

**Northern Valley Allergy
Asthma & Sinus Center**
PATIENT MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE
(ALERGIA)

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Tel: _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Referido por: _____

Farmacia: _____ Teléfono #: _____

SSN: _____

Doctor Primario: _____ Teléfono del doctor#: _____

Razón de su
visita: _____

Describe los síntomas más problemáticos causados por su condición médica:

Cuando comenzaron los síntomas? _____ La frecuencia con que se
producen? _____

Peor por la noche o en el día? _____

Cuanto duran los síntomas? (horas, días, etc.) _____

En qué estación del año sus síntomas empeoran: Spring Summer Fall
 Winter **TODO EL AÑO**

Que mejora los sintomas o los hace desaparecer? _____

Que causa que los sintomas empeoren? _____

Lista de todos los medicamentos que has tomado en el pasado para el alivio de estos sintomas y la respuesta que has tenido con cada uno.(incluyendo medicamentos del mostrador):

Medicamento	Alivio	Ningun Alivio	Efectos Secundarios

Todos los medicamentos actuales (incluyendo medicamentos de alergia, Suplementos nutricionales , vitaminas, hierbas):

Has tomado algun medicamento de alergia en los ultimos 7 dias? Si / No
En caso de un Si, cual(es) y la dosis: _____

Alergias Conocidas(circule todas las que correspondan):

Alergia a los alimentos : Leche, Queso, huevos, pescado, Mariscos, nueces, mani, vegetales, melon, fresas, trigo, arroz, soya , otros: _____

Alergia a : tinte de rayos X: Si / No

Latex (globos, condones...): Si / No

Allergy to medications (which): _____

Historial Medico : Tiene algun dolor? Si / No **Escala de dolor:** (0=nada; 10=intenso) ____/10

Alguna ves as tenido: **Examen de alergia?** Si / No **Examen de sangre para alergia ?** Si / No

Fecha del examen : _____

Nombre del Doctor: _____

Alguna ves as recibido vacunas para la alergia ? Si / No

Fecha(s): _____

Tienes Asma? Si / No

(* <= menos que, ** >= mas que)

Sintomas en las noche: <*2 veces por mes ,>*2 veces por mes ,>* 1 ves a la semana

Tiene infecciones frecuentes? (sinusitis, pulmones, bacterial)? Si / No

Ha tenido alguna infeccion nasal? Si / No En caso de un si , con que frecuencia por ano:

Has sido picado por un insecto(abeja/avispa/hornet/yellow jacket)? Si / No Reaccion:

Tienes problemas de piel : Eczema, Urticaria, _____ ? Has visto a un dermatologo? Si/No

Tienes algun otro problema medico :

cirugias / ano

Historia social/Ambiental :

Vives en una casa o Apartamento? _____ Cuantos años tiene el hogar: _____ años

Hace cuanto vives en New Jersey?

Hace cuanto vives en tu hogar? Hay algun problema de moho? Si / No

Calor: Gas / Aceite / Radiador / Electrico Aire acondicionado : Central / ventana

Clase de piso en su casa: Alfombra/ Madera / Azulejo / Otro:

Tipo de ropa de cama: Edredon: bajo/sintetico Almohada : Plumaz/sintetica

Cubiertas de la ventana: Persianas /persianas tapizados / cortinas

Mascotas: Perro / Gato Otro:

en la casa Si / No , Si esta dentro de la casa, esta en el cuarto Si / No, Si estan en el cuarto estan en las cama?Si /No

Basement: humedo / rancio / Inundacion Cucarachas: Si / No

Que tipo de detergente usas? _____ suavizante?

Antecedentes de fumar : Yes / No Por cuanto tiempo? _____ Paquetes por día: _____

Prolonged cigarette smoke exposure ("second hand smoke"): Yes / No

Bebe alcohol? Si / No Con que frecuencia? Drogas:

Ocupacion: _____ Empleador: _____

Aficiones:

Revision de los sistemas (Por favor marque todos los sintomas que experimenta):

General: Perdida de peso/ganancia
Estres
Fatiga
Perdida de Audicion
Nerviosismo
Picason
Desmayos
Presion
Mareos
Problemas para dormir
Otros:

Dolores de cabeza: Ubicacion (delante, atras, derecha, Izquierda)
Con que frecuencia:

