

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Estimado paciente:

¡Bienvenido a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS)! Nuestro equipo de urología se compromete a brindarle atención compasiva y personalizada durante toda su experiencia de tratamiento. Durante su tiempo con nosotros, conocerá a un equipo dedicado de asistentes médicos, enfermeros, profesionales de práctica avanzada (advanced practice providers, APP) y urólogos. Cada uno se compromete a abordar sus inquietudes y a brindar la más alta calidad de atención para apoyarlo en su viaje.

Los APP son una parte integral de nuestro equipo de atención de FCS. Entre ellos se encuentra el personal de enfermería registrado de práctica avanzada (advanced practice registered nurses, APRN) o asistentes médicos (physician assistants, PA) que han obtenido títulos avanzados y tienen capacitación especializada en urología. Además de brindar una atención excelente, nuestros APP desempeñan un papel clave en liderar los esfuerzos de atención de la salud y la mejora de los resultados clínicos. Trabajan en estrecha colaboración con su médico, que supervisa todos los aspectos de su plan de atención médica, para garantizar que esté personalizado según sus necesidades únicas.

Nuestro experimentado equipo de atención en urología ofrece servicios integrales, que incluyen procedimientos convenientes en el consultorio y cirugías ambulatorias avanzadas. A nivel individual o colectivo, los miembros de su equipo de atención, incluidas nuestros APP, se centran en usted y se comprometen a garantizar que logre el mejor resultado posible.

No dude en hacer preguntas e hacernos saber cómo podemos ayudarlo. Gracias por confiarnos su cuidado.

Atentamente,

Su equipo de Urología del Florida Cancer Specialists & Research Institute
FLCancer.com

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:
Nombre preferido/apodo:		Fecha de nacimiento:	
Dirección principal:		Número de seguro social (SNN):	
Ciudad, estado, código postal:	Sexo asignado al nacer: ☐ Hombre ☐ Mujer		
Dirección secundaria:	Identidad de género (seleccione una opción): ☐ Hombre ☐ Otro _____ ☐ Mujer ☐ Prefiero no decirlo		
Ciudad, estado, código postal:	Farmacia preferida: _____		
De: _____ Para: _____	Número de teléfono: _____		
Idioma preferido: _____		Dirección de la farmacia: _____	
Origen étnico: ☐ Hispano/a o latino/a ☐ No hispano/a o latino/a		Números de teléfono	
Raza (seleccione todas las opciones que correspondan): ☐ Blanco/a ☐ Negro/a o afroamericano/a ☐ Asiático/a ☐ Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska ☐ Nativo/a de Hawái u otro/a isleño/a del Pacífico ☐ Otro: _____		Particular: _____ Móvil: _____ Otro: _____	
¿Ha servido o sirve actualmente en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? ☐ Veterano ☐ Servicio activo		Contacto preferido: ☐ Particular ☐ Celular ¿Podemos dejar un correo de voz? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí: ☐ Particular ☐ Celular ☐ Ambos	
Médico de cabecera: _____ Número de teléfono: _____ ¿Ve a su médico de cabecera (primary care physician, PCP) al menos una vez al año? ☐ Sí ☐ No		¿Podemos enviarle un mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No	
Proveedor que emite la derivación (si no es el PCP) Nombre: _____ Número de teléfono: _____		Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____	
Correo electrónico: _____		¿Podemos enviarle un correo electrónico? ☐ Sí ☐ No	
¿Desea acceder al portal de pacientes en línea? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, proporcione la dirección de correo electrónico arriba.			

