

Oficina de Sub-Especialistas Pediátricos

Dra. Iona K. Malinow Maceo
Alergista Pediátrica

REGISTRO DE VISITAS (PACIENTE)

Nombre del Paciente

Número de Expediente

Nombre del Padre, Madre y/o Encargado

Plan Médico

Fecha del Servicio	Firma del Padre, Madre y/o Encargado

Oficina de Sub-Especialistas Pediátricos

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Fecha: _____

Núm. Expediente: _____

Nombre del Paciente: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Lugar de Nacimiento: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono Celular: _____

Nombre de la Madre: _____ Lugar de Empleo: _____

Nombre del Padre: _____ Lugar de Empleo: _____

Teléfono Trabajo (madre): _____ Teléfono Trabajo (padre): _____

Plan Médico: _____ Asegurado Principal: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Núm. de Contrato del Asegurado: _____

Nombre del familiar más cercano en caso de emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

Referido por: _____ Teléfono: _____

Dirección del Médico que refiere: _____

Nombre de la Escuela: _____

Grado: _____ Teléfono: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y/O ALIMENTOS: _____

CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIPAA)

Nombre del Paciente

Número de Expediente

Tengo la obligación de proteger la privacidad de la información médica suya o de su hijo(a). Usted tiene ciertos derechos tales como ver y recibir copia de su expediente médico, pedir correcciones o cambios al expediente, pedir una lista de divulgaciones de información médica fuera de la oficina, solicitar que se limite el uso de su información médica, presentar quejas relacionadas con la privacidad de la información médica.

Con el fin de asegurarle los mejores servicios posibles, es necesario utilizar parte de su información médica para propósitos de tratamiento, pago y operaciones que tengan con relación a sus cuidados médicos, para la enseñanza del personal y estudiantes, para llevar a cabo investigaciones aprobadas por una Junta de Revisión Institucional, la cual ha establecido protocolos para proteger dicha información y otros fines dispuestos o permitidos por ley o por medio de autorización escrita. La Ley dispone protección adicional para ciertas clases de información médica, incluyendo enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo, drogadicción y expedientes psiquiátricos.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento mediante una solicitud por escrito. De usted revocar este consentimiento, nos prohíbe el uso de su información médica para los propósitos antes descritos. Sin embargo, no podemos retractarnos de aquella información utilizada cuando se tomó previa acción mediante consentimiento.

Certifico que he leído y entendido los términos aquí descritos, que estoy de acuerdo con los mismos y que autorizo a la Dra. Iona K. Malinow Maceo a proveerme los servicios médicos bajo estas condiciones.

Nombre del Paciente

Firma Padre, Madre y/o Encargado

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Mi servicio se limita a la práctica ambulatoria de alergia e inmunología en consultoría. Es imprescindible que cada paciente tenga un médico primario de cabecera (Generalista, Internista, Pediatra o Médico de Familia) el cual será responsable de la salud general del paciente.

Usted entiende que para propósitos de diagnóstico puede ser necesario someterse a pruebas de alergia que se realizan en la oficina. Además, de tratamiento con fármacos, puede ser necesario el tratamiento con inmunoterapia o vacunas de alergia.

Certifico que estoy de acuerdo con los términos aquí descritos y autorizo a la Dra. Iona K. Malinow a proveerme servicios médicos, pruebas diagnósticas y tratamiento bajo estas condiciones.

Nombre del Paciente

Firma Padre, Madre y/o Encargado

Fecha

HOJA DE INSTRUCCIONES Y CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE ALERGIA EN LA PIEL

Las pruebas de alergia identifican la presencia de un anticuerpo específico en contra de una sustancia extraña al cuerpo. La prueba consiste en la introducción de pequeñas cantidades de sustancias sospechosas o alérgenos a la piel notando desarrollo (que consiste de hinchazón o un levantamiento en la piel y/o un enrojecimiento). Los resultados leídos de 15 a 20 minutos después de la aplicación de los alérgenos. Estas reacciones positivas desaparecerán en un periodo de 30 a 60 minutos y no necesitan ningún tratamiento. Ocasionalmente puede presentar una hinchazón local en el sitio de la prueba entre 4 a 8 horas y estas reacciones no son serias y desaparecerán dentro de más o menos una semana. La interpretación del resultado de estas pruebas requiere de destrezas para poder relacionar el resultado de la prueba con el historial clínico. A veces, las pruebas positivas no se relacionan con el historial clínico del paciente.

Tres (3) días antes de las pruebas no se deben tomar antihistamínicos, que están presentes en medicinas para el catarro y para alergias, ya que anulan el resultado de las pruebas. Puede seguir utilizando descongestionantes, aerosoles nasales, inhaladores para el asma. De tener alguna duda, favor preguntar si puede seguir tomando sus medicamentos.

Favor de informar al médico o a la enfermera: si está utilizando beta-bloqueadores, si está embarazada, si tiene fiebre o broncoespasmo o de cualquier malestar en general que tenga el día de las pruebas.

Ocasionalmente, las pruebas de alergia causan reacciones que requieren tratamiento de inmediato. Estas reacciones pueden incluir: picor en los ojos, nariz, garganta, congestión nasal, gotereo nasal, presión en el pecho, broncoespasmo, náuseas, vómitos, urticaria, shock. Estas reacciones ocurren muy raras veces y en caso de que ocurran, nuestro personal se encuentra completamente capacitado y entrenado para atenderle, también contamos con el equipo de emergencia disponible.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO LAS INSTRUCCIONES, MIS PREGUNTAS SE HAN CONTESTADO Y CONSIENTO AL PROCEDIMIENTO DE LAS PRUEBAS DE ALERGIA.

Nombre del Paciente

Firma Padre, Madre y/o Encargado

Fecha