BIMGA
BEAUMONT INTERNAL MEDICINE & GERIATRIC ASSOCIATES

VISITA ANUAL DE BIENESTAR

CUESTIONARIO DEL PACIENTE

TELÉFONO
(409) 898-2994
FAX
(409) 899-5542
CORREO
Medicalrecords@bimga.com

NOMBRE DEL PACIENTE | FECHA DE NACIMIENTO | FECHA

VISITA DE HOY

Visita de bienestar hoy. ¿Alguna queja o inquietud hoy?

¿Necesita que le resurtan algún medicamento hoy? ☐ SÍ ☐ NO

¿Trajo hoy una lista actualizada de sus medicamentos? ☐ SÍ ☐ NO

En el último año, ¿ha tenido alguna cirugía? ☐ SÍ ☐ NO

¿Qué cirugía?

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE ATENCIÓN

¿Tiene alguno de los siguientes planes de atención anticipada? *Encierre todos los que correspondan.*

Testamento Vital **Poder Notarial Médico** **No Resucitar (DNR)** **Otro:** _____

- *Si encerró algún plan de atención anticipada, asegúrese de que su médico tenga una copia en su expediente.*

Si sufriera un evento que cambie su vida, como un **DERRAME CEREBRAL**, ¿quién entiende mejor la atención que usted desearía?

¿Cuáles son sus deseos de atención médica si llega a no poder tomar sus propias decisiones?

Al enfrentar una crisis, ¿a quién acude para pedir ayuda?

¿Quién es su representante para tomar decisiones médicas? o encierre: **NADIE**

¿Qué tipo de cuidado personal aceptaría? *Encierre todos los que correspondan.*

Salud en el Hogar **Hospicio** **Asilo de Ancianos** **Cuidadores Privados** **Vida Asistida** **Enfermería Especializada**
Cualquier Medio Necesario **Depende de las Circunstancias** **Otro:** _____

ESTADO DE SALUD

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud durante el último año? ☐ SÍ ☐ NO

¿Necesita la ayuda de otra persona cuando viaja? ☐ SÍ ☐ NO

¿Toma sus medicamentos según las indicaciones? ☐ SÍ ☐ NO

Si no, explique:

¿Cumple con asistir a sus citas médicas? ☐ SÍ ☐ NO

Si no, explique:

BIMGA
BEAUMONT INTERNAL MEDICINE & GERIATRIC ASSOCIATES

VISITA ANUAL DE BIENESTAR

CUESTIONARIO DEL PACIENTE

TELÉFONO
(409) 898-2994
FAX
(409) 899-5542
CORREO
Medicalrecords@bimga.com

EVALUACIÓN DE SALUD GENERAL

Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su salud?

Excelente **Buena** **Regular** **Mala**

¿Cuáles de los siguientes (si alguno) son un problema para usted?

- ☐ Me siento cansado(a) o fatigado(a)
- ☐ Tengo mucho estrés o enojo
- ☐ Me siento solo(a) o no tengo mucho apoyo en casa
- ☐ Se me dificulta tomar o recordar mis medicamentos

¿Se siente seguro(a) en su hogar? ☐ SÍ ☐ NO

¿Se abrocha el cinturón de seguridad cuando va en el auto? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tiene algún problema sexual que le gustaría hablar? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tiene algún problema de dolor? ☐ SÍ ☐ NO

¿Hace ejercicio 20 minutos, 3 o más días por semana? ☐ SÍ ☐ NO

¿Sigue alguna dieta específica (ej. baja en sodio o en azúcar)? ☐ SÍ ☐ NO

EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL

¿Puede realizar por sí mismo(a) las actividades de la vida diaria (ADL) (ej. arreglarse, bañarse, vestirse, comer, caminar, usar el baño, etc.)? ☐ SÍ ☐ NO

¿Puede realizar por sí mismo(a) TODAS las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) (ej. comprar comestibles, preparar comida, manejar sus finanzas, usar el teléfono, lavar ropa, quehaceres del hogar, manejar, usar transporte público, tomar medicamentos, etc.)? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tiene problemas de incontinencia (pérdida de orina)? ☐ SÍ ☐ NO

¿Ve a algún especialista u otro proveedor? Si es así, anótelos abajo:

VISITAS AL HOSPITAL Y SALA DE EMERGENCIAS

¿Cuántas veces en los últimos 6 meses lo han internado en el hospital o en la sala de emergencias? _____

EVALUACIÓN DE RIESGOS

¿Tiene problemas de la vista? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tiene algún problema de audición? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tiene algún problema con sus dientes o dentadura postiza? ☐ SÍ ☐ NO

