

---

## **POLIZAS DE OFICINA**

### **Póliza financiera**

Es nuestro placer tenerlo como nuestro paciente, y estamos comprometidos a brindarle nuestra mejor atención profesional. Su comprensión de nuestra póliza financiera es importante para nuestra relación. Por favor no dude en hacer cualquier pregunta que pueda tener.

### **Póliza de cancelación**

Cancelaciones repetidas o no presentarse interrumpen la administración óptima de la atención a usted y a otros pacientes. Por lo tanto, le pedimos que nos muestren la consideración de llamar a al menos 24 horas antes de su cita si no puede asistir. Al no hacerlo resultará en un cargo de \$ 25.00. Este cargo no se puede ser cobrado a su seguro y será su responsabilidad directa.

### **Seguro**

Debido a todos los planes de seguro distintos ahora, en efecto, es necesario que usted consulte con su compañía de seguros con respecto a nuestra participación de su específico plan de seguro. Hay casos en que a pesar de que tienen un contrato con una compañía, el seguro tiene planes en cual nosotros no participamos. Si nuestra oficina no participa en su plan de seguro, será responsable de una gran parte de el cargo completo. La información de contacto de su plan se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de seguro. Es su responsabilidad dejarnos saber con tiempo cualquier cambio o nueva tarjeta que usted recibe de su seguro. Algunos planes de seguro requieren la autorización de los servicios en nuestra oficina. Es su responsabilidad de adquirir la documentación apropiada, si la visita no ha sido autorizada, será responsable por el costo de los servicios. Nosotros le enviaremos a su compañía de seguro (s) una reclamación de todos los servicios ofrecidos. Usted va a recibir una factura por cualquier balance que su seguro le corresponda, después de que el seguro asienta su reclamo.

### **SE REQUIERE PAGAR LOS COPAGOS AL MOMENTO DE SU VISITA.**

#### **Asignación y Liberación de seguro**

Certifico que tengo cobertura de seguro con la compañía enumeradas anteriormente y asigno directamente a South Florida Spine Institute, todos los beneficios de seguro, si alguno, de lo contrario pagados por mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de la firma en todas las sumisiones del seguro. El médico nombrado arriba / grupo médico puede utilizar mi información de salud y puede revelar dicha información a la compañía de seguros antes mencionada y sus agentes con el propósito de la atención de la coordinación, la obtención de pago de los servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagados por servicios relacionados .

#### **Facturación y codificación**

Si es necesario, el paciente y / o guardián se hace responsable de los cargos por pagos atrasados, intereses, gastos de cobranza, y / o los honorarios del abogado de la acusación y / o cobro de la cantidad adeudada paciente. Es responsabilidad del paciente y / o responsabilidad de garante de proveer South Florida Spine Institute con la facturación de información actualizada y seguro en cada visita.

#### **Expectativas de pago**

Si usted no está cubierto por el seguro, debe de pagar por sus servicios en la fecha de recepción del servicio. Usted recibirá una declaración de nuestra oficina después que su seguro haya resuelto su reclamo si existe algún balance a pagar. Los pagos se esperan dentro de 10 días siguientes a la recepción de la declaración. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques, American Express, Discover, Mastercard, Visa y las tarjetas de débito. **Habrá un cargo de \$ 35.00 por cualquier cheque sin fondos.**

**Reconozco que la información suministrada es completa y exacta. Entiendo Política Financiera del South Florida Spine Institute.**

---

Firma del Paciente/ Guardián del Paciente

---

Nombre Impreso

---

Fecha



Jonathan Hyde, MD, FAAOS  
4308 Alton Road, Suite 830  
Miami Beach, FL 33140  
305-532-0065

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES/  
CONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

I, acknowledge that I have received a copy of South Florida Spine Institute Notice of Privacy Practices. (*Yo, acepto que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de South Florida Spine Institute.*)

Patient or legally authorized individual signature  
*Firma del paciente o persona legalmente autorizada*

Date  
*Fecha*

Printed Name if signed on behalf of the patient  
*Escriba su nombre si firmo por el paciente*

Relationship (parent, legal guardian, personal Representative, etc.)  
*Relación (padre, tutor legal, representante personal, etc)*

