



## Información y Consentimiento de la Ley de Privacidad de HIPAA

Por favor marque una de las siguientes casillas para la divulgación de información médica:

**Solo** divulguen información a mí:  Sí  No

Divulguen información a personas adicionales:  Sí  No

### Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Podemos comunicarnos con usted por teléfono?  Sí  No

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico?  Sí  No

¿Podemos dejarle un mensaje/correo de voz cuando le llamemos por teléfono?  Sí  No

¿Podemos hablar de su afección médica con alguien aparte de usted, el paciente?  Sí  No

Si contestó que sí, por favor apunte el/los nombre(s) de la(s) persona(s) que usted autoriza para recibir información médica:

**Las siguientes personas pueden recibir consultas sobre información médica específica:**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número de contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Divulguen información especificada (Apunte todo o especifique): \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número de contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Divulguen información especificada (Apunte todo o especifique): \_\_\_\_\_

### **Debe apuntar nombres adicionales en un formulario adicional**

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Acuse de recibo de aviso de prácticas de privacidad

Healthcare Associates of Texas reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso. He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del tutor legal (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

*Requerido si el paciente es un menor de edad o un adulto que no es capaz de firmar este formulario.*

**La firma de acuse de recibo del Aviso HIPAA se vence un año después de la fecha firmada en este formulario.**



## Registro de Paciente - Consentimiento para Tratamiento

Este formulario debe ser completado antes de ver al médico para asegurarse de registros precisos para su registro médico y procurar el pago de su compañía de seguro médico. Los arreglos de pago deben hacerse en el momento de los servicios.

Uso exclusivo de HCAT: Número del expediente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Información del paciente

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Dirección residencial (si es diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_

### Información de seguros - Por favor entregarle su tarjeta de seguro a la recepcionista

Seguro primario: (El suscriptor es la persona que es el titular de la póliza)

Titular de la póliza/Nombre del suscriptor (si es diferente del paciente): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Relación del paciente con el tenedor/suscriptor de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de médico de atención primaria si aparece en la tarjeta de seguro: \_\_\_\_\_

Seguro secundario:

Titular de la póliza/Nombre del suscriptor (si es diferente del paciente): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Relación del paciente con el tenedor/suscriptor de la póliza: \_\_\_\_\_

### Información de contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_



**Información del proveedor o del médico que hace la referencia**

¿A qué médico o proveedor viene a ver? \_\_\_\_\_

Nombre/número del médico que hace la referencia: \_\_\_\_\_

**Información adicional**

Empleador/Ocupación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto del empleador: \_\_\_\_\_

¿Es empleado de Healthcare Associates o miembro de familia de un empleado?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿con quién está relacionado y cómo está relacionado?: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros?  Anuncio en Google  Búsqueda en Google  Social  
 Amigo de la familia  Otro médico  Proveedor de seguros

*Yo autorizo la divulgación de mi información médicamente necesaria para procesar esta solicitud para el pago de beneficios de seguro a HCAT. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos que no cubre mi seguro, incluyendo procedimientos no cubiertos. También entiendo que, si la información del seguro que proporcione no es correcta, esto podría ocasionar que mis reclamaciones no fueran procesadas por la compañía de seguros correcta y seré responsable de todos los cargos. Doy mi consentimiento para el tratamiento según lo consideren necesario los proveedores y empleados de HCAT.*

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente (Tutor)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha



### Formulario de Antecedentes del Paciente

Este es un registro confidencial.

La información incluida aquí no será divulgada a nadie sin la autorización de usted para ello.

La fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Medicinas de receta actuales:  Ninguna

Nombre del medicamento	Dosis MG	# Comprimidos	#Veces/Día	Nombre del medicamento	Dosis MG	# Comprimidos	#Veces/Día
1. _____	_____	_____	_____	4. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	5. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	6. _____	_____	_____	_____

### Antecedentes médicos, familiares y sociales

Enumere toda enfermedad personal y/o cirugía en el pasado y cuando ocurrió.

