



Bienvenido a PKDHC! Nuestro objetivo es ofrecer la mejor atención posible en un ambiente profesional y amigable.

Por favor revise el siguiente resumen de facturación y pago:

Pago:

Necesita pagar en el momento de servicio, a menos que otro acuerdo se haya hecho. Usted es responsable de todas las tarifas asociadas con la atención médica.

Información sobre seguros:

Si estamos cobrando a su seguro médico, por favor proporcione a la recepción cambios acerca de su seguro médico o cambios que se produzcan.

Co-Pagos:

Para las visitas de médicos, su co-pago se recoge en el momento del servicio. Usted será facturado por cualquier co-pago asociado a los servicios siguientes.

Control de Anemia

Infusiones de Hierro, Visitas en la Oficina con medicamentos inyectables

Ultrasonidos

De Riñones, Fístulas, Mapa de sus Venas

Servicios de Nutrición

Consultas con PKDHC Dietista (co-pago no aplicable)

Centro de Cirugía PKDHC

Procedimientos de Acceso de Diálisis

Investigación Clínica

CKD (Insuficiencia Renal Crónica), Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)

Gestión Trasplante

Referencia al Centro de trasplante a través de inmunosupresión mantenimiento y prevención de las complicaciones

Servicios Educativos

“Kidney Beginnings” Programa sobre la progresión y prevención de la enfermedad renal. Información sobre las modalidades de diálisis. (co-pago no aplicable)

Cobertura de Seguro Médico:

Cobertura de seguro médico no garantiza pago completo por los servicios recibido. Si su seguro médico no cubre el total usted será responsable de lo restante. Si desea obtener información acerca de su pago responsable de cualquiera de los servicios anteriores, incluyendo visitas consultorio médico, por favor póngase en contacto con nuestra oficina de facturación al 602-997-1098. Nuestro personal estará encantado de responder a sus preguntas.

Si podemos ayudar de cualquier manera, por favor, no tarde en preguntar, y le damos las gracias por elegir PKDHC para su atención médica.



A Nuestros Pacientes:

Gracias por elegir nuestro médico como su proveedor de nefrología. Una parte importante de su plan de cuidados es información sobre responsabilidad financiera en lo que se refiere su cuidado de nefrología. Nos gustaría compartir con ustedes nuestros procedimientos de cobranza de co-pago y co-seguro médico.

Como un proveedor contratado por la compañía de seguro médico, estamos obligados contractualmente a cobrar una parte de los pagos de usted. Estas partes pueden ser de dos tipos diferentes de pago:

Co-Pagos:

Como red de médicos de su seguro médico, estamos obligados a coleccionar el co-pago en el momento del servicio. Co-pagos generalmente se asocian con visitas médicas y son pagaderos en el momento de servicio.

Co-Seguro

Además de co-pagos, algunos seguros médicos tienen un co-seguro que se debe como parte de los servicios recibidos. Un procedimiento común que entregamos en nuestra oficina que está asociado un co-seguro es una inyección para anemia. Su co-seguro es debido en el momento de la inyección.

Portal de pacientes

El Portal del Paciente le da acceso seguro y conveniente a su información de salud. Pacientes pueden usar su portal para revisar, descargar, y transmitir su información de salud. También podrán enviar mensajes seguros a su doctor.

Estamos comprometidos a proporcionar servicios de alta calidad a nuestros pacientes y nos esforzamos por ofrecer la mejor comunicación posible con respecto a nuestros procedimientos de facturación.

Gracias por su cooperación en este asunto. Si tiene alguna pregunta relativa a este procedimiento, por favor no dude en ponerse en contacto con nuestro departamento de facturación 602-997-1098.

Pediatric Kidney Disease and Hypertension Centers, LLC.



Historial del Paciente Pediátrica

NOMBRE DEL PACIENTE:

DOB:

IDIOMA PREFERIDO:

NECESITA INTÉRPRETE? Sí No

NOMBRE DE FARMACIA/CALLES PRINCIPALES O ENCRUCIJADA:

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

TELÉFONO:

DIRECCIÓN DE MÉDICO PRIMARIO:

FAX:

RAZA/ETNIA

RAZA Afro-Americano Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Caucásico
 Hispano o Latino Nativos de Hawái o de las Islas del Pacífico Desconocido
 Negarse a contestar

ORIGEN ÉTNICO Hispano/Latino No hispano/Latino Negarse a contestar

LISTA DE MEDICAMENTOS

Por favor anote los nombres de los medicamentos que este tomado en este momento

NOMBRE Y FUERZA DEL MEDICAMENTO

FRECUENCIA DE MEDICAMENTO

NOMBRE Y FUERZA DEL MEDICAMENTO	FRECUENCIA DE MEDICAMENTO

Alergias a Medicamentos

Por favor anote los nombres de los medicamentos con alergia o reacción específica que usted ha tenido

NOMBRE DEL MEDICAMENTO

ALERGIA o REACCIÓN

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	ALERGIA o REACCIÓN

¿Ha tenido alguna reacción al recibir tinta de contraste oral o intravenoso?

