



Formulario de visita al consultorio con detección de COVID-19 (rev2022)

Dr. Don Respler 2 South Summit Ave Hackensack, NJ 07666 (201) 996-9200

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ -masculino -femenino _____

Dirección: _____ Ciudad, estado Código postal: _____

Teléfono 1: _____ acepta texto? -sí -no Teléfono 2: _____ ¿Acepta texto? -sí -no

Correo electrónico: _____ -nuevo paciente -paciente existente

¿El paciente tenía COVID19? sí no Fecha _____ ¿Vacuna? * sí no Pfizer Moderna J&J Dosis1 Dosis2 Dosis3 Dosis4

Fecha de la última dosis: _____

Enumere todas las personas que acompañan al paciente: * proporcione tarjeta (s) de vacunación como prueba

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ miembro de la familia intérprete cuidador

¿Tenía COVID19? sí no Fecha _____ ¿Vacuna? * sí no Pfizer Moderna J&J Dosis1 Dosis2 Dosis3 Dosis4 nacimiento

última dosis Fecha: _____

Nombre: _____ : _____ miembro de la familia intérprete cuidador

¿Tuvo COVID19? sí no Fecha _____ ¿Vacuna? * Sí sin Pfizer Moderna J & J Dose1 Dose2 Dose3 Dose4

última dosis Fecha: _____

problemas ORL (marque todo lo que corresponda) primera visita Seguimiento no operada Post-op

Audiología

OídoProblemas: dolor infección audición retraso en el habla cera masa en el oído mareos zumbido algo en el oído

Nariz / senos: nasaleshemorragias nasales infección adenoides congestión sinusitis disminución del olfato fractura

desviación

Garganta / boca / sueño : frenillo lazolabial cuello masa sueño intranquilo ronquido apnea del sueño respiración por la

boca por estreptococos amígdalas reflujo GE alimentación traqueostomía tos dolor de garganta tiroides hendidura lesión en

la boca dificultad para respirar

Otro o Describa: _____ ¿

Registros a revisar? sí no enviado por FAX enviado por correo electrónico conmigo

notas del PCP ER / UrgiCare / notas del hospital estudio del sueño audiología notas de especialistas tomografía computarizada

resonancia magnética resultados de pruebas otro _____

Compañía de seguros primaria: _____ Número de póliza : _____

Compañía de seguros secundaria: _____ Número de póliza: _____ número

de referencia: _____ fecha de vencimiento: _____ no se necesita remisión

Al firmar este formulario, certifico que toda la información de COVID, dirección, seguro y remisión es correcta, completa y está actualizada. Entiendo que si mi seguro caduca o si hay otra póliza de seguro como principal, soy responsable del monto total de la visita al consultorio + multa de \$ 50

Fecha: _____

Firma del paciente (o firma del padre para el hijo menor con la palabra "madre" o "padre" DD / MM / AAAA

Altura: _____ Peso: _____ Temperatura: _____ grados F

NOMBRE: _____

FECHA: _____

SÍ NO GENERAL

- Aumento de peso reciente
- Pérdida de peso reciente
- Fatiga
- Escalofríos Fiebre
- nocturnos
- Sudores Cambio en los hábitos de sueño

SÍ NO CARDIO / RESPIRATORIO

- Dolor en el pecho
- Latido cardíaco irregular
- Enfermedad cardíaca
- Presión arterial alta
- Soplo cardíaco
- Dificultad para respirar
- Respiración ruidosa
- Prueba de TB positiva
- Pies hinchados

SÍ NO PIEL

- Lesiones cutáneas
- Erupciones / Eczema
- Cambios de color
- Cambios de cabello
- Cambios de uñas
- formación de Fácil moretones
- comezón

SÍ NO OJOS

- Dolor _____
- Pérdida de visión
- Visión doble
- Desgarro Excesivo _____
- Infecciones oculares _____
- Anteojos / Lentes de contacto _____

SÍ NO UROLOGÍA

- Dificultad para orinar
- Dolor o ardor
- Sangre en la orina _____
- Micción Frecuente
- Infección o cálculos renales

SÍ NO NEUROLÓGICO

- Dolor de cabeza
- Convulsiones
- Mareos
- Entumecimiento / Hormigueo
- Debilidad muscular
- Depresión
- Problemas emocionales

SÍ NO MUSCULOESQUELÉTICO

- Dolor en las articulaciones
- Inflamación de las articulaciones
- Rigidez
- Problemas de espalda
- Dolor de cuello
- Problemas de coordinación
- Parálisis



**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS
revisada por el Dr. Respler**

SÍ NO HEMATOLÓGICO

- Tendencia hemorrágica
- Anemia
- Glándulas inflamadas
- VIH

SÍ NO GASTROINTESTINAL

- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea
- Estreñimiento
- sangre Heces con/ negras
- Hernia de hiato
- Hepatitis

YES NO ENDOCRINO

- Intolerancia al frío / calor
- Cambio en la voz
- Cambio en la energía
- Sed excesiva
- Bocio