Enfermedad o cirugía	Fecha	Enfermedad o cirugía	Fecha
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- ¿Usa tabaco?  Nunca  Ocasionalmente  Diario
- Tipo de tabaco que usa:  Rapé  De polvo  Cigarrillos  Puro  Pipa  Cigarrillos electrónicos
- ¿Usa alcohol?  Nunca  Ocasionalmente  Diario  Cerveza  Vino  Bebidas alcohólicas fuertes
- ¿Uso de drogas ilegales?  Nunca  Ocasionalmente  Diario

Enumere todas las enfermedades crónicas en su familia cercana (ej., diabetes, tuberculosis, cáncer de mama, enfermedad cardíaca, etc.)	Parentesco
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Última mamografía: \_\_\_\_\_ Última citología: \_\_\_\_\_ Último examen PSA o de próstata: \_\_\_\_\_

Última prueba de densidad ósea: \_\_\_\_\_ Última prueba de estrés: \_\_\_\_\_ Último ECG: \_\_\_\_\_

Última colonoscopia: \_\_\_\_\_

¿Lleva alguna dieta especial?  Sí  No (En caso afirmativo, explique): \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio regularmente?  No  Diario  Semanal  Otro: \_\_\_\_\_



---

¿Tiene alergias?  Sí  No (En caso afirmativo, explique): \_\_\_\_\_

---

¿Instrucciones anticipadas sobre atención médica?  Sí  No (Testamento vital)

Hepatitis A, B, C \_\_\_\_\_ Riesgos

Exposición a la hepatitis:  Sí  No

¿Tatuajes?  Sí  No

¿Transfusión de sangre antes de 1992?  Sí  No

Inmunizaciones (fecha)

Gripe: \_\_\_\_\_

Pulmonía: \_\_\_\_\_

Difteria/Tétano: \_\_\_\_\_

Culebrilla: \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Repaso de sistemas

¿Conoce o ha tenido cualquier problema con los siguientes sistemas? Marque **Sí** o **No**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Síntomas constitucionales**

- Fiebre  Sí  No
- Escalofrío  Sí  No
- Dolor de cabeza  Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

**Ojos**

- Visión borrosa  Sí  No
- Visión doble  Sí  No
- Dolor  Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

**Alergénicos/Inmunológicos**

- Fiebre del heno  Sí  No
- Alergias a medicamentos  Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

**Neurológicos**

- Temblores  Sí  No
- Mareos  Sí  No
- Entumecimiento/hormigueo  Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

**Endocrinos**

- Sed excesiva  Sí  No
- Demasiado caliente/frío  Sí  No
- Cansado/lento  Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

**Gastrointestinales**

- Dolor abdominal  Sí  No
- Náuseas/vómitos  Sí  No
- Indigestión/acidez  Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

**Cardiovasculares**

- Dolor torácico:  Sí  No
- Venas varicosas:  Sí  No
- Presión alta:  Sí  No

**Último examen de la vista y dental**

- Último examen de la vista - Fecha:
- Último examen dental - Fecha:

**Dolor**

- ¿Tiene dolor?  Sí  No
- ¿Se controla de manera adecuada?  Sí  No

**Tegumentarios**

- Erupción cutánea  Sí  No
- Forúnculos  Sí  No
- Picazón persistente  Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

**Óseomusculares**

- Dolor de articulaciones  Sí  No
- Dolor de cuello  Sí  No
- Dolor de espalda  Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

**Oído/Nariz/Garganta/Boca**

- Infección del oído  Sí  No
- Dolor de garganta  Sí  No
- Problema de los senos  Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

**Genitourinarios**

- Retención de orina  Sí  No
- Micción dolorosa  Sí  No
- Frecuencia urinaria  Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

**Respiratorios**

- Sibilancia  Sí  No
- Tos frecuente  Sí  No
- Falta de aliento  Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

**Hematológicos/Linfáticos**

- Glándulas hinchadas  Sí  No
- Problema con la coagulación de la sangre  Sí  No
- Otros: \_\_\_\_\_  Sí  No

**Psicológicos**

- ¿Está satisfecho por lo general con su vida?  Sí  No
- ¿Se siente gravemente deprimido?  Sí  No
- ¿Ha considerado el suicidio?  Sí  No

**Antecedentes sexuales**

- ¿Tiene relaciones sexuales?  Sí  No
- ¿Cambio en la libido?  Sí  No
- ¿Desempeño sexual satisfactorio?  Sí  No
- Otros (p.ej., trauma sexual)  Sí  No

Uso exclusivo del médico: (comentarios/notas): \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Política Financiera

Healthcare Associates of Texas, Healthcare Associates of Irving, Boardwalk Diagnostics, Boardwalk Pharmacy, Boardwalk Physical Medicine, y Smart New You ("Proveedor") reconocen la necesidad de que haya un entendimiento claro entre nuestros pacientes y sus proveedores de atención médica en relación a la información médica protegida y las políticas financieras relacionadas con la prestación de los servicios de atención médica. Nos dedicamos a ofrecer la mejor atención posible para usted y la información a continuación se provee para evitar malos entendidos con respecto a nuestras políticas financieras y la información médica protegida asociada.