No Sí por favor identifique reacción:

LAS ALERGIAS A LOS ALIMENTOS

Sírvase facilitar una lista de los alimentos con la alergia o reacción específica que han experimentado

ALIMENTOS

ALERGIA o REACCIÓN

ALIMENTOS	ALERGIA o REACCIÓN

****Por favor traiga una lista de sus medicamentos****

HISTORIA DE NSAID

¿Está o ha tomado cualquiera de los siguientes medicamentos en el pasado?

<input type="checkbox"/> Advil	<input type="checkbox"/> Aleve	<input type="checkbox"/> Aspirina/de Ecotrin	<input type="checkbox"/> El baclofeno
<input type="checkbox"/> Celebrex	<input type="checkbox"/> Celecoxib	<input type="checkbox"/> El ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Indometacina
<input type="checkbox"/> El meloxicam	<input type="checkbox"/> Midol-IB	<input type="checkbox"/> Mobic	<input type="checkbox"/> Motrin
<input type="checkbox"/> Naprosyn	<input type="checkbox"/> Naproxeno	<input type="checkbox"/> Toradol	

Tylenol y Extra Strength Tylenol es el medicamento de elección para el manejo del dolor para las personas con problemas de riñón

HISTORIAL MÉDICO			
RENAL (riñón) -HIPERTENSIÓN-DIABETES			
¿Tiene una historia de enfermedad renal? No Sí (<input type="checkbox"/> marque todas las que correspondan por la parte inferior)			
Nombre	Fecha Diagnosticado	Nombre	Fecha Diagnosticado
<input type="checkbox"/> Anemia Crónica		<input type="checkbox"/> La glomerulonefritis crónica	
<input type="checkbox"/> Anemia, deficiencia de hierro		<input type="checkbox"/> Nefritis intersticial	
<input type="checkbox"/> Cálculos Renales		<input type="checkbox"/> Nefritis lúpica	
<input type="checkbox"/> Displasia enquistada		<input type="checkbox"/> Nefropatía por IgA	
<input type="checkbox"/> Enfermedad poliquística del riñón		<input type="checkbox"/> Nefropatía Membranosa	
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica		<input type="checkbox"/> Proteinuria (proteína en orina)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal en estado terminal		<input type="checkbox"/> Quiste renal (s)	
<input type="checkbox"/> Glomerulonefritis - FSGN		<input type="checkbox"/> Riñón solitario	
<input type="checkbox"/> Glomerulonefritis (GNRP)		<input type="checkbox"/> Síndrome nefrótico	
<input type="checkbox"/> Hipertensión o Presión Arterial Alta		<input type="checkbox"/> Tumor del rinones	
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal aguda			
ENDOCRINO			
<input type="checkbox"/> Aldosterona Desequilibrio - Alta		<input type="checkbox"/> Diabetes, Tipo 1	
<input type="checkbox"/> Aldosterona Desequilibrio - Baja		<input type="checkbox"/> Diabetes, Tipo 2	
<input type="checkbox"/> Desequilibrio Tiroides - Alta		<input type="checkbox"/> Paratiroides Hiperactiva	
<input type="checkbox"/> Desequilibrio Tiroides - Baja		<input type="checkbox"/> Tumor de la glándula suprarrenal	
DESEQUILIBRIO DE electrolitos			
<input type="checkbox"/> Calcio - Alto		<input type="checkbox"/> Potasio - Bajo	
<input type="checkbox"/> Potasio - Alto		<input type="checkbox"/> Magnesio - Bajo	
<input type="checkbox"/> Magnesio - Alto		<input type="checkbox"/> Sodio - Bajo	
<input type="checkbox"/> Sodio - Alto		<input type="checkbox"/> Fosfatemia - Baja	
<input type="checkbox"/> Fosfatemia - Alta		<input type="checkbox"/> Trastorno Metabólico	
<input type="checkbox"/> Calcio - Bajo			
CORAZÓN			
<input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita			
<input type="checkbox"/> Soplo en el corazón			
<input type="checkbox"/> Hipertrofia ventricular izquierda			
Nombre del cardiólogo:			
VASCULAR			
<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (coágulos sanguíneos)/ trastorno en la coagulación			
<input type="checkbox"/> Uso de anticoagulants?			
PULMONAR/PULMONES			
<input type="checkbox"/> Asma			
<input type="checkbox"/> Apnea Obstructiva del Sueño			
<input type="checkbox"/> Fiebre del Valle			
<input type="checkbox"/> Tuberculosis			
GASTROINTESTINAL			
<input type="checkbox"/> Colon Úlceras/Colitis			
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Reflujo gástrico esofágico (ERGE).			
<input type="checkbox"/> Síndrome de intestino irritable (SII)			



