



(IMPRIMA Y COMPLETE TODOS LOS CAMPOS APLICABLES)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino / Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de inicio: _____ Teléfono celular: _____ Otro: _____

Seguro Social #: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Número del empleador: _____ Posición: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Referido por Médico: _____ Amigo: _____

Facebook Instagram TV Ad Radio Google Radio YouTube Valpak Yelp

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO:

Nombre del seguro: _____ #de membresía: _____ Grupo # _____

nombre de asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Nombre del asegurado: _____ #de membresía: _____ Grupo # _____

nombre de asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS

*POR FAVOR LEA E INICIALE A CONTINUACIÓN

_____ Por la presente autorizo al Dr. Vincent Nalbhone / Sinus Relief Center a realizar videollamadas de Telemedicina.

_____ Por la presente autorizo el tratamiento médico y reconozco plenamente que todas las visitas a la oficina se pagarán en su totalidad en el momento de la visita, a menos que mi seguro contrate lo contrario. Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre mi compañía de seguros y yo. Además, entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por mi seguro.

_____ Entiendo que los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Entiendo que se me cobrará \$25 por un no-show o cancelación no excusado dentro de las 24 horas de mi hora de cita. Si se requiere papeleo de FMLA o Discapacidad para mi condición, soy consciente de que habrá una tarifa de \$35. Por la presente reconozco que puedo solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA).

_____ Por la presente reconozco que he revisado el documento del Aviso HIPAA de prácticas de privacidad adjunto. Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso hipaa de prácticas de privacidad.

_____ En caso de incumplimiento de pago debido al Dr. Vincent Nalbhone, MD, acepto pagar los costos totales de cobro, incluidos los honorarios del abogado. Por la presente autorizo la presentación de cualquier seguro vigente y el pago directo al Dr. Vincent Nalbhone, MD de cualquier cantidad adeudada en mi reclamo. Además, autorizo a la oficina del Dr. Vincent Nalbhone, MD, a liberar todos y cada uno de los registros médicos pertinentes necesarios para facilitar la facturación del seguro o la atención médica; y autorizar al acreedor o agente superior a realizar cualquier verificación de seguro y liberación de toda la información necesaria para procesar reclamaciones. Por la presente autorizo a la oficina del Dr. Vincent Nalbhone, MD a recibir, enviar por correo, fax o correo electrónico mis registros médicos a otro médico o centro médico en el transcurso de mi diagnóstico y tratamientos.

Por la presente autorizo al Dr. Vincent Nalbhone, MD para discutir mi atención médica en detalle con (ENLISTE NOMBRES):

Guardián o Paciente **Nombre impreso:** _____

Guardián o Paciente **Firma principal:** _____ **Fecha:** _____

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Altura: _____

Por favor enliste cualquier medicamento que esté tomando actualmente a continuación (incluya vitaminas y suplementos):

1.	4.	7.	10.
2.	5.	8.	11.
3.	6.	9.	12.

Es alérgico a algún medicamento? No Sí, Lista: _____

Nombre de la farmacia: _____ **Dirección de farmacia:** _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ **Teléfono:** _____

HISTORIA PERSONAL

¿Alguna vez te operaron? No Sí, Lista: _____

¿Hospitalizaciones? No Sí, Lista: _____

¿Algún problema médico que corra en la familia? No Sí, Lista: _____

¿Fuma o mastica tabaco? No Sí bebe alcohol? No Sí usa otras drogas? No Sí

¿estas? soltero casado divorciado otro: _____

Vive en: Casa Apartamento Condominio Otro: _____

¿Es claustrofóbico? No Sí ¿Tiene metal en el cuerpo? No Sí

¿Ha viajado fuera del país recientemente? No Sí

(Circule si ha tenido o tiene actualmente alguno de los siguientes problemas)

Constitucional: fiebres / sudores / pérdida de peso / cambio de apetito

Ojos: nuevos problemas de visión / visión doble / cataratas

ENT: ordo / nariz / garganta

Hematológico/ Linfático : trastorno hemorrágicos / moretones fáciles

Cardiovascular: soplo / enfermedad cardíaca / ataque cardíaco / dolor en el pecho