**1. Pagos:** El pago vence en el momento de su visita. El pago incluye todo importe adeudado por copagos, coseguro, deducibles no satisfechos, cargos no cubiertos y todo saldo de visitas anteriores. Si usted no tiene seguro, o si su cobertura actualmente está sujeta a una cláusula de afección preexistente, el pago completo vence en el momento de la visita. Exigimos que presente su tarjeta de ID de seguro y licencia de conducir al registrarse debido a la frecuencia cada vez mayor del robo de identidad.

**2 Seguro:** Somos proveedores participantes, dentro de la red de la mayoría de los planes de seguros. Recuerde que su seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Es responsabilidad suya verificar que somos proveedor participante ("dentro de la red") para su seguro. También es responsabilidad suya entender cuáles son los servicios que permite su cobertura de seguro, así como la responsabilidad financiera que pudiera tener por dichos servicios. Si su plan de seguro requiere la autorización de una referencia de su proveedor de atención primaria, presente dicha autorización antes de recibir los servicios o al registrarse. Haremos nuestra mejor estimación del importe que adeude por cada visita antes de su llegada; sin embargo, todo importe contractual no pagado por su seguro será responsabilidad suya. Si su compañía de seguros no le paga al proveedor dentro del plazo de 60 días de la recepción de una reclamación limpia, el saldo será responsabilidad suya. Si posteriormente recibimos el pago de su asegurador, le reembolsaremos todo pago en exceso, menos cualquier saldo pendiente del paciente.

**3. Seguro secundario:** El Departamento de Seguros de Texas requiere que el paciente provea al proveedor cobertura de seguro secundario, si corresponde. El paciente acepta proveer dicha información. El paciente acepta notificarle al proveedor de cualquier adición, cambio o eliminación en el futuro de la cobertura de seguro primario o secundario.

**4. Pago oportuno:** Si no cuenta con cobertura de seguro, esté preparado para pagar la totalidad de sus servicios en cada visita. Comprendo que lo que se cobre en un principio solo es una estimación y que puedo recibir una factura.

**5. Cheques devueltos:** Los cheques devueltos y los pagos bloqueados incurrirían un cargo de servicio de \$30 y están sujetos a la actividad de cobranzas. Se le exigirá que lleve dinero en efectivo, fondos certificados o un giro postal para cubrir el importe del pago, más el cargo de servicio, antes de recibir los servicios de nuestro personal o nuestros médicos. Los pagos bloqueados constituyen una violación de nuestras políticas de pagos y los cheques sin fondos están sujetos a prosecución en el condado de Dallas.

**6. Principios contables:** Los pagos y los créditos de los pacientes para saldos existentes se aplican primero a los cargos más antiguos del garante.

**7. Cargo por formularios:** El completar los formularios como los de atención a largo plazo, seguro de vida y de la Ley de Permisos Familiares y Médicos (FMLA) (\*Formularios administrativos) requiere de tiempo considerable para el personal de oficina y tiempo alejado de la atención a los pacientes para nuestros médicos. El proveedor cobra un cargo por trámites de \$25 por formularios y un cargo por completar el formulario de \$5 por página (máximo de \$50 por formulario) para los Formularios administrativos. El pago vence en el momento de la solicitud. El proveedor cobrará un cargo adicional por los formularios asociados con exámenes especiales como de determinación de discapacidad para escuela, campamento o la participación en los deportes.

**8. Copiado de registros médicos:** El proveedor no cobrará por la transferencia de registros médicos directamente al consultorio de otro médico. El proveedor cobra \$6.50 por los primeros (20) páginas y \$0.50 por página adicional para solicitudes de copiar y proporcionar los registros médicos para usted en forma impresa. El proveedor contará con 15 días hábiles para copiar los registros antes de ponerlos a la disposición del paciente para que los recoja. Estos 15 días hábiles comenzarán después de haber recibido el pago del copiado y después de que el paciente haya firmado el Formulario de autorización de divulgación de registros. Para obtener una copia electrónica de sus registros médicos, el proveedor cobrará \$25.00 por las primeras 500 páginas.