Causa Conocida: _____
Problemas de vision
Vomito/Nauseas
Mejora al dormir/fines de semana
Empeora con tension/Estres
Otro: _____

Ojos: Rojez
Lagrimeo
Picason
Hinchazon
Glaucoma/cataratas
Vision borrosa
Otro: _____

Nariz: Estornudo
Congestion
Descarga clara/turbia
Picason
Goteo post nasal
Perdida de olor
Ronquido/Apnea
Sangrado regular
Historia de polypos / Fractura de nariz

Oido: Infecciones de oido
Drenaje
perdida de audicion
Picason
Presion
Otro: _____

Lengua: Hinchazon
llagas
Picason
Capa
Perdida del gusto
Otro: _____

Boca/Garganta: Picason del paladar
Amigdalitis
Sore Throat
Frequent throat clearing
Hinchason de los labios
hinchason de la lengua
Respirando por la boca
Mal aliento
Cambio de voz
Otro: _____

Pecho: Falta de aliento/opresion en el pecho
Wheezing

Dolor
tos
Palpitaciones del corazon
Otro: _____
Psiquiatrico: Depresion
Ansiedad
Otro: _____

Sistema Digestivo : Nauseas/ vomito
Cambio de apetito
Gastritis
Cambio en los habitos intestinales
Gas/colicos
Peor despues de comer
Que comidas: _____
Otro: _____

Piel : Erupcion
Urticaria
sequedad
Ampollas/open sores
Picason
hinchazon
Quemazon
escozor
rojez
Caspa
Otro: _____
En que parte del cuerpo : _____

Rinones: Dolor en el costado
Infecciones frecuente de la vejiga
Otro: _____

Mujeres: Periodos menstruales regulares
Menopausa
Embarazo Si / No
Fecha de ultimo periodo menstrual : _____
Amamantando: Si/ No
Estas planiando en quedar embarazada: Si / No

La historia de tu nacimineto : Peso _____, amamanrado or formula
(cual) _____

Tipo de entrega (natural/Caesaria),

Problemas de
infancia : _____

Inmunizacion : sus inmunizaciones estan al dia? Si / No

Cuando fue su ? _____

Cuando fue to ultima vacuna de neumonia (Pnumovax or Pprevnar)? _____

Cuando fue tu ultima vacuna del Flu (Influenza)? _____

Family History: (Indicate all "yes" answers with a "Y")

	Padre	Madre	Hermanos	hermanas	Hijos	Otro
Migrana						
Urticaria						
Enfisema						
Asma						
Cystic Fibrosis						
Eczema						
Alergias						
Tuberculosis						
Problemas de la tiroides						
Glaucoma						
Sinus Problems						
Frequent Colds						
Cancer						
Presion alta						
Diabetes						
Problemas de corazon						
Sudden death						
Autoimmune Disease						
Immunodeficiency						
Other						

Please list anything not discussed in this questionnaire that you consider important to share with your doctor: (all responses are confidential)

Northern Valley Allergy Asthma and Sinus Center

Autorización para la Divulgación de Información de Protección de la Salud Autorizo a mi médico y / o personal administrativo y clínico para revelar la siguiente información médica protegida a:

Yo sólo _____ Mi cónyuge, pareja, padre o madre (especificar nombre) _____
Otros (especificar nombre) _____

Por favor, compruebe su elección en que se comunique información

_____ Sí, doy mi permiso para que la información médica que se dejó en mi contestador.

Por favor, compruebe si sí! _____ Lab / Test results _____ Diagnóstico _____ Recetas

_____ No, no quiero que la información médica a la izquierda en mi contestador.

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de esta oficina de Privacidad. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito al director de la oficina en la dirección abajo. Entiendo que la información divulgada de acuerdo con esta autorización puede dejar de estar protegida por la regla de privacidad de HIPAA federal o la ley estatal.

HISTORIA DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Yo también le doy a Northern Valley Allergy permiso para recuperar todos mis registros de medicamentos de mi farmacia.

Firma del paciente o representante personal

Fecha _____

Escriba el nombre de paciente o representante personal

Fecha _____

Relación del representante personal con el paciente

Fecha _____

Asignación de la Forma Beneficios

Responsabilidad Financiera

Todos los servicios profesionales prestados son a cargo del paciente y deben ser pagados al momento del servicio, a menos que otros arreglos se han hecho con anticipación con nuestra oficina de negocios. Formas serán terminados para solicitar pagos compañía de seguros.