I authorize and agree that South Florida Spine Institute may disclose my protected health information to the following persons, each of who is directly involved in my care (*Yo autorizo y estoy de acuerdo que South Florida Spine Institute puede revelar mi información protegida de salud a las siguientes personas, cada uno de los que están directamente involucrados en mi atención medica*):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

I acknowledge and agree that South Florida Spine Institute may disclose my protected health information to the persons set forth in this form unless and until I object to such disclosures, which must be provided in writing to South Florida Spine Institute. (*Reconozco y acepto que South Florida Spine Institute puede revelar mi información protegida de salud a las personas establecidas en este formulario a menos que y hasta que yo indique lo contrario, que deberá ser proporcionada en escrito a South Florida Spine Institute.*):

Patient or legally authorized individual signature  
*Firma del paciente o persona legalmente autorizada*

Date  
*Fecha*

Printed Name if signed on behalf of the patient  
*Escriba su nombre si firmo por el paciente*

Relationship (parent, legal guardian, personal Representative,,etc.)  
*Relación (padre, tutor legal, representante personal, etc)*

**For office use only / Para uso de la oficina**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because (please specify):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Jonathan Hyde, MD, FAAOS  
4308 Alton Road, Suite 830  
Miami Beach, FL 33140  
305-532-0065

(Marque todo lo que aplique)

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE FARMACIA: \_\_\_\_\_  
NUMERO TELEFONICO DE FARMACIA: \_\_\_\_\_  
DIRECCION DE FARMACIA: \_\_\_\_\_  
Nombre de su Doctor Primario: \_\_\_\_\_  
 No tengo Doctor Primario.

**Verificación de Firma**

Firme Aquí: \_\_\_\_\_

Si usted ha sido acompañado por un intérprete o testigo es importante conocer la Identificación propia del individuo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Interprete

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

Si el paciente es menor de edad, o bajo el cuidado de un representante legal, yo autorizo la evaluación y los exámenes y tratamientos necesarios medicamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Guardián

**Antes de continuar:**

Entendemos que puede ser incomodo tener que llenar esta planilla, pero le pedimos que la llene con cuidado. Sus respuestas nos darán mejor indicación de su condición. Con esta información podremos proveerle el mejor cuidado médico. Por favor tome el tiempo necesario para contestar las preguntas con exactitud. Favor de seguir las instrucciones con cuidado en cada sección. Gracias por su cooperación.

**INFORMACION DEL PACIENTE**

(Marque todo lo que aplique)

**I. INFORMACION PERSONAL:**

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

**II. RAZON DE ESTA CONSULTA:**

- La espalda baja  
  Las piernas  
  La mitad de la espalda  
  Dolor en el cuello  
  Dolor en los Brazos  
 Causado por trauma:  Si  No

**III. HPI:**

**1. Causa de la lesión:**

- No se Como comenzó.  
 Trauma       Severo       Leve  
 Levantando Objetos       En el trabajo?  
 Accidente de Auto       En el trabajo?       Usando cinturón de seguridad  
 Resbalón o Caída       En el trabajo?  
 Ambiente de trabajo

Explique: \_\_\_\_\_

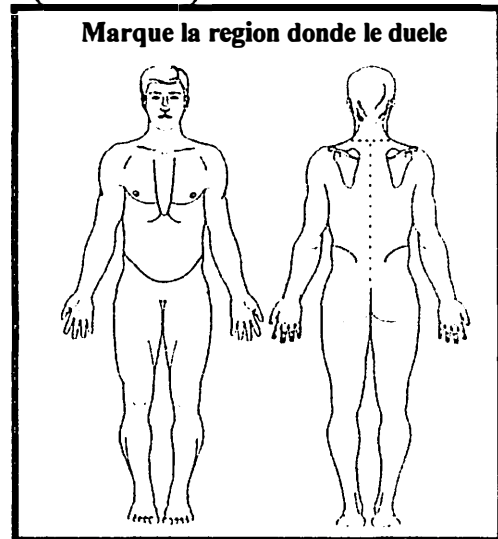
**2. Inicio del problema:**

- Fecha del accidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_       Dolor recurrente viene y va  
 Lo he tenido por mucho tiempo       Antigua lesión (cuando?): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Aparición gradual de los síntomas       Aparición repentina de los síntomas  
 Ha ido mejorando       Se ha ido agravando  
 Estable