SÍ NO OÍDO, NARIZ Y GARGANTA

- Dolor de oído
- Dificultad auditiva
- Dificultad para tragar
- Zumbido en los oídos
- Vértigo
- Dolor de garganta frecuente
- Post goteo nasal
- Congestión nasal
- Mal aliento
- Tos
- Problemas sinusales
- Sueño inquieto
- Respiración bucal
- Ronquidos
- Dolor de cabeza
- Apnea del sueño
- Masa de cuello
- Enfermedad de reflujo GE
- Lengüeta
- Labio
- Olor disminuido
- Audición (s)

SÍ NO HISTORIA ENT Explicar

- oído infections _____
- Asma _____
- Bronquitis _____
- Neumonía _____
- Amigdalitis _____
- Strep _____
- Laringomalacia _____
- Grupo _____
- Hospitalización _____
- Lesiones _____
- Cirugías _____

SÍ NO FAMILIAR HISTORIA ¿Quién?

- Apnea del sueño _____
- Infecciones del oído _____
- Asma _____
- Pérdida auditiva _____
- Reflejo GE _____
- Lengua / Labio _____

SÍ NO ALERGIAS Lista

- Medicina _____
- Alimentos _____
- Ambiental _____

SÍ NO MEDICAMENTOS Lista

- antibióticos _____
- otros medicamentos _____

Normal / anormal de la historia lo dice

- Prenatal historia _____
- habla _____
- Inmunización _____
- COVID _____

SÍ NO AMBIENTE Explicar

- Fumar en Inicio _____
 - admiten _____
 - guardería _____
 - Escuela _____
 - Botella uso _____
 - uso del chupete _____
 - Alcohol _____
 - problemas de alimentación _____
 - cama Wetting _____
 - Chuparse el pulgar _____
 - Problemas del habla _____
 - babeo _____
 - pesadillas _____
 - síndrome genético _____
 - Dev Discapacidad _____
 - Problemas de Aprendizaje _____
 - autismo _____
 - Hiperactividad _____
 - problemas de comportamiento _____
 - Equilibrio Problems _____
 - pone las cosas en la nariz _____
 - pone las cosas en el oído _____
 - traqueostomía dependiente _____
- tipo de traqueostomía / tamaño _____

ALTURA _____ ft _____ pulgadas

WOCHO _____ libras

MOTIVO DE LA VISITA AL ORL y cualquier otro asunto importante:



Don S. Respler, MD
 2 South Summit Avenue Hackensack, NJ 07601
 (201) 996-9200

Formulario de divulgación de cumplimiento de HIPAA

*Este formulario protege la privacidad de sus registros médicos. Indica a nuestra oficina que divulgue su información médica solo a aquellas personas y entidades que elija a continuación. No divulgaremos ninguno de sus registros médicos a nadie que no se especifique en este o en cualquier formulario de HIPAA de reemplazo, así **que asegúrese de incluir a todos los médicos, escuelas o personas con quienes desea que compartamos su información médica.***

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono _____ FAX (____) _____ Email: _____

Aparte de mi médico remitente, compañía de seguros y médico / hospital / centro quirúrgico para coordinación del tratamiento otorrinolaringólogo, autorizo a su oficina a compartir información con las siguientes personas, departamentos, médicos, familiares, escuelas y oficinas:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____


Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre de la escuela: _____ Número de teléfono o contacto: _____

Entiendo que tengo derecho a revocar o reemplazar esta autorización en cualquier momento. La revocación / reemplazo de esta autorización debe hacerse por escrito con la inclusión de mi nombre, dirección, número de teléfono, la fecha de esta autorización y mi firma. Soy consciente de que mi revocación / reemplazo no será efectivo en cuanto a los usos y / o divulgaciones de mi información médica que ya se hayan realizado en base a esta autorización. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que revoque o reemplace esta autorización.

He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario. Al firmar este formulario, confirmo que esta directiva de HIPAA refleja fielmente mis deseos. He firmado este formulario voluntariamente como una directiva para compartir mi información médica como se describe arriba.

 _____ Fecha: _____
 FIRMA DEL PACIENTE (o firma del padre para el hijo menor con la palabra "madre" o "padre") MM / DD / AAAA

Si tiene alguna pregunta u objeción, comuníquese con nuestro líder de cumplimiento de HIPAA al 201- 996-9200 o por correo electrónico a angelsofent@gmail.com

Si lo firma un representante personal que no sea el padre, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

poder notarial para atención médica tutor legal otro autorización legal - Se debe adjuntar una copia de la documentación

Dirección: _____

Número de teléfono durante el día: _____ Correo electrónico: _____

Al firmar este formulario, autorizo a los Asociados Otorrinolaringológicos Pediátricos a usar y / o divulgar mi información médica (información que constituye información médica protegida según se define en la Regla de Privacidad de las disposiciones de Simplificación Administrativa de la Ley de Seguro Portabilidad y Responsabilidad del Médico [HIPAA] de 1996) de la manera descrita anteriormente.

 _____ Fecha: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL MM / DD / AAAA