¿A usted o a sus seres queridos les preocupa su memoria? ☐ SÍ ☐ NO

USO DE OPIOIDES

¿Toma algún medicamento opioide? ☐ SÍ ☐ NO

EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

¿Se ha caído en el último año? Seleccione una de las siguientes opciones:

- ☐ Ninguna caída en el último año
- ☐ 1 caída sin lesión en el último año
- ☐ 2–5 caídas sin lesión en el último año
- ☐ 5+ caídas sin lesión en el último año
- ☐ 1 caída con lesión en el último año
- ☐ 2–5 caídas con lesión en el último año
- ☐ 5+ caídas con lesión en el último año

BIMGA
BEAUMONT INTERNAL MEDICINE & GERIATRIC ASSOCIATES

VISITA ANUAL DE BIENESTAR

EVALUACIONES E HISTORIAL

TELÉFONO
(409) 898-2994
FAX
(409) 899-5542
CORREO
Medicalrecords@bimga.com

EXAMEN DE LA VISTA

¿Cuál fue la fecha de su último examen de la vista de rutina?

¿Quién es su proveedor de la vista?

¿Tiene retinopatía diabética? *Si es así, ¿cuándo fue su último examen diabético de la vista?:* ☐ SÍ ☐ NO

HISTORIAL SOCIAL

¿Fuma? *Encierre uno.*

Nunca ha fumado **Exfumador(a)** **Fumador(a) actual** **Fumador(a) ocasional**

¿Ha usado drogas que no sean por razones médicas en los últimos 12 meses? ☐ SÍ ☐ NO

¿Ha tomado alguna bebida con alcohol en el último año? ☐ SÍ ☐ NO

DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA

Si se ha hecho una mamografía, ¿cuál fue la fecha de la última?

Si aplica, ¿dónde se hizo su última mamografía?

DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

Si se ha hecho una colonoscopia, ¿cuál fue la fecha de la última?

Si aplica, ¿cuáles fueron los resultados de su última colonoscopia?

Normal **Pólipos** **Diverticulitis** **Desconocido**

Si aplica, ¿quién es su gastroenterólogo?

¿Se ha hecho prueba de sangre oculta en heces? *¿Cuándo?:* ☐ SÍ ☐ NO

¿Se ha hecho la prueba Cologuard? *¿Cuándo?:* ☐ SÍ ☐ NO

VACUNAS

¿Recibió la vacuna contra la influenza este año? ☐ SÍ ☐ NO

¿Fecha de su última vacuna contra la influenza?

Si no, ¿le interesa recibir la vacuna contra la influenza hoy? ☐ SÍ ☐ NO

¿Alguna vez ha recibido la vacuna neumocócica? ☐ SÍ ☐ NO

Si aplica, ¿qué vacuna neumocócica recibió?

Prevnar 13 **Prevnar 23** **Prevnar 20**

Si aplica, ¿cuál fue la fecha de su última vacuna neumocócica?

Si aplica, ¿le interesa recibir la vacuna neumocócica hoy? ☐ SÍ ☐ NO

¿Ha recibido la vacuna Shingrix? *¿Cuándo?:* ☐ SÍ ☐ NO

DETECCIÓN DE OSTEOPOROSIS

Si se ha hecho un estudio de densidad ósea, ¿cuál fue la fecha del último?

Si aplica, ¿cuál fue el resultado de su último estudio de densidad ósea?

Normal **Osteoporosis** **Osteopenia** **Desconocido**

DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Si se ha hecho una prueba de PSA, ¿cuál fue la fecha de la última?

BIMGA
BEAUMONT INTERNAL MEDICINE & GERIATRIC ASSOCIATES

VISITAS ANUALES DE BIENESTAR

AVISO DE FACTURACIÓN Y CONSENTIMIENTO

TELÉFONO
(409) 898-2994
FAX
(409) 899-5542
CORREO
Medicalrecords@bimga.com

CÓMO SE FACTURA SU VISITA DE BIENESTAR

Cuando viene a su visita preventiva anual, a su compañía de seguro se le facturará un **EXAMEN PREVENTIVO**, el cual la mayoría de los seguros cubren al 100%. Durante su **EXAMEN PREVENTIVO**, si se hablan otros problemas con el proveedor — como presión arterial alta, colesterol, diabetes o cualquier otra enfermedad — a su compañía de seguro también se le facturará una **CONSULTA REGULAR**, que podría aplicarse a su copago o deducible.