Explique: \_\_\_\_\_

**3. Describa la intensidad de su dolor: En una escala del 0 (sin dolor) al 10 (dolor severo):**

- El dolor de su cuello hoy es \_\_\_\_\_  
 El dolor de su brazo *derecho* hoy es \_\_\_\_\_  
 El dolor de su brazo *izquierdo* hoy es \_\_\_\_\_  
 El dolor en la mitad de su espalda hoy es \_\_\_\_\_  
 El dolor en su espalda baja hoy es \_\_\_\_\_  
 El dolor en su piernas *derecha* hoy es \_\_\_\_\_  
 El dolor en su piernas *izquierda* hoy es \_\_\_\_\_



**4. Tengo los problemas siguientes (marque todo lo que aplique):**

- Debilidad en los músculos       Brazos/Manos       Piernas/Pies/Tobillos  
 Adormecimiento       Brazos/Manos       Piernas/Pies/Tobillos  
 Calambres       Brazos/Manos       Piernas/Pies/Tobillos  
 Siento fatiga en las piernas/pies cuando camino muy lejos       Se alivia cuando descanso las piernas

**5. Factores que me agravan. Siento mucho dolor (marque todo lo que aplique):**

- Por la mañana       Cuando me siento       Al fin de la tarde       Cuando me acuesto  
 Por la noche mientras duermo       Cuando me paro       Cuando tozo o estornudo       Cuando camino

**6. Siento menos dolor cuando (marque todo lo que aplique):**

- Me siento       Me acuesto       Me inclino hacia adelante       Me recuesto para atrás  
 Empujo el carro de las compras

**MARQUE LAS QUE APLICAN:**

**INTENSIDAD DEL DOLOR:**

- No tengo dolor ahora.
- El dolor es moderado en este momento.
- El dolor es soportable en este momento.
- El dolor es severo en este momento.
- El dolor es muy fuerte en este momento.
- El dolor es el peor en este momento.

**ESTANDO DE PIE:**

- Puedo estar de pie el tiempo que quiera sin dolor.
- Puedo estar de pie el tiempo que quiera pero me causa dolor.
- No puedo estar parado más de 1 hora por el dolor.
- No puedo estar parado más de 30 minutos por el dolor.
- No puedo estar parado más de 10 minutos por el dolor.
- No puedo estar parado por el dolor.

**CUIDADO PERSONAL:**

- Puedo valirme por mi mismo sin causarme de dolor.
- Puedo valirme por mi mismo pero me causa dolor.
- Puedo valirme por mi mismo pero me causa dolor, y tengo que hacerlo despacio y con cuidado.
- Necesito ayuda, para hacer mis propias cosas.
- Necesito ayuda en casi todos los aspectos de mi cuidado.
- No puedo vestirme, me baño con dificultad y estoy siempre en la cama.

**DURMIENDO:**

- El dolor no interrumpe mi sueño.
- El dolor algunas veces interrumpe mi sueño.
- Por causa del dolor duermo menos de 6 horas.
- Por causa del dolor duermo menos de 4 horas.
- Por causa del dolor duermo menos de 2 horas.
- El dolor no me deja dormir.

**LEVANTAR PESO:**

- Puedo levantar cosas pesadas sin dolor.
- Puedo levantar cosas pesadas pero me causa dolor.
- No puedo levantar cosas pesadas si están en el piso.
- No puedo levantar cosas pesadas, solo poco peso.
- Puedo levantar cosas con muy poco peso.
- No puedo levantar nada que tenga peso.

**VIDA SEXUAL:**

- Mi vida sexual es normal y no me causa ningún dolor.
- Mi vida sexual es normal pero me causa un poco de dolor
- Mi vida sexual es casi normal pero dolorosa.
- Mi vida sexual está muy restringida por el dolor.
- Mi vida sexual es casi nula por causa del dolor.
- No tengo vida sexual por causa del dolor.

**CAMINANDO**

- El dolor no me impide caminar ninguna distancia.
- El dolor me impide caminar más de 1 milla de distancia.
- El dolor me impide caminar más de 1/2 milla de distancia.
- El dolor me impide caminar más de 1/4 milla de distancia.
- Solo puedo caminar si uso un bastón o muletas.
- Estoy en cama la mayor parte del tiempo.