HISTORIAL QUIRÚRGICO	
Nombre	Fecha de la Cirugía
<input type="checkbox"/> Ablación renal	
<input type="checkbox"/> Adenoidectomía	
<input type="checkbox"/> AICD implante (desfibrilador)	
<input type="checkbox"/> Ampliación vesical	
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	
<input type="checkbox"/> Angiograma de la arteria renal	
<input type="checkbox"/> Apéndice Cirugía	
<input type="checkbox"/> Arteria renal Angioplastia	
<input type="checkbox"/> Biopsia del riñón	
<input type="checkbox"/> Cancer extraccion, especificar el tipo:	
<input type="checkbox"/> Cateterización del corazón	
<input type="checkbox"/> Cateter hemodiálisis	
<input type="checkbox"/> Catéter Peritoneal	
<input type="checkbox"/> Cecostomía	
<input type="checkbox"/> CIE/Marcapasos	
<input type="checkbox"/> Cirugía a corazón abierto	
<input type="checkbox"/> Cirugía de la hernia	
<input type="checkbox"/> Cirugía de ojo	
<input type="checkbox"/> Cirugía ortopedica	
<input type="checkbox"/> Cirugía de paratiroides	
<input type="checkbox"/> Cirugía Suprarrenal	
<input type="checkbox"/> Cirugía de tiroides	
<input type="checkbox"/> Cirugía Vascular	
<input type="checkbox"/> Cistoscopia	
<input type="checkbox"/> Colostomia	
<input type="checkbox"/> Extirpación del Riñón	
<input type="checkbox"/> Fístula AV, Ubicación: Año:	
<input type="checkbox"/> Intervención coronaria percutanea	
<input type="checkbox"/> Metal en cuerpo, donde?	
<input type="checkbox"/> Mitrofanoff	
<input type="checkbox"/> Nefrostomía	
<input type="checkbox"/> Piedra en el riñón (litotricia)	
<input type="checkbox"/> Revisión La vejiga (RTUV-T)	
<input type="checkbox"/> Sonda de gastrostomía (G-Tubo)	
<input type="checkbox"/> Stent Ureteral	
<input type="checkbox"/> Tubo gastroyeyunal (GJ-Tubo)	
<input type="checkbox"/> Trasplante de Corazón - Instalación:	
<input type="checkbox"/> Trasplante de Hígado:	
<input type="checkbox"/> Trasplante de Riñón: Tipo de Trasplante: <input type="checkbox"/> viviendo relacionados o no relacionado <input type="checkbox"/> cadavérico/ fallecido <input type="checkbox"/> izquierdo/derecho ¿En cuál hospital ocurrió la cirugía de trasplante?	



Dieta/Acividad	
Dieta: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Vegano <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Carbohidrato <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Cardíaco <input type="checkbox"/> Sin Gluten <input type="checkbox"/> Específico	
Consumo de cafeína: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Abundante	
Nivel de ejercicio: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Abundante	
Juegas algún deporte: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, que deportes?	
¿En que grado está en la escuela?	

