

Firma del proveedor: revisé personalmente la siguiente historia clínica.



INSTRUCCIONES: Marque si tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas.

**GENERALES:**

Pérdida de peso reciente sin razón aparente

**OCULARES:**

Visión doble

**CARDÍACOS:**

Dolor de pecho

**PULMONARES:**

Tos con sangre

**GI:**

Vómitos

**GU:**

Sangre en orina

**NEUROLÓGICOS:**

Pérdida del conocimiento

**PSIQUIÁTRICOS:**

Alucinaciones

**HEMATOLÓGICOS:**

Propensión a hemorragias

**DERMATOLÓGICOS:**

Erupción

Ninguno de los anteriores

Gracias por completar este cuestionario. Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los puntos anteriores, pregúntele al médico durante su cita.

Firma (paciente o tutor legal): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**CEDARS-SINAI**

MEDICAL GROUP

Pediatría y adultos; oídos, nariz y garganta  
Otorrinolaringología; cirugía de la cabeza y del cuello

**New Patient Information (Age 13 & Older) (SPA)**  
**Información del nuevo paciente (13 años o más)**

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

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) \_\_\_\_\_

Médico que lo derivó \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta \_\_\_\_\_

**Antecedentes personales y anamnesis (marque todos los que correspondan)**

- Reflujo gastroesofágico (Acid Reflux, GERD)       Cáncer (tipo y año) \_\_\_\_\_       Hepatitis       Migrañas
- Asma       EPOC/enfisema       Presión arterial alta       Osteoporosis
- Coágulos sanguíneos       Diabetes       VIH       Apnea del sueño
- Trastorno hemorrágico       Cardiopatía/neumopatía: \_\_\_\_\_       Apoplejía
- Otros \_\_\_\_\_

Cirugías anteriores (tipo y año aproximado) \_\_\_\_\_

Alergias (ambientales, a comidas o a medicamentos) \_\_\_\_\_

Medicamentos habituales y dosis \_\_\_\_\_

**Marque las casillas abajo si tiene antecedentes familiares de alguna de las siguientes enfermedades. Detalle qué familiar la tuvo.**

- Alergias \_\_\_\_\_       Trastorno hemorrágico \_\_\_\_\_       Cáncer \_\_\_\_\_      Tipo de cáncer \_\_\_\_\_
- Pérdida temprana de la audición \_\_\_\_\_       Cardiopatía \_\_\_\_\_       Migrañas \_\_\_\_\_       Tiroides \_\_\_\_\_
- Otras \_\_\_\_\_

**Antecedentes sociales**

- ¿Alguna vez fumó tabaco?       Sí       No      En caso afirmativo, \_\_\_\_\_ paquetes por día durante \_\_\_\_\_ años
- ¿Lo dejó?       Sí       No      En caso afirmativo, ¿hace cuánto? \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez consumió tabaco de mascar?       Sí       No
- ¿Bebe alcohol?       Sí       No      En caso afirmativo, \_\_\_\_\_ tragos al día/a la semana/al mes
- ¿Consumo alguna otra sustancia? \_\_\_\_\_

Eventos familiares importantes o viajes próximos \_\_\_\_\_

Cedars Sinai Medical Office West Tower  
8635 West 3rd Street Suite 590 W  
Los Angeles, CA 30048

Cedars-Sinai Medical Office East Tower  
8635 West 3rd Street, Suite 915 E  
Los Angeles, CA 90048

Cedars-Sinai Medical Marina Del Rey  
4676 Admiralty Way, Suite 301 Marina  
Del Rey, CA 90292

**New Patient Information (Age 12 & Under) (SPA)**  
**Información del nuevo paciente (hasta 12 años)**

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

Su nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Padres/tutores legales	Relación con el paciente	¿Tiene la custodia?
(1) _____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
(2) _____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Pediatra \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos \_\_\_\_\_

Alergias ambientales o a comidas \_\_\_\_\_

Medicamentos habituales y dosis \_\_\_\_\_

Otros medicamentos tomados en el último mes \_\_\_\_\_

Mencione todas las cirugías anteriores (tipo y año aproximado) \_\_\_\_\_

**Información del nacimiento**    Nacido a las \_\_\_\_\_ semanas    peso \_\_\_\_\_     Cesárea     Parto vaginal

¿Hubo complicaciones durante el embarazo o el parto? \_\_\_\_\_

¿Se examinó la capacidad auditiva del recién nacido?     Sí     No    **En caso afirmativo, el resultado fue:**     Positivo     Derivación

**Antecedentes personales y anamnesis (marque todos los que correspondan)**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo                | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Retraso del habla          | <input type="checkbox"/> Labio leporino o paladar hendido |
| <input type="checkbox"/> Internación en la UCIN | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides      | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado            |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías           | <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Otros problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme                |
| <input type="checkbox"/> ERGE/reflujo           | <input type="checkbox"/> Problemas renales      | <input type="checkbox"/> Migrañas                   | <input type="checkbox"/> Cáncer                           |
| <input type="checkbox"/> Otros _____            |   |   |   |

**Vacunas**     Recibió todas las vacunas recomendadas     Recibió algunas     No recibió ninguna

**Antecedentes familiares (marque todos los que correspondan)**

- |   |                                      |  |  |                                 |
|---|--------------------------------------|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Alergias    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Migrañas               | <input type="checkbox"/> Otros _____ |  |  |                                 |

**Antecedentes sociales**

¿Asiste a la guardería o a la escuela?     Sí     No    ¿Está expuesto al humo de segunda mano?     Sí     No

Familiares/hermanos (edades) \_\_\_\_\_

Luego de que la información anterior se haya transferido a su historia clínica electrónica, esta hoja de datos se destruirá de manera segura.

Cedars Sinai Medical Office West Tower  
8635 West 3rd Street Suite 590 W  
Los Angeles, CA 30048

Cedars-Sinai Medical Office East Tower  
8635 West 3rd Street, Suite 915 E  
Los Angeles, CA 90048

Cedars-Sinai Medical Marina Del Rey  
4676 Admiralty Way, Suite 301 Marina  
Del Rey, CA 90292



**CEDARS-SINAI**<sup>®</sup>  
MEDICAL GROUP

**A Notice to Our Valued Patients (SPA)**  
**Aviso para nuestros valiosos pacientes**

Es posible que, durante sus visitas al Departamento de Otorrinolaringología, su médico considere necesario usar endoscopios (instrumentos especiales con luz) como parte del examen. Esto le permitirá al médico examinar detalladamente la garganta y los senos nasales cuando sea necesario. Aunque es una práctica bastante habitual en nuestra especialidad, la mayoría de las compañías aseguradoras lo consideran una “cirugía” o un “procedimiento en el consultorio” y puede aparecer como tal en su factura o detalle de beneficios. Además, es posible que su médico también le diga que se haga una audiometría, también conocida como prueba de audición. Cada uno de estos servicios resultará en un cargo adicional y, por lo tanto, en una responsabilidad financiera adicional para usted. Queremos que esté al tanto de estos servicios para que no haya sorpresas ni preocupaciones después de que se vaya de nuestro consultorio.

Firme abajo para confirmar que recibió el aviso del consultorio sobre las endoscopías y audiometrías en el consultorio y que está al tanto de que pueden llegar a hacerse durante su consulta.

---

Paciente/tutor

---

Fecha