**VIDA SOCIAL**

- Mi vida social es normal y no me causa dolor.
- Mi vida social es normal pero aumenta el dolor.
- El dolor no es significativo en mi vida social solo me limita los deportes y ejercicios.
- El dolor limita mi vida social y no salgo con frecuencia
- El dolor ha limitado mi vida social solo a estar en casa.
- No tengo vida social por causa del dolor.

**SENTADO**

- Puedo estar sentado en una silla el tiempo que quiera.
- Puedo estar sentado en mi silla favorita el tiempo que quiera.
- El dolor me impide estar sentado más de 1 hora.
- El dolor me impide estar sentado más de 30 minutos.
- El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos.
- El dolor me impide estar sentado.

**DE VIAJE**

- Puedo viajar a cualquier lugar sin dolor.
- Puedo viajar a cualquier lugar pero me causa dolor.
- El dolor es fuerte, pero puedo viajar por más de 2 horas.
- El dolor me impide viajar por más de 1 hora.
- El dolor me impide viajar por menos de 30 minutos.
- El dolor me impide viajar excepto si recibo tratamiento.

**IV. Historia del Paciente:**

Yo escribo con mi mano \_\_\_ Derecha \_\_\_ Izquierda

**MARQUE TODAS LAS ENFERMEDADES QUE LE APLIQUEN:**

1. NINGUNA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

2. DEL CORAZON:

\_\_\_ ANGINA/DOLOR DE PECHO

\_\_\_ ATAQUE DEL CORAZON

\_\_\_ SOPLO DEL CORAZON

\_\_\_ MARCA PAZO

\_\_\_ OTRA: \_\_\_\_\_

3. VASCULAR

\_\_\_ PRESION ALTA

\_\_\_ DERRAME

\_\_\_ VENAS VARICOSAS

\_\_\_ OTRA: \_\_\_\_\_

4. PROBLEMAS DIGESTIVOS/ULCERAS

\_\_\_ ESTOMAGO

\_\_\_ INTESTINO PEQUENO

\_\_\_ COLON

\_\_\_ OTRA: \_\_\_\_\_

5. DIABETES

\_\_\_ DEPENDIENTE DE INSULINA

\_\_\_ TOMO MEDICINA PARA DIABETES

6. HÍGADO

\_\_\_ HEPATITIS

\_\_\_ VESICULA

7. RIÑONES

\_\_\_ PIEDRAS

\_\_\_ INFECCIONES

\_\_\_ DIALISIS

\_\_\_ OTRA: \_\_\_\_\_

8. PULMONAR

\_\_\_ FALTA DE AIRE

\_\_\_ ENFISEMA

\_\_\_ TUBERCULOSIS

\_\_\_ BRONQUITIS

\_\_\_ PULMONIA

\_\_\_ ASMA

\_\_\_ OTRA: \_\_\_\_\_

9. PROBLEMAS EN LA SANGRE

\_\_\_ ANEMIA

\_\_\_ LEUCEMIA

\_\_\_ TENDENCIA DE SANGRAMIENTO

\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

9. ENFERMEDAD DE LOS OJOS

\_\_\_ GLAUCOMA

\_\_\_ CATARATAS

\_\_\_ OTRA: \_\_\_\_\_

10. ENFERMEDAD DE LOS OIDOS

\_\_\_ PERDIDA DE AUDICION

\_\_\_ MAREOS

11. ENFERMEDAD SISTEMA ENDOCRINO

\_\_\_ TIROIDE

\_\_\_ PITUITARIO

12. ENFERMEDADES DE LA PIEL

\_\_\_ PSORIASIS

\_\_\_ ME SALEN MORADOS FACILMENTE

\_\_\_ ME DEMORO EN CICATRIZAR

13. ARTRITIS

\_\_\_ DEGENERATIVA

\_\_\_ REUMATISMO

\_\_\_ GOTA

\_\_\_ OTRA: \_\_\_\_\_

14. CANCER

\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_

15. PROBLEMAS PSICOLOGICOS

\_\_\_ DEPRESION

\_\_\_ PSICOSIS

\_\_\_ ANCIEDAD

\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

16. MUJ ERES

\_\_\_ SI EN ESTADO # DE SEMANAS \_\_\_\_\_

\_\_\_ PROBLEMAS CON LA MENSTRUACION

\_\_\_ SANGRAMIENTO VAGINAL

\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

17. HOMBRES

\_\_\_ PROBLEMAS CON LA FUNCION SEXUAL