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compañía de seguros primaria: _____

Nombre del titular de la póliza primario: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Número de póliza/ID del grupo: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

¿El plan tiene cobertura de recetas? ☐ Sí ☐ No

Compañía de seguros secundaria: _____

Nombre del titular de la póliza secundaria: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Número de póliza/ID del grupo: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

Número de Seguro Social del titular de la póliza: _____

¿El plan tiene cobertura de recetas? ☐ Sí ☐ No

Compañía de seguros de farmacia: _____

Nombre del titular de la póliza de farmacia: _____

Número de póliza de receta/Código para fármacos con receta: _____

Certifico que la información proporcionada es precisa. Notificaré al Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) sobre cualquier cambio tan pronto como estén disponibles. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar a FCS de cualquier cambio en mi plan de seguro, o puedo ser responsable del saldo total de mi tratamiento.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente o garante (firma) _____ Fecha _____

MEDIGAP

Solo se aplica a pacientes con seguro secundario a Medicare

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medigap se realice en mi nombre a Florida Cancer Specialists & Research Institute o Rx To Go por cualquier servicio prestado por _____. Autorizo a cualquier persona o empresa que tenga información médica sobre mí a divulgar _____ cualquier información relacionada con esta reclamación de Medicare porque la firma de esta autorización hará que la información de pago de Medicare se cruce automáticamente.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente o garante (firma) _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO GENERAL Y FINANCIERO

Estimado y apreciado paciente:

Gracias por elegir a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) como su proveedor de atención médica. Nuestros médicos se comprometen a proporcionarle la atención de más alta calidad.

Antes de recibir el tratamiento, lea y reconozca las políticas generales y financieras del paciente de FCS:

- Usted otorga su consentimiento para la prestación de atención médica en cumplimiento con las leyes de sustitución de atención de la salud, que pueden incluir procedimientos de diagnóstico, pruebas de secuenciación de próxima generación y el tratamiento médico que su médico u otro personal médico de FCS consideren necesario. Es posible que se le ofrezcan servicios médicos a través de sistemas de telemedicina que implican la prestación de atención de la salud mediante comunicación electrónica con un proveedor que se encuentra en una ubicación física diferente. Usted otorga su consentimiento para iniciar o recibir comunicaciones tecnológicas con FCS y mis proveedores, incluidos servicios de consulta de un especialista realizado de manera virtual. Usted comprende que mi atención médica y tratamiento pueden ser proporcionados por médicos, incluidos becarios y residentes, estudiantes de salud médicos y asociados, asistentes médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica. Usted ha leído y comprende este consentimiento general para el tratamiento y comprende que no se ha asegurado ninguna garantía con respecto a los resultados que pueden obtenerse.
- Usted acepta proporcionar a FCS su seguro actual y preciso, el programa de beneficios de atención de la salud u otra información del pagador, y notificar inmediatamente a FCS si su cobertura cambia.
 - Comprende que las políticas financieras del paciente de FCS están disponibles en línea en FLCancer.com. Acepta que estas políticas se aplican a usted y que pueden cambiar ocasionalmente sin previo aviso.
 - Usted reconoce que FCS le facturará a su plan o programa de seguro los servicios prestados por FCS y usted acepta que le está otorgando a FCS su derecho a recibir pagos o beneficios de dicha aseguradora o programa y usted autoriza que el pago se realice directamente a FCS.
- Acepta ser responsable del pago a FCS de todos los copagos, deducibles y coseguros aplicables en virtud de su póliza de seguro, plan o programa. Comprende que el pago de dichos montos es pagadero al momento del servicio.
- Según su aseguradora, plan o programa, es posible que algunos servicios no estén cubiertos. Si su seguro no autoriza ni cubre un servicio o tratamiento y, de todos modos, usted decide recibir dicho servicio o tratamiento, usted acepta que es responsable del pago. Esto se aplica a todos los pagadores en conformidad con todas las leyes y reglamentaciones correspondientes y los requisitos del pagador (incluido cualquier "Aviso previo al beneficiario" [advance beneficiary notice, ABN] que pueda ser aplicable en virtud de Medicare).
- Usted autoriza a FCS y a sus agentes a revisar su información de seguros, financiera y de características demográficas con el fin de identificar posibles programas de asistencia financiera para los que podría ser elegible. Esta revisión puede incluir el uso de servicios de terceros para ayudar a determinar la elegibilidad para el apoyo financiero.
- Para facilitar el pago de reclamaciones, realizar operaciones internas y coordinar su atención con otros proveedores de atención médica, FCS usará su información médica personal de manera interna y compartirá dicha información con su póliza de seguro y con ciertos asociados comerciales de FCS de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y otras leyes y reglamentaciones federales y estatales correspondientes.