HISTORIA SOCIAL	
Tabaquismo: <input type="checkbox"/> Cada día fumador: paquetes fumados por día _____ Año: _____ <input type="checkbox"/> Algún día fumador: paquetes por semana _____ Año: _____ <input type="checkbox"/> Fumador en el pasado: comenzó el año: _____ años fuma: _____ Paquetes fumados por día _____ <input type="checkbox"/> Nunca ha fumado <input type="checkbox"/> Intenso de tabaco usado: comenzó el año: _____ <input type="checkbox"/> fumando mínimo usuario: comenzó el año: _____	
Consumo de Alcohol: <input type="checkbox"/> No hay antecedentes de consumo de alcohol <input type="checkbox"/> Actualmente consume alcohol (cantidad y frecuencia): _____ <input type="checkbox"/> Antiguo Bebedor: sobria desde: _____ cantidad anterior y frecuencia: _____ <input type="checkbox"/> Alcohólica en Recuperación: sobria desde: _____ cantidad anterior y frecuencia: _____ <input type="checkbox"/> Rehabilitación: Año que recibió tratamiento para el abuso de alcohol: _____	
El uso indebido de drogas: <input type="checkbox"/> No hay antecedentes de uso de drogas ilícitas <input type="checkbox"/> Uso actual: Tipo de droga _____, frecuencia: _____ Fechas/años de uso _____ <input type="checkbox"/> Uso anterior: Tipo de droga _____, frecuencia: _____ Fechas/años de uso _____ <input type="checkbox"/> Rehabilitación: año que recibió tratamiento para el uso indebido de drogas: _____	
¿Claustrofobia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Estado civil de padres: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solo, nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja domestica	
Con quien vive: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Parientes <input type="checkbox"/> Padres adoptivos <input type="checkbox"/> Padres de crianza <input type="checkbox"/> Otro	

HISTORIA FAMILIAR				
Adoptivo, Historia Familiar desconocida <input type="checkbox"/>				
	Vida	Fallecido	Edad al momento de Muerte	Causa de Muerte
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sírvase indicar si un miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes:					
	Padre	Madre	Los Hermanos	Los niños	Otros (identificar)
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Alta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal (identifica el tipo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasplante de Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteína en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer (identificar el tipo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PKDHC ha adoptado normas relativas a ciertas preguntas contenidas en este formulario. Para ayudar a nuestros pacientes comprender mejor algunas de estas normas, la siguiente información puede ser útil.

La diferencia entre raza y etnicidad	
Raza	Raza es un indicio de la herencia con la que se ha nacido, independientemente de su ubicación o comportamiento aprendido. Raza no puede ser alterada.
Origen étnico	La etnia es acerca del conocimiento comportamientos culturales celebrado en todas las regiones del mundo. Origen étnico puede ser alterada o imitaba a través de las distintas opciones y creencias.
Fuente: http://www.differencebetween.net/science/nature/difference-between-ethnicity-and-race	

Guía de Referencia de Raza	
Indios Americanos o nativos de Alaska	Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluyendo América Central), y que mantiene afiliación tribal o compromiso de la comunidad.
Asia	Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam
Negros o afroamericanos	Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros De África. Términos como "Haitiano" se pueden utilizar además de "negros".
Hispano o Latino	Una persona de Cuba, México, Puerto Rico, del Sur o Central American, o de otra cultura u origen Español, independientemente de la raza. El término "origen Español", se pueden utilizar además de "hispano o latino".
Nativos de Hawái o de otras islas del Pacífico	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa, o de otras islas del Pacífico.
Blanco	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el medio Oriente, o en el Norte de África.

Guía de Referencia del Tabaquismo	
Cada día fumador actual	Una persona que ha fumado al menos 100 cigarrillos durante su vida y todavía fuma regularmente cada día.
Algún día fumador actual	Una persona que ha fumado al menos 100 cigarrillos durante su vida y todavía fuma periódicamente, pero constantemente.
Fumador en el pasado	Una persona que ha fumado al menos 100 cigarrillos durante su vida, pero no fuman actualmente.
Nunca Fumador	Un individuo que no haya humo 100 o más cigarrillos durante su vida.
Fumador empedernido, se desconoce la situación actual	Una persona que ha fumado al menos 100 cigarrillos durante su vida, pero si en la actualidad sigue fumando es desconocido.
Sabe si alguna vez ha fumado	Desconoce si el individuo ha fumado alguna vez.
Persona fumadora pesada	Una persona que fuma más de 10 cigarrillos por día, o un equivalente (pero menos definir concretamente) la cantidad de humo de cigarro o. Esta opción también se puede seleccionar para identificar tabaco de mascar.
Fumador de tabaco	Una persona que fuma menos de 10 cigarrillos al día, o un equivalente (pero menos definir concretamente) la cantidad de humo de cigarro o. Esta opción también se puede seleccionar para identificar tabaco de mascar.
Fuente: Centro de Control de Enfermedades (CDC, siglas en ingles www.cdc.gov/nchs/nhis/tobacco/tobacco_recodes.htm)	