Asignación de Beneficios

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo mi aseguradora (s), incluyendo Medicare, el seguro privado y cualquier otro plan de salud / médicos, para emisión de cheques de pago (s) directamente al norte de Valle de Alergia, Asma e Sinus Center servicios médicos prestados a mí y / o mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguros, si los hubiere. Entiendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por el seguro.

Autorización para divulgar información

Por la presente autorizo Norte Valle de Alergia, Asma e Sinus Center a: (1) liberar toda la información necesaria a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y los tratamientos; (2) las reclamaciones de seguros proceso generados en el curso de su examen o tratamiento; y (3) permitir una fotocopia de mi firma que se utilizará para procesar reclamaciones de seguros para el período de vida útil. Este orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.

He pedido a los servicios médicos de Valle Norte de Alergia, Asma e Sinus Center, en mi nombre y / o mis dependientes, y entender que al hacer esta petición, me hago totalmente responsable financieramente de cualquier y todos los gastos incurridos en el curso del tratamiento autorizado.

Entiendo, además, que las tasas se deben pagar en la fecha en que se prestan los servicios y estoy de acuerdo en pagar todos estos gastos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original.

Paciente / Persona Responsable Firma Fecha

NASAL ENDOSCOPY CONSENT FORM

Patient Name: _____

DOB: _____

Nasal Endoscopy: How do we look into your nose / sinuses? When you come to the Allergy and Asthma Center (AAC) with a nose or sinus related problem, the doctor(s) may want to perform a nasal endoscopy. This is a surgical procedure using sterile small cameras to look through the nostrils. This may allow your doctor to:

1. obtain drainage for culture
2. evaluate previous surgery, scar, openings, masses, polyps, causes of blockage
3. evaluate healing or complications of surgery
4. obtain specimens / biopsy for pathology evaluation
5. remove old blood, foreign material, packing, scabs/scar/blockage
6. educate you and others

The nurse will have you sign this permission form first and then offer to spray your nose to make the procedure easier. The spray is a combination of Afrin (to shrink tissue) and Lidocaine (to numb). This spray does taste bad and can cause teeth/throat numbness that wears off in about 20-30 minutes. Some patients may also have a sensation that they can't swallow - do NOT panic - this will pass. Two words you need to remember during this procedure:

"Ouch": allows us to know where it is tender

"Sneeze": allows us to get outta there fast

A few patients experience significant discomfort/pressure during the procedure. We will stop if this occurs. Less than 5% of patients faint/get queasy also - called a vasovagal reflex - we will put these patients chairs back and allow them to relax for a few minutes and this goes away.

YOUR CONSENT:

The procedure and description of this procedure, the more common risks associated with it and the potential complications have been described to me. This includes: a small amount of pain/pressure, a mild amount of bleeding, and a reaction to the nasal spray. I have had an opportunity to ask questions. I am satisfied with my understanding and the responses that I have received. I hereby authorize the AAC personnel to perform a sinus / nasal endoscopy. I hereby authorize the doctor or his/her associates, to provide such additional services as he or they may consider medically advisable, including but not limited to suctioning, culturing the drainage, biopsies and packing if needed. I also consent to the use of photographs/video images to advance medical education and understand that if any photographs are used, I will not be identified by name.

This consent is valid for one year as of today's date. Thank you!

Patient's Signature / Legal Guardian

Date

(POR FAVOR MANTENGA EN SUS ARCHIVOS)
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LEA CON CUIDADO. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su información médica protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, presente o futuro física o la salud mental o condición y los servicios de salud relacionados.

Usos y divulgaciones de información médica protegida

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que se implican en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas de atención médica, para apoyar el funcionamiento de la práctica del médico, y otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Vamos a utilizar y divulgar su información de salud protegida para proveer, coordinar o gestionar su asistencia médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de la salud con un tercero. Por ejemplo, podríamos revelar su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que brinda atención a usted. Por ejemplo, su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que brinda atención a usted. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, para obtener la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información protegida de salud sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de evaluación de empleados, capacitación, concesión