9. **Oficina de facturación:** Si tiene alguna pregunta sobre sus estados de facturación, nuestro personal de cuentas por cobrar está a su disposición para ayudarle. Llame al 972-258-7499 si tiene alguna inquietud sobre la facturación.
- a. Nota: Si usted es paciente en nuestras clínicas Bedford o Euless, llame al 817-358-5800
10. **Cancelaciones o citas perdidas:** Si usted no cancela su cita con al menos 24 horas de antelación o si falta a la cita, lo podremos cobrar un cargo de \$50 por cita perdida. En caso de múltiples cancelaciones de citas o faltas a la cita, se podrá dar de baja al paciente de nuestra práctica.
11. **Responsabilidad del pago:** Comprendo que soy responsable financieramente ante el proveedor de los cargos no cubiertos por la asignación de beneficios del seguro. Si no mantiene al corriente el saldo de su cuenta podrá ser necesario que cancelemos o reprogramemos su cita.
12. **Asignación de beneficios de seguro:** Autorizo al proveedor que presente las reclamaciones de parte mía directamente a Medicare/Medicaid/mi asegurador de seguro de salud privado. El proveedor cobrará los suministros y los servicios prestados. Comprendo que soy responsable financieramente ante el o los proveedor(es) por los cargos no pagados o no pagaderos.
13. **Divulgación de información:** Autorizo y dirijo al proveedor que divulgue a las agencias gubernamentales, aseguradores u otras partes que sean responsables financieramente de tal atención profesional y médica, toda la información necesaria para corroborar las reclamaciones y el pago.
14. **Cargos por cobranza:** Comprendo que si mi cuenta ha pasado al área de cobranzas, todo cargo adicional incurrido debido a ello, se añadirá a mi saldo pendiente, incluidos pero no limitados a los cargos por pago tardío, cargos de agencias de cobranzas, costos de tribunales, intereses y multas. Comprendo que el pago de la totalidad de estos cargos adicionales será responsabilidad mía.
15. **Hijos de padres separados o divorciados:** Al firmar a continuación, el padre/madre o el tutor que firme por un hijo menor en la visita inicial a nuestro consultorio acepta la responsabilidad del pago de la visita. El proveedor no es responsable de enviar facturas o registros al otro padre/madre/tutor. Hablaremos acerca del tratamiento y el pago con el padre/madre o tutor que firme por el paciente. Los padres y/o tutores son responsables de comunicarse entre sí acerca de asuntos relacionados con el tratamiento y el pago.
16. **Consentimiento para tratamiento:** Acepto el tratamiento que consideren necesario los proveedores y empleados de HCAT.

**He leído y comprendo la política financiera del proveedor y acepto acatar sus términos.**

**Asimismo, comprendo y acepto que el proveedor podrá modificar estos términos de vez en cuando.**

---

Firma del paciente (o garante, si corresponde)

---

Fecha





## Información de Examen Físico y de Atención de Bienestar de HCAT

Se alienta enérgicamente los exámenes físicos/de bienestar anuales, especialmente en los adultos mayores a los 40 años de edad. Los proveedores de HCAT alientan estos exámenes anuales para ayudar a identificar afecciones precozmente y mejorar su calidad de vida en general.

### Se usan los exámenes anuales para:

- Detectar e identificar enfermedades/procesos de enfermedad, para que se puedan tratar de manera precoz.
- Actualizar los antecedentes médicos, familiares y toda información médica pertinente.
- Detectar la depresión, caídas, uso de alcohol y otras inquietudes potenciales de seguridad.
- Administrar las inmunizaciones necesarias.
- Educar y alentar maneras de mejorar y mantener un estilo de vida sano.

### NO se usan los exámenes anuales para:

- Comentar problemas de salud agudos. Dependiendo de la necesidad aguda, se podrá convertir la cita para abordar dicha inquietud.
- Comentar en detalle afecciones de salud crónicas nuevas o cambiantes.
- Como sabemos que su tiempo es valioso, su proveedor comentará con usted los asuntos ajenos a su examen físico solo si el tiempo lo permite. Según el seguro que tenga, esta situación puede generar un copago de consulta u otra cita en otro día.

### Ítems incluidos con el examen anual:

Muchos planes de seguros cubren un examen anual sin costo para el paciente. Sin embargo, algunos planes limitan los ítems cubiertos a los análisis más básicos, como panel de química, análisis de tiroides y prueba de colesterol. Los proveedores de HCAT siguen las mejores prácticas que ven que se ajusten a su salud con los exámenes de detección minuciosos y completos según sus necesidades médicas. Por este motivo, los proveedores de HCAT, bajo ciertas circunstancias, no pueden solo entregar atención médica que su seguro considere un ítem “gratuito”. Si usted necesita atención fuera del examen físico “gratuito”, algunos de esos elementos podrán entrar en su deducible. Esta no es una política de Healthcare Associates. Se basa en su plan de seguro. Su proveedor solo ordenará lo que sea necesario para su atención.

Hemos proporcionado una lista de algunos exámenes de detección que se pudieran realizar en HCAT durante una visita de bienestar. Tome nota que no se realizarán todos los exámenes de detección en todos los pacientes. Los exámenes de detección se realizan según la necesidad médica.