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

- FCS posee y opera Rx To Go, una farmacia especializada que proporciona ciertos productos farmacéuticos que pueden ser recetados por su médico de FCS y pueden estar cubiertos por su plan o programa de beneficios médicos o de farmacia (como la parte B o la parte D de Medicare). Usted no está obligado a usar Rx To Go y es posible que sus recetas se surtan donde quiera. Sin embargo, si selecciona Rx To Go para suministrar recetas emitidas por FCS, esta política y todas las demás políticas de responsabilidad financiera del paciente de FCS también se aplicarán a los artículos y servicios que le brinda Rx To Go.
- Usted reconoce que los servicios de laboratorio o radiología pueden ser necesarios como parte de su atención y tratamiento, que pueden ser realizados por médicos clínicos de FCS en sus propias instalaciones. En algunos casos, los servicios pueden ser prestados por instalaciones externas, en cuyo caso usted comprende que puede recibir una factura por separado directamente del proveedor externo.
- Si realiza un pago a FCS que resulta en un excedente en su cuenta (es decir, un saldo de crédito), FCS puede retener ese monto como un depósito contra cargos que están sujetos al procesamiento de reclamaciones en curso o cargos por servicios futuros que están programados, y FCS puede aplicar el excedente contra dichos cargos pendientes o futuros que estén programados. Si queda un excedente después de aplicar todos los créditos, o si al finalizar la atención de FCS queda un saldo de crédito que no está sujeto a devolución a su aseguradora u otro pagador, FCS le reembolsará el saldo de crédito. Sin embargo, usted acepta que cualquier reembolso por debajo de \$10,00 se realizará solo si usted realiza una solicitud por escrito y, en cualquier caso, cualquier saldo de crédito por debajo de \$10,00 se cancelará si no se recibe una solicitud de reembolso dentro de los cinco (5) años posteriores a la finalización de su atención.

☐ HE LEÍDO, COMPREENDO Y ACEPTO LAS POLÍTICAS FINANCIERAS DEL PACIENTE MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

Una copia está disponible para el paciente a pedido.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o garante (firma)

Fecha

Para uso interno:

Nombre (en letra de imprenta)

Empleado de FCS (firma)

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Consentimiento para comunicación por SMS

- ☐ Otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto de Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS), Rx To Go, LLC y cualquier proveedor autorizado de servicios de mensajes de texto para recordatorios de citas, avisos de facturación y otras actualizaciones relacionadas con la salud. Comprendo que pueden aplicarse tarifas por mensajes/datos y puedo cancelar mi suscripción en cualquier momento al responder "STOP" ("DETENER").
- ☐ No otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto.

Autorización para una foto para registros médicos

- ☐ Doy mi consentimiento para que FCS me tome fotografías (digital/foto/video) para incluirlas en mis registros médicos electrónicos (electronic medical record, EMR) con fines de identificación y documentación.
- ☐ No otorgo mi consentimiento para que se tome una fotografía para mis registros médicos.

Divulgación del consentimiento de información médica

- ☐ Autorizo a FCS a analizar mi información médica con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

- ☐ Solicito que toda mi información médica protegida se divulgue ÚNICAMENTE a mí y a ningún otro familiar o amigo.

Consentimiento del asistente de documentación médica

- ☐ Doy permiso para que FCS utilice un asistente de documentación médica profesional, que puede ser virtual, para ayudar a mi médico durante la documentación. Comprendo que este servicio se proporciona sin costo alguno y que toda la información compartida permanecerá confidencial.
- ☐ No doy permiso para que FCS utilice un asistente de documentación médica profesional.

Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) está utilizando una herramienta de AI Scribe para mejorar la atención de los pacientes al ayudar a los proveedores a enfocarse más en usted durante las visitas. El AI Scribe escucha la conversación con su proveedor y crea una anotación clínica, que su proveedor revisa y aprueba antes de que se agregue a sus registros médicos. Su privacidad está protegida mediante el estricto cumplimiento de las leyes y regulaciones de privacidad federales y estatales, con medidas de seguridad adicionales, como el cifrado y la autenticación multifactor. La participación es voluntaria y puede retirar su consentimiento en cualquier momento.

