Si

Cáncer:

Diagnostico de Cáncer? No Si
 Tipo: _____

Endocrino:

Ha tenido Ud. problemas endocrinos. No Si

Respiratorio:

Ha tenido Ud. problemas respiratorios? No Si
 Silbidos al pecho No Si
 Falta de aire No Si
 Tos con flema y/o sangre No Si
 Asma No Si
 Enfisema No Si
 Bronquitis No Si
 Neumonía No Si
 Prueba positiva para la tuberculosis No Si

Cardiaco:

¿Ha tenido Ud. problemas al Corazón? No Si
 Dolor de pecho No Si
 Latidos Fuertes al Corazón No Si
 Falla congestiva cardiaca No Si
 Ataque al Corazón No Si
 Presión Alta No Si
 Colesterol Elevado No Si
 Marcapaso No Si
 Válvula Artificial No Si
 Fiebre Reumática No Si

Problemas del sueño:

Tiene problemas al dormir? No Si
 Ud. Ronca? No Si

Le dan calambres durante la noche? No

Tiene Ud. insomnio? No

Le da sueño durante el día? No

Le da sueño cuando maneja? No

Do Le da sueño mientras trabaja? No

Cansando/Sin animo No Si

Sed excesiva No Si

Diabetes No Si

Tiroides No Si

Digestivo:

¿Ha tenido problemas digestivos?	No	Si
Dolor abdominal	No	Si
Nauseas/Vómitos	No	Si
Estreñimiento	No	Si
Diarrea	No	Si
Colitis	No	Si
Diverticulosis	No	Si
Hernia Hiatal/ reflujo del estomago	No	Si
Síndrome del colon irritable	No	Si
Úlceras	No	Si
Pancreatitis	No	Si
Sangrado rectal/ dolor rectal	No	Si
Cambios en hábitos intestinales	No	Si
Hemorroides	No	Si

Ginecología

¿Cuándo empezó su último periodo?	Fecha	_____
¿Cuándo se hizo su último mamograma?	Fecha	_____
¿Cuándo se hizo su último Papanicolaou?	Fecha	_____
# de embarazos/ # de hijos		_____ / _____
¿Problemas en los riñones	No	Si

Problemas urinarios	No	Si
Problemas en los ovarios	No	Si
Urgencia para orinar	No	Si
Tiene problemas para retener la orina?	No	Si
¿Problemas sexuales?	No	Si

Vacunas (fecha)

Tétano	_____	Flu shot	_____
Hepatitis A/B	_____	MMR	_____
Neumonía	_____	Varicela	_____

Hombres

¿Próstata inflamada?	No	Si
¿Urgencia al orinar?	No	Si
¿Orina mucho durante la noche?	No	Si
¿Problemas de erección?	No	Si

Sistema inmunológico

¿Algún problema?	No	Si
Glándulas inflamadas?	No	Si
Anemia	No	Si
Cirrosis	No	Si
Coágulos	No	Si
Color amarillento en la piel	No	Si
Lupus	No	Si

Psicológico

¿Algún problema?	No	Si
Nervioso (a)	No	Si
Ansiedad	No	Si
Depresión	No	Si
Otro	No	Si

Problemas General de Salud

¿Algún problema?	No	Si
Fiebre Escalofríos	No	Si
Perdida o Aumento de peso	No	Si
	No	Si
	No	Si

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

¿Algún problema?	No	Si
SIDA/VIH	No	Si
Hepatitis	No	Si
Enfermedades transmitidas sexuales	No	Si
Tuberculosis	No	Si



1360 S. Potomac St. Aurora, CO 80012	Phone: 303-337-5575 Fax: 303-745-6264
4100 W. 38 th Avenue Denver, CO 80212	Phone: 303-433-2565 Fax: 303-433-2567
56441 E. Colfax Ave. Strasburg, CO 80136	Phone: 303-622-9241 Fax: 303-622-6880

ESCALA DE DEPRESION

Cuestionario De Salud Para El Paciente (PHQ-9)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Por favor indique su reacción durante las últimas dos semanas, a los siguientes problemas	No/nunca	A veces	La mayoría de veces	Siempre
1. Poco interés o placer para hacer cosas	0	1	2	3
2. Se siente decaído, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3. Problemas para conciliar el sueño o para dormir, o duerme demasiado	0	1	2	3
4. Se siente cansado o con muy poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o come demasiado	0	1	2	3
6. Se siente mal con usted mismo por que ha fallado o le ha fallado a su familia	0	1	2	3
7. Tiene problemas para concentrarse en hacer cosas, como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Últimamente se mueve o habla demasiado despacio tanto que otras personas lo han notado, o todo lo contrario, se ha sentido muy nervioso sin descansar tanto que se mueve más de lo usual	0	1	2	3
9. Piensa usted que sería mejor si muriera o quiere hacerse daño a sí mismo de alguna manera	0	1	2	3
Sume las columnas				

TOTAL _____

Si usted marcó positivo en alguno de los problemas en este cuestionario, por favor indique a continuación cuanta dificultad le han causado estos problemas para hacer su trabajo, cuidar de su hogar o convivir con otras personas.

___ Ninguna dificultad _____ Algo de dificultad _____ Mucha dificultad _____ Extremadamente dificultoso

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

1 to 4 = None
5 to 9 = Mild

10 to 14 = Moderate
15 to 19 = Moderately Severe

20 to 27 Severe