\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

18. ENFERMEDADES DE NIÑES

\_\_\_ FIEBRE REUMATICA

\_\_\_ EPILEPSIA

\_\_\_ OTRAS: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**

A Medicamentos:  Ninguna  Penicilina  Sulfato  Otra: \_\_\_\_\_

Alimentos:  Ninguna  Mariscos  Otra: \_\_\_\_\_

En la piel:  Ninguna  Látex  Iodo  Otra: \_\_\_\_\_

No estoy tomando ningún medicamento.

Medicamentos que estoy tomando:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

[Nota: Nosotros verificaremos sus medicamentos por el archivo nacional de Farmacias.]

**CIRUGIAS MAYORES:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ningunas         | <input type="checkbox"/> Histerectomía         |
| <input type="checkbox"/> Amigdalitis      | <input type="checkbox"/> Vasectomía            |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía     | <input type="checkbox"/> Biopsias              |
| <input type="checkbox"/> Vesícula         | <input type="checkbox"/> Arreglos de Fracturas |
| <input type="checkbox"/> Corazón          | <input type="checkbox"/> Arreglo de Coyunturas |
| <input type="checkbox"/> Estómago         | <input type="checkbox"/> Hernias               |
| <input type="checkbox"/> Intestinos/Colon | <input type="checkbox"/> Otras _____           |

**CIRUGIAS DE LA COLUMNA:**

TIPO DE CIRUGIA	NOMBRE DEL CIRUJANO	FECHA	NO AYUDO	ALGUN ALIVIO	BUEN ALIVIO
DISQUECTOMIA					
MICROCIRUGIA					
LAMINECTOMIA					
FUSION					
INSTRUMENTACION					
ESCOLIOSIS					
CIRUGIA DE REVISION					

**Historial de Infecciones:**

- Hepatitis B positiva
- Hepatitis C positiva
- VIH positivo
- Tuberculosis
- Estafilococo aureo resistente a la meticilina (MRSA)



**TRAUMAS MAYORES:** \_\_ Ningunos

**Accidentes:**  Auto  Motocicleta \_\_\_\_\_

**Accidentes Deportivos u otros** \_\_\_\_\_

**Accidentes de trabajo Anteriores** \_\_\_\_\_

**Doctores que lo han tratado anteriormente:**

<u>Nombre del Doctor</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Ubicacion</u>	<u>Fecha del tratamiento</u>

**EXAMENES DIAGNOSTICOS ANTERIORES:**

<u>TIPO DE ESTUDIO</u>	<u>FECHA</u>	<u>NOMBRE DEL CENTRO</u>	<u>RESULTADOS</u>
<b>Radiografías</b>			
<b>Cat Scan</b>			
<b>MRI Scan</b>			
<b>Myelograma</b>			
<b>Discografía</b>			
<b>Conducción de los nervios</b>			

**TRATAMIENTOS DE TERAPIA:**

<u>TIPO</u>	<u>NO AYUDA</u>	<u>ALGUN ALIVIO</u>	<u>BUEN ALIVIO</u>
<b>Terapia Física</b>			
<b>Cuidado Quiropráctico</b>			
<b>Bloqueo Epidural</b>			
<b>Inyecciones</b>			
<b>Rizotomía</b>			
<b>Nucleoplastia</b>			
<b>Acupuntura</b>			
<b>Mesa de Traccion</b>			
<b>Cirujía Laser</b>			
<b>Masaje</b>			





**HISTORIA FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA**

**Historia Familiar:**

Madre:  Viva/de que edad  Años.  Tiene Buena Salud  Sufre de \_\_\_\_\_  
 Murió – Causa de muerte \_\_\_\_\_  
Padre:  Vivo/de que edad  Años.  Tiene Buena Salud  Sufre de \_\_\_\_\_  
 Murió – Causa de muerte \_\_\_\_\_  
Hermanos:  Vivos #  hermanos #  hermanas  
 Murieron #  hermanos #  hermanas