Respiratorio: tos, asma / tuberculosis / dificultad para respirar / sibilancias

Gastrointestinal: náuseas / vómitos / diarrea / dolor abdominal / reflujo ácido / indigestión

Genitourinary: infecciones / dificultad para orinar / micción frecuente

Psiquiátrico: TDAH / ansiedad / depresión / drogodependencia

Endocrino: diabetes / problemas de tiroides

Alérgico/Inmunológico: problemas inmunológicos / alergia alimentaria / alergia al medio ambiente / eccema / VIH

Problema de la piel: infección de la piel / erupciones cutáneas / cambios en la piel / cáncer de piel

Musculoesquelético: artritis / dolor articular / problemas de movilidad

Neurológico: convulsiones / dolores de cabeza / vértigo / debilidad / accidente cerebrovascular / retraso en el desarrollo

Guardián o Paciente **Nombre impreso:** _____

Guardián o Paciente **Firma principal:** _____ **Fecha:** _____

Vincent Nalbone, M.D.

9111 W. Russell Rd., Ste. A, Las Vegas, NV 89148 | Teléfono: (702)312-3333 | Fax: (702)312-1144



9111 W. Russell Rd., Ste. A, Las Vegas, NV 89148 | Phone: (702) 312-3333 | Fax: (702) 312-1144

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Por favor, marque el medicamento que ha utilizado en el pasado:

Antihistamínicos:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Claritin (loratidine) | <input type="checkbox"/> Allegra (Fexofenadine) | <input type="checkbox"/> Zyrtec (cet irizine) |
| <input type="checkbox"/> Benadryl | <input type="checkbox"/> Clemastine (Tavist) | <input type="checkbox"/> Chlorpheniramine (Chlor-Trimeton) |
| <input type="checkbox"/> Clarinex | <input type="checkbox"/> Seldane | <input type="checkbox"/> Brompheniramine (Dimetane) |
| <input type="checkbox"/> Seldane | <input type="checkbox"/> Xyzal | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Descongestionantes

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sudafed | <input type="checkbox"/> Afrin | <input type="checkbox"/> Neosynephrine | <input type="checkbox"/> 4-Way nasal spray |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Enjuagues

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Saline spray | <input type="checkbox"/> Neti Pot | <input type="checkbox"/> Neil-Med Spray | <input type="checkbox"/> Ocean Spray |
| <input type="checkbox"/> Navage | <input type="checkbox"/> Water-Pik | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Aerosoles nasales

- | | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Flonase | <input type="checkbox"/> (Fluticasone) | <input type="checkbox"/> Nasacort | <input type="checkbox"/> Rhinocort |
| <input type="checkbox"/> Dymista | <input type="checkbox"/> Budesonide | <input type="checkbox"/> Veramyst | <input type="checkbox"/> Nasonex |
| <input type="checkbox"/> Astelin | <input type="checkbox"/> Beconase | <input type="checkbox"/> Vancenase | <input type="checkbox"/> Atrovent |
| <input type="checkbox"/> Azelastine | <input type="checkbox"/> Qnasal | <input type="checkbox"/> Nasarel | <input type="checkbox"/> Zetonna |
| <input type="checkbox"/> Nasalide | <input type="checkbox"/> Tri-Nasal | <input type="checkbox"/> Omnaris | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Antibióticos

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Amoxicillin | <input type="checkbox"/> Augmentin | <input type="checkbox"/> Zpack |
| <input type="checkbox"/> Omnicef (Cefdinir) | <input type="checkbox"/> Bactrim | <input type="checkbox"/> Doxycycline | <input type="checkbox"/> Clindamycin |
| <input type="checkbox"/> Cipro | <input type="checkbox"/> Levaquin | <input type="checkbox"/> Biaxin | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Otro

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Steroids | <input type="checkbox"/> Mucinex | <input type="checkbox"/> Robitussin | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |



Vincent Nalbone, M.D.