**Análisis de laboratorio:** Hemograma completo (CBC), Panel metabólico completo con magnesio (CMP, Mg), Panel de lípidos (colesterol), examen de detección de tiroides y análisis de orina (UA). Se podrán realizar otros análisis de laboratorio en base al diagnóstico actual, edad o presentación clínica.

**Examen de mamas/Mamografía:** Las pacientes femeninas podrán recibir un examen de mamas para buscar bultos anormales u otros signos de cáncer de mama. Típicamente la mamografía se comienza a los 40 a 50 años de edad y se recomiendan cada 1 a 2 años. Las recomendaciones se basan en sus antecedentes, el examen y las recomendaciones del proveedor. Si hace falta realizar una mamografía, se colocará una orden en el momento de su visita.

**Citología/Examen pélvico:** La citología es un examen de detección del cáncer del cuello uterino. Se debe someter a las mujeres al examen de detección comenzando a los 21 años de edad o dos años después de iniciar las relaciones sexuales (lo que ocurre primero). Se recomiendan los exámenes de detección subsiguientes cada 1 a 5 años, según la recomendación de su proveedor de atención médica y los resultados de sus exámenes.

**Examen testicular:** Los hombres deben completar un autoexamen cada mes. Comente cualquier bulto, cambio de tamaño y/o sensibilidad al tacto con su proveedor.

**Examen de próstata:** En general, el uso del antígeno prostático específico (PSA) y el examen digital rectal para detectar el cáncer de próstata tiene sus pros y sus contras. Se recomienda que comente esto con su proveedor. Se recomienda que el examen de detección se comience a los 40 a 50 años de edad, según los antecedentes familiares.



**Examen de detección del cáncer colorrectal:** El examen de detección del cáncer de colon normalmente comienza a los 45 a 50 años de edad. Sin embargo, puede comenzar antes según los antecedentes familiares y/o la presentación clínica. Hay opciones disponibles para este examen de detección, por lo que debe comentarlas con su proveedor.

**Electrocardiografía (EKG/ECG):** Este examen se realiza en todos los hombres mayores de 40 años de edad y en todas las mujeres mayores de 50 años de edad. Este examen detecta el ritmo/la frecuencia cardíaca anormal. Si experimenta, o tiene antecedentes de dolor en el pecho, coméntelo con su proveedor. Podrá hacer falta realizar análisis adicionales.

**Radiografía del pecho:** Se puede realizar la radiografía del pecho para aquellos pacientes con antecedentes de enfermedades respiratorias o cardiovasculares.

**Densidad ósea (Examen DEXA):** El examen de detección de la densidad ósea se realiza en las mujeres después de la menopausia, para detectar la osteoporosis. Se podrá realizar el examen de detección antes si está indicado clínicamente.

**Prueba del equilibrio/Evaluación de caídas:** La prueba del equilibrio se realiza en todos los pacientes que han cumplido los 65 años de edad. Esta prueba evalúa el equilibrio y determina las personas que corren mayor riesgo de caídas. Con la detección precoz, se podrán recomendar varios programas para reducir el riesgo de caídas y/o aumentar la movilidad y calidad de vida.

**Imágenes retinales:** Se deben realizar los escaneos retinales en todos los pacientes diabéticos al menos una vez al año. La prueba involucra tomar una foto de la retina, para poder ver los vasos en el ojo. El examen de detección se realiza incluso si usted consulta con el oculista cada año.

**Sudoscán/SSR/QSART:** La prueba QSART se realiza para determinar daños a los nervios. Por lo general, el examen de detección se realiza antes de los 65 años de edad, en los pacientes diabéticos, o en cualquier paciente con antecedentes conocidos de daños/problemas con los nervios. La prueba consta de colocar las manos y los pies en un plato metálico y estar sentado sin moverse por 3 minutos. Se evalúan las pequeñas fibras nerviosas y la producción de sudor para determinar la respuesta de los nervios.

**Índice tobillo-brazo (ABI):** La prueba ABI se realiza para determinar la enfermedad vascular. Por lo general, este examen de detección se realiza a partir de los 65 años de edad, en los pacientes con mayor riesgo de enfermedad vascular (diabetes, hipertensión, etc.) o en los pacientes con antecedentes conocidos de enfermedad vascular. Esta prueba consta de 3 mediciones de presión arterial en el lado derecho del cuerpo, seguidas de 3 mediciones de presión arterial en el lado izquierdo del cuerpo.

He revisado y comprendo la información sobre los examen físico y de bienestar de HCAT que me han proporcionado:

---

Firma del paciente

---

Fecha