Conciliación de medicamentos del paciente

Doy mi consentimiento para que FCS y sus proveedores de atención médica recopilen, documenten y concilien mis medicamentos actuales como parte de mi atención médica. Esto incluye, entre otros, fármacos de venta con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas, suplementos y remedios herbales, y el registro del nombre, la dosis, la frecuencia y la vía de administración de cada medicamento. Este proceso es esencial para garantizar un tratamiento seguro y efectivo y se requiere en virtud de las pautas del Sistema de pago de incentivos basado en el mérito (Merit-based Incentive Payment System, MIPS). Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de este consentimiento.

- ☐ Sí
- ☐ No

Paciente (nombre en letra de imprenta) _____

Fecha de nacimiento _____

Paciente (firma) _____

Fecha _____

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

ACP: Documentos de planificación de atención avanzada (si la respuesta es sí, proporcione una copia)

¿Tiene una voluntad anticipada?	☐ Sí ☐ No	
¿Tiene un testamento vital?	☐ Sí ☐ No	
¿Tiene una orden de no resucitar (Do-Not-Resuscitate, DNR)?	☐ Sí ☐ No	
¿Tiene un apoderado de atención de la salud?	☐ Sí ☐ No	

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido o se le ha informado que tiene derecho recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS).

Este aviso está disponible en copia impresa al solicitar verbalmente una copia en la recepción de cualquier instalación de FCS o al presentar de una solicitud por escrito a la oficina corporativa del Florida Cancer Specialists & Research Institute, 2890 Center Pointe Drive, Fort Myers, FL 33916.

También puede obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad al visitar el sitio web de [FCS en FLCancer.com](http://FCS.en.FLCancer.com), seleccione la pestaña Patient Guide (Guía para el paciente), seleccione New Patient Forms (Formularios para pacientes nuevos) y haga clic en Notice of Privacy Policies (Aviso de políticas de privacidad).

☐ Aceptado ☐ Rechazado

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente o garante (firma) _____ Fecha _____

Relación con el/la paciente: _____

SOLICITUD DE PUBLICACIÓN DE REGISTROS

Autorizo al Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) a solicitar una copia de mis registros médicos completos al proveedor que se menciona a continuación:

Nombre del proveedor/de la instalación: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Teléfono/fax: _____

Comprendo que al firmar esta autorización, autorizo a FCS a recibir mis registros médicos, psiquiátricos, de VIH, de usos de drogas/alcohol y demás registros de salud confidenciales, a menos que la ley lo restrinja de otro modo. También comprendo que esta autorización es válida hasta que sea revocada por escrito.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente o garante: _____ Relación: _____ Fecha: _____

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

ANTECEDENTES MÉDICOS

ALERGIAS

Nombre del medicamento:	Reacción que tiene:
Otros alérgenos:	
☐ Material de contraste para tomografía computada	
☐ Yodo	
☐ Látex	
☐ Otro _____	

MEDICAMENTOS

Mencione todos los medicamentos que esté tomando actualmente, incluya la dosis y la frecuencia. Si tiene una lista impresa, puede proporcionar una copia al consultorio en su lugar.

Nombre del medicamento:	Concentración:	Frecuencia de toma:

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

ANTECEDENTES MÉDICOS PASADOS

¿Alguna vez le ha dicho un médico/profesional de atención médica que tenía cáncer? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, tipo de cáncer: _____ fecha del diagnóstico: _____

Médico tratante y tipo de tratamiento: _____

¿Tiene restricciones religiosas que le impidan aceptar transfusiones de sangre? ☐ Sí ☐ No