**Historia Social:** (marque todo lo que aplica)

Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a  
 Yo trabajo como: \_\_\_\_\_ Ocupación anterior: \_\_\_\_\_  
 Estoy retirado/a  Yo no estoy trabajando debido a mi dolor de espalda/cuello desde: \_\_\_\_\_

**Nivel Escolar:**

Primario  Secundario  Bachillerato/High School  Universitario  Post- Grado  
 Yo vivo con mis hijos/familiares.  Yo vivo solo.  
 Yo tengo necesidades especiales. Explique: \_\_\_\_\_

**Uso de bebidas alcohólicas:**

Ninguna  
 Cerveza  
 Vino  
 Bebidas Fuertes  
Frecuencia:  Rara vez  Socialmente  Cantidad Diaria: \_\_\_\_\_

**Uso de tabaco:**

Fumo diariamente  
 Fumador antiguo  
 Nunca he fumado  
 Estado actual del fumador desconocido  
 Desconocido si alguna vez fumado

**Uso de drogas recreacionales:**

Ningunas  Tipo/nombre si las usa: \_\_\_\_\_

Por favor escriba el nombre, dirección, teléfono y número de fax de cada doctor que usted quiere que reciba sus records médicos.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

**REVISION DE LOS SISTEMAS**

La siguiente es una lista de síntomas que pueden no estar relacionados con la razón de su visita. Sin embargo, estas preguntas necesitan ser contestadas con cuidado porque los problemas que usted posee pueden afectar su tratamiento, como ser signo de una menor función óptima.

**YO PADEZCO O TENGO, MARQUE TODO LO QUE APLICA:**

**CONSTITUCIONAL**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas.
  - Fiebre
  - Escalofríos
  - Fatiga
  - Aumento de peso
  - Pérdida de peso

**OJOS**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas.
  - Ojos rojos
  - Pérdida de Visión
  - Ojos secos
  - Párpados caídos

**OIDO/NARIZ/GARGANTA**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Problemas dentales
  - Pérdida de audición
  - Zumbido
  - Vértigo
  - Congestión nasal
  - Estornudo
  - Dolor de garganta
  - Ronquidos
  - Cambio gradual de voz
  - Sangramiento nasal

**CORAZON Y CIRCULACION**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Angina o presión de pecho
  - Palpitaciones
  - Falta de aire
  - Pérdida de conocimiento
  - Piernas inflamadas

**RESPIRATORIO**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Asma
  - Tos
  - Tos con sangre
  - Falta de aire
  - Falta de aire

**ESTOMAGO**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Anorexia
  - Acides
  - Vómitos con sangre
  - Heces sangrientas
  - Piel amarilla
  - Diarrea

**METABOLISMO**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Hipertiroidismo
  - Hipotiroidismo
  - Pérdida o crecimiento de pelo
  - Paperas

**RIÑONES**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Enfermedad de riñones
  - Ardor al orinar
  - Incontinencia
  - Frecuencia al orinar por la noche
  - Infecciones en la vejiga en el pasado año
  - Sangre en la orina en el pasado año

**MUSCULOS/ ESQUELETO**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Artritis u otra enfermedad de coyunturas
  - Problemas caminando
  - Músculo que obstaculiza

**ALLERGIAS**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Intolerancia al comer
  - Picazón

**DERMATOLOGICOS/PIEL**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Sarpullido, Psoriasis o Dermatitis
  - Crecimiento de piel nueva o Verruga

**NEUROLOGICO**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Dolor de cabeza
  - Ataque epiléptico
  - Otros: \_\_\_\_\_

**PSIQUIATRICO**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Ansiedad
  - Pérdida o cambio en el apetito
  - Cambio de conducta
  - Desorden bi-polar
  - Confusión
  - Depresión
  - Insomnio
  - Pérdida de memoria

**HEMATOLOGICO/SANGRE**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Sangramiento o tendencia de Moretones
  - Transfusión de sangre reciente
  - Historia de hepatitis

**HOMBRES SOLAMENTE**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Inflamación Testicular
  - Problemas de próstata
  - Frecuencia al orinar

**MUJERES SOLAMENTE**

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
  - Dolores menstruales
  - Flujo excesivo
  - Ciclo irregular
  - Ardor vaginal
  - Sofocos y calores

**ESTAS EMBARAZADA?**

SI       No