Estos procedimientos de facturación no los dicta esta oficina, sino las agencias del gobierno que establecen la codificación correcta. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro departamento de facturación.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE _____ FIRMA _____ FECHA _____

AVISO SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Nuestra oficina usa inteligencia artificial (IA) para ayudar a documentar su visita, lo cual incluye un sistema de software de voz que graba y transcribe de forma segura la conversación entre el paciente y el proveedor. Su privacidad está protegida y el sistema **cumple con HIPAA.** Las grabaciones se transcriben directamente a su expediente y no forman parte del internet público. Solo BIMGA tiene acceso a estos registros.

✎ Sus iniciales aquí _____ para aceptar el **uso de IA por su proveedor** al documentar la visita de hoy.

BIMGA
BEAUMONT INTERNAL MEDICINE & GERIATRIC ASSOCIATES

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR

INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

TELÉFONO
(409) 898-2994
FAX
(409) 899-5542
CORREO
Medicalrecords@bimga.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

N.º DE SEGURO SOCIAL

TELÉFONO DEL PACIENTE

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN DE LA AUTORIZACIÓN — ENCIERRE UNA

○ **Divulgar mi información AL siguiente**
Enviar mis expedientes al proveedor indicado abajo

○ **Divulgar mi información DEL siguiente**
Recibir expedientes del proveedor indicado abajo

PROVEEDOR O CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL PROVEEDOR / CENTRO

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

TELÉFONO

FAX

INFORMACIÓN QUE SE VA A DIVULGAR

Notas del Médico	☐ SÍ	☐ NO	**Rayos X / Reportes de Imágenes**	☐ SÍ	☐ NO
Resultados de Laboratorio	☐ SÍ	☐ NO	**Expediente Completo**	☐ SÍ	☐ NO
Estudios Cardíacos	☐ SÍ	☐ NO	**Estudios Pulmonares**	☐ SÍ	☐ NO
Otro: _____	☐ SÍ	☐ NO			

Entiendo que mi expediente médico puede contener reportes, resultados de pruebas y notas que solo un médico puede interpretar. Para evitar malentendidos, no debo contactar a mi médico únicamente sobre anotaciones en mi expediente. No haré responsable a **Beaumont Internal Medicine & Geriatric Associates** por ninguna mala interpretación que resulte de no consultar a mi médico.

Entiendo que este expediente puede incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, inmunodeficiencia adquirida (VIH), servicios de salud mental o conductual, o tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Derecho a Revocar: Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. La revocación no aplicará a la información ya divulgada. **Otros Derechos:** Puedo revisar u obtener una copia de la información que se use o divulgue.

Vencimiento: Iniciales aquí _____ y certifico que será **válida indefinidamente** salvo que la revoque por escrito.
Si decido *no* poner mis iniciales, esta autorización **vencerá en seis (6) meses** a partir de la fecha de firma abajo.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

PARENTESCO (SI ES REPRESENTANTE)

FECHA DE FIRMA

BIMGA
BEAUMONT INTERNAL MEDICINE & GERIATRIC ASSOCIATES

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR

INFORMACIÓN MÉDICA (HIPAA)

TELÉFONO
(409) 898-2994
FAX
(409) 899-5542
CORREO
Medicalrecords@bimga.com

Yo, _____ (**nombre del paciente**), doy permiso a **Beaumont Internal Medicine & Geriatric Associates** para hablar sobre cualquier parte de mi información médica con las siguientes personas:

NOMBRE **TELÉFONO**

CORREO

PARENTESCO: Cónyuge • Padre/Madre • Hijo(a) • Nieto(a) • Cuidador(a) • Amigo(a) • Poder Notarial/Tutor • Otro: _____

NOMBRE **TELÉFONO**

CORREO

PARENTESCO: Cónyuge • Padre/Madre • Hijo(a) • Nieto(a) • Cuidador(a) • Amigo(a) • Poder Notarial/Tutor • Otro: _____

NOMBRE **TELÉFONO**

CORREO

PARENTESCO: Cónyuge • Padre/Madre • Hijo(a) • Nieto(a) • Cuidador(a) • Amigo(a) • Poder Notarial/Tutor • Otro: _____

NOMBRE **TELÉFONO**

CORREO

PARENTESCO: Cónyuge • Padre/Madre • Hijo(a) • Nieto(a) • Cuidador(a) • Amigo(a) • Poder Notarial/Tutor • Otro: _____

Vencimiento: Iniciales aquí _____ y certifico que esta autorización será **válida indefinidamente** a menos que yo la revoque por escrito. Entiendo que si decido no poner mis iniciales aquí, esta autorización **vencerá en un (1) año**. Puede revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a nuestra oficina.

FIRMA DEL PACIENTE **FECHA DE NAC.** **FECHA**