Transfusiones de sangre: _____

☐ Ninguno	☐ Cálculos biliares	☐ Osteoartritis
☐ Anemia	☐ Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)/acidez	☐ Osteoporosis
☐ Trastorno de ansiedad	☐ Glaucoma/cataratas	☐ Pancreatitis
☐ Asma	☐ Pérdida de la audición	☐ Parálisis
☐ Fibrilación auricular	☐ Soplo cardíaco	☐ Enfermedad de Parkinson
☐ Trastorno hemorrágico	☐ Ataque cardíaco-infarto de miocardio (IM)	☐ Enfermedad vascular periférica
☐ Coágulos de sangre	☐ Cardiopatía	☐ Neumonía/bronquitis
☐ Trastorno de la sangre	☐ Acidez gástrica/reflujo	☐ Problemas con la anestesia
☐ Cáncer	☐ Hepatitis A/B/C/virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	☐ Síndrome de Raynaud
☐ Dolor de espalda crónico	☐ Hernia de hiato	☐ Fiebre reumática
☐ Enfermedad pulmonar crónica (EPOC)	☐ Presión arterial alta	☐ Artritis reumatoide
☐ Cirrosis hepática	☐ Colesterol alto	☐ Convulsiones
☐ Pólipos en el colon	☐ Ritmo cardíaco irregular	☐ Culebrilla
☐ Insuficiencia cardíaca congestiva	☐ Síndrome del intestino irritable	☐ Apnea del sueño
☐ Enfermedad de Crohn	☐ Nefropatía/insuficiencia renal	☐ Úlceras estomacales
☐ Diabetes	☐ Cálculo renal	☐ Accidente cerebrovascular
☐ Diverticulitis	☐ Leucemia	☐ TB (tuberculosis)
☐ Uso de drogas	☐ Lupus autoinmunitario	☐ Enfermedad tiroidea
☐ Agrandamiento de la próstata	☐ Linfoma	☐ Colitis ulcerosa
☐ Fractura	☐ Depresión profunda	☐ Otro: _____
☐ Infecciones de las vías urinarias frecuentes	☐ Migrañas	☐ Otro: _____
☐ Infecciones frecuentes	☐ Neuropatía	☐ Otro: _____

CIRUGÍAS PREVIAS

Cuándo

Dónde

		:

INGRESOS HOSPITALARIOS RECIENTES

Cuándo

Dónde

		:

HISTORIAL DE SALUD DE LA MUJER (si no aplica, omitir y continuar con la siguiente página)

Edad en la que comenzaron sus períodos menstruales:	Edad en la que la menopausia comenzó (si corresponde):
Edad en el primer embarazo (si corresponde):	¿Alguna vez recibió terapia de reemplazo hormonal? ☐ Sí ☐ No
Último período menstrual:	En caso afirmativo, ¿cuándo comenzó/dejó?:

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Fuma? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿qué? ☐ Cigarrillos ☐ Cigarros ☐ Pipa ☐ Otro _____ Cant. por día: _____
¿Alguna vez ha fumado? ☐ Sí ☐ No Edad en la que comenzó a fumar: _____ Edad en la que dejó de fumar: _____ ¿Le interesaría dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No ¿Bebe alcohol? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿qué? ☐ Vino ☐ Licor ☐ Cócteles ☐ Cerveza ☐ Otro _____ ¿Con qué frecuencia? ☐ Todos los días ☐ En los fines de semana ☐ En eventos sociales Tragos por día ☐ de 1 a 2 ☐ de 3 a 5 ☐ más de 5
Edad en la que comenzó de beber: _____ Edad en la que dejó de tomar: _____

Hijos: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿cuántos? _____

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Con pareja
Estado de la ocupación: ☐ Empleado/a a tiempo completo ☐ Empleado/a a tiempo parcial ☐ Desempleado/a
☐ Estudiante ☐ Jubilado/a ☐ Ama de casa ☐ Incapaz de trabajar

¿En su trabajo se expone a material peligroso? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ☐ Radiación ☐ Sustancias químicas ☐ Otras partículas

HISTORIAL DE CUIDADO DE LA SALUD

Último examen ginecológico: _____ Último examen dental: _____ Última mamografía: _____	☐ Fecha de esofagogastroduodenoscopia (EGD): _____ ☐ Fecha del electrocardiograma (ECG)/ecocardiograma (ECO): _____ ☐ Última tomografía computarizada (TC) de tórax para la detección de cáncer de pulmón (si fuma): _____	Última colonoscopia o prueba de detección de CRC: _____
---	--	--

¿Recibe vacunas profilácticas? ☐ Sí ☐ No

Enumere la vacuna y las fechas en que la recibió:

¿Está al día con las vacunas recomendadas? ☐ Sí ☐ No

HISTORIAL FAMILIAR

¿Tiene algún familiar con problemas de sangrado o coagulación? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué pariente(s) y de qué tipo? _____

¿Algún familiar se ha sometido a pruebas genéticas? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué parientes y cuáles fueron los resultados? _____

Familiar	Enfermedad	Tipo de cáncer, si corresponde	Edad al momento del diagnóstico	Causa de muerte
Padre				
Madre				
Hermanos				
Hijos				
Abuelo paterno				
Abuela paterna				
Abuelo materno				
Abuela materna				
Otros familiares				

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

SÍNTOMAS ACTUALES

Información general

- ☐ Cambio en el apetito
- ☐ Cambio en el peso
- ☐ Fatiga
- ☐ Debilidad generalizada
- ☐ Fiebre
- ☐ Escalofríos
- ☐ Sudoración nocturna
- ☐ Resfríos frecuentes

Ojos

- ☐ Anteojos/lentes de contacto
- ☐ Cambio en la visión
- ☐ Dolor de ojos
- ☐ Visión doble

Oídos, nariz, boca, garganta

- ☐ Problemas auditivos
- ☐ Hemorragias nasales
- ☐ Problemas sinusales
- ☐ Goteo posnasal
- ☐ Problemas dentales
- ☐ Dolor en la boca, la lengua o los labios
- ☐ Ronquera
- ☐ Dolor de garganta
- ☐ Sangrado de las encías

Corazón

- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Ritmo cardíaco irregular
- ☐ Pies o tobillos hinchados

Pulmones

- ☐ Tos persistente
- ☐ Tos con sangre
- ☐ Falta de aire
- ☐ Sibilancia
- ☐ Producción de esputo o flema
- ☐ Dificultad para respirar al recostarse

Musculoesquelético

- ☐ Dolor articular/artritis
- ☐ Debilidad muscular o articular
- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Dolor óseo
- ☐ Dolores musculares

Genitourinario

- ☐ Micción nocturna excesiva
- ☐ Micción diurna excesiva
- ☐ Inicio o detención lentos
- ☐ Filtración de orina
- ☐ Dolor/ardor al orinar
- ☐ Dolor pélvico
- ☐ Sangre en la orina

Solo hombres

- ☐ Infecciones de próstata
- ☐ Impotencia

Solo mujeres

- ☐ Secreción vaginal
- ☐ Sangrado vaginal
- ☐ Relaciones sexuales dolorosas
- ☐ Dolores menstruales

Digestivo

- ☐ Dificultad para tragar
- ☐ Acidez estomacal frecuente
- ☐ Eructos o exceso de gas
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Náuseas
- ☐ Vómitos
- ☐ Diarrea
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Heces negras
- ☐ Cambio en los hábitos intestinales
- ☐ Sangrado rectal
- ☐ Hemorroides

Endocrino

- ☐ Sofocos
- ☐ Intolerancia al calor
- ☐ Intolerancia al frío

Inmunológico

- ☐ Reacciones alérgicas graves
- ☐ Infecciones frecuentes o graves
- ☐ Alergias al polen/rinitis alérgica

Piel

- ☐ Erupción cutánea, urticaria o picazón
- ☐ Cambio de color
- ☐ Cambio en lunares o verrugas
- ☐ Llega que no se cura

Sistema nervioso

- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Mareos o vértigo
- ☐ Desmayos
- ☐ Convulsiones, crisis convulsiva o temblores
- ☐ Pérdida de la memoria
- ☐ Mala coordinación
- ☐ Debilidad de brazos o piernas
- ☐ Entumecimiento de brazos o piernas

Trastornos de la sangre

- ☐ Formación de moretones con facilidad
- ☐ Sangrado anormal
- ☐ Ganglios linfáticos agrandados
- ☐ Transfusiones de sangre

Psiquiátrico

- ☐ Trastorno de ansiedad
- ☐ Depresión profunda
- ☐ Problemas para dormir/insomnio
- ☐ Estrés laboral/familiar

Otro

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____