Ear, Nose, and Throat
Facial Plastic and Reconstructive Surgery

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR RECORDATORIOS DE CITAS

Al firmar a continuación, autorizo a Sinus Relief Center/Vegas ENT/Vincent Nalbone, MD, a enviar recordatorios de citas a través de mi dirección de correo electrónico, texto móvil SMS y llamadas de mensajería de voz a través de nuestra empresa de terceros eCW.

_____ (Iniciales del paciente) Consiente correos electrónicos, para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente.

El correo electrónico que autorizo a recibir mensajes de correo electrónico para recordatorios de citas es:

_____ (Iniciales del paciente) Consiente recibir mensajes de texto, para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente.

El número de teléfono móvil que autorizo a recibir mensajes de texto para recordatorios de citas es:

(____) _____ - _____

_____ (Iniciales del paciente) Consiente recibir llamadas de mensajería de voz, para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente.

El número de teléfono que autorizo a recibir llamadas de mensajería de voz para recordatorios de citas es:

(____) _____ - _____

MÉTODO PREFERIDO PARA RECIBIR RECORDATORIOS DE CITAS ES A TRAVÉS DE

- Recordatorios por correo electrónico
- Recordatorios de mensajería de texto
- Llamadas de mensajería de voz

Entiendo que esta solicitud de recibir correos electrónicos, mensajes de texto y/o llamadas de mensajería de voz se aplicará a todos los recordatorios de citas futuros a menos que solicite un cambio por escrito.

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA



El siguiente cuestionario está destinado a ayudar a definir sus síntomas y proporcionar información valiosa e informativa para su médico. Responda a las preguntas, calificando lo mejor de su capacidad los problemas que ha experimentado en las últimas dos semanas.

Prueba de resultados sino-nasales (SNOT-22)

Nombre: _____

Fecha: _____

1. Considere cuán grave es el problema cuando lo experimenta y con qué frecuencia sucede, por favor califique cada elemento a continuación sobre lo "malo" que es dando vueltas por el número que corresponde con cómo se siente usando esta escala.	No hay problema	Problema muy leve	Problema leve o leve	Problema moderado	Problema grave	Problema como peor puede ser	TOTAL	5 Problemas más importante
2. Marque los elementos más importantes que afectan a su salud (máximo de 5 elementos), columna derecha. ☐								
1. Necesidad de sonar la nariz☐	0	1	2	3	4	5		○
2. Bloqueo nasal / Congestión	0	1	2	3	4	5		○
3. Estornudos / Alergias	0	1	2	3	4	5		○
4. Nariz moqueada☐	0	1	2	3	4	5		○
5. Tos	0	1	2	3	4	5		○
6. Goteo post nasal, adolorando constantemente la garganta	0	1	2	3	4	5		○
7. Secreción nasal gruesa	0	1	2	3	4	5		○
8. Plenitud del oído	0	1	2	3	4	5		○
9. Mareos	0	1	2	3	4	5		○
10. Dolor de oído	0	1	2	3	4	5		○
11. Dolor/presión facial☐	0	1	2	3	4	5		○
12. Disminución del sentido del olfato/sabor☐	0	1	2	3	4	5		○
13. Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4	5		○
14. Despiértese por la noche tosiendo/asfixiando☐	0	1	2	3	4	5		○
15. Falta de sueño	0	1	2	3	4	5		○
16. Despierta cansado	0	1	2	3	4	5		○
17. Fatiga	0	1	2	3	4	5		○
18. Reducción de la productividad ☐	0	1	2	3	4	5		○
19. Reducción de la concentración☐	0	1	2	3	4	5		○
20. Frustrado/inquieto/irritable	0	1	2	3	4	5		○
21. Triste	0	1	2	3	4	5		○
22. Avergonzado☐	0	1	2	3	4	5		○

TOTAL:

¿Te han hecho pruebas de alergia antes? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados?
