

# Jackson Medical Group

04/09/2014

## La poliza sobre exámenes preventivos

Usted ha sido programado para una visita de prevención anual cubierto por su plan de salud sin copago. Es un tipo especial de evaluación que está concentrado principalmente para ayudar a que usted y su proveedor médico a desarrollar un plan para determinar y conocer los posibles problemas médicos. Este tipo de visita requiere que usted y su proveedor evalúen temas específicos con la intención de desarrollar y / o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los riesgos que corre.

Una serie de elementos específicos se abordan durante este tipo de visita. Como resultado de ello, le pedimos que por favor complete el formulario que se adjunta y tráigalo con usted a su visita para revisar lo con su proveedor. También sugerimos que traiga todos sus medicamentos con usted a su cita para asegurarse de que su proveedor obtenga una lista precisa y completa de todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluyendo la dosificación del medicamento y la frecuencia con la que se toma el medicamento.

Además de la visita puramente preventiva, en 2014 Jackson Medical Group ofrecerá el chequeo anual tradicional, que incluye examen físico, en la misma visita de oficina que usted tiene su evaluación preventiva.

Al final de su visita, si hay un problema médico urgente y si el tiempo lo permite, vamos a abordar el problema. La evaluación y el tratamiento de las cuestiones en curso o problemas recién identificados (tales como presión arterial alta, diabetes y otras cuestiones en curso) no es parte de la evaluación de salud preventiva y puede haber un cargo y un copago adicional. Si el tiempo no permite una evaluación de otros síntomas, se programará una cita de seguimiento con el copago aplicable.

Su firma en la página reconoce que ha leído y entendido nuestra poliza en materia de códigos y facturación para las visitas preventivas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



## Questionario De Salud Para El Adulto

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Cuales son sus sintomas, preguntas o problemas de salud para su visita el día de hoy?  
*What symptoms, medical problems and concerns have prompted this visit today?*

---

---

---

---

---

---

2. Cuales son sus expectativas o metas que quisiera completar con esta consulta?  
*What expectations do you have and what goals do you hope to accomplish by the conclusion of this office visit?*

---

---

---

---

---

---

3. Por favor anote cualquier condicion nueva desde su último examen físico (como presión arterial alta, diabetes, etc )  
*Please list any new conditions or chronic illnesses you have (such as high blood pressure, diabetes, etc)*

Ninguna (none)

---

---

---

---

---

---

4. Por favor anote nuevas alergias que tenga a algun medicamento o comida:

*Please list any new allergies to food or medication:*

Ninguna (none)

---

---

---

---

---

5. Por favor anote nuevas cirugias y las fechas o edad en que las tuvo:

*Please list any new surgeries including the approximate date or age each was performed*

Ninguna (none)

---

---

---

---

---

6. ¿Usted fuma cigarillos?  Si  No

*Do you presently smoke cigarettes?*

7. ¿Alguna vez fue un fumador?  Si  No

Si es así, cuándo dejó de hacerlo \_\_\_\_\_

*Have you ever been a smoker? If so, when did you quit?*

8. ¿Qué tanto alcohol consume en una semana? \_\_\_\_\_

*How much alcohol do you consume in a week?*

9. Si usted es diabético, cuando tuvo su último examen de los ojos? \_\_\_\_\_

*If you are diabetic, when did you have your last eye examination?*

10. Ha llenado una "directiva anticipada" para la planificación avanzada?  Si  No

*Have you filled out an "advanced directive" for advanced planning?*

11. ¿Hay alguna otra información que considere que debemos saber acerca de su salud en el pasado?  Si  No

*Is there any other information you feel we should know concerning your past health?*

Si es así, indique los detalles?

*If so, please elaborate?*

12. ¿Hay algún antecedente familiar de cualquier cancer, diabetes, o enfermedades de el Corazon, la enfermedad coronaria en la familia?  Si  No

*Is there family history of cancer of any kind, diabetes or heart disease?*

Si es así, indique sí y discutir con el proveedor

*If so please elaborate*

13. Describe su programa de ejercicios

*Describe your exercise program*

14. ¿Tienes algun problema personal que desea discutir con el médico?

*Do you have anything personal you would like to discuss with the provider?*