

# North Carolina Surgery

## IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente \_\_\_\_\_  
(APELLIDOS) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

Rex Healthcare comparará su nombre legal con el nombre tal como aparece en la tarjeta del seguro.

Género \_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del n° de seguro social (algunos seguros piden el número completo del SS) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** Raza \_\_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_\_ No hispano \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_

Dirección de correo postal \_\_\_\_\_

Dirección física (si es diferente a la dirección de correo postal) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N° tel. de casa \_\_\_\_\_ N° tel. móvil \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Médico que remite \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Otro médico al que quiere que le enviemos información \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL PACIENTE

Situación: Tiempo completo \_\_ Tiempo parcial \_\_ Jubilado \_\_ Fecha de jub. \_\_\_\_\_ Estudiante tiempo completo? S/N Otro \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ N° de teléfono \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL GARANTE (Persona financieramente responsable si es diferente del paciente)

Nombre del garante \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del n° de seguro social \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

Dirección de correo postal \_\_\_\_\_

Dirección física (si es diferente a la dirección de correo postal) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N° de tel. de casa \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección de correo postal \_\_\_\_\_

Dirección física (si es diferente de la dirección de correo postal) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N° de tel. de casa \_\_\_\_\_ N° tel. del trabajo \_\_\_\_\_ N° tel. móvil \_\_\_\_\_

## SEGURO PRIMARIO

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

## SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE (Complete esta sección SOLO si su enfermedad está relacionada con un accidente)

Tipo de accidente (auto, trabajo, otro) \_\_\_\_\_ Descripción \_\_\_\_\_

Fecha y hora del accidente \_\_\_\_\_ Lugar del accidente (ciudad, condado, estado) \_\_\_\_\_

Firma del paciente/representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Divulgación de información limitada a familiares o amistades para consultorios médicos - HIM 1315s**

*Limited Release of Information to Family/Friends for Physician Clinics*

**Yo le doy permiso al consultorio médico que forma parte de UNC Health Care System a divulgar cierta información médica personal a las personas nombradas a continuación.** A estas personas, se les dará solo la información pertinente a su participación en mi atención médica o al pago por mi atención médica.<sup>1</sup> Entiendo que no es obligatorio que yo complete este formulario para recibir atención médica.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada<sup>2</sup> sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

**O**

Solamente:

<input type="checkbox"/>	Las citas - programación y recordatorios	<input type="checkbox"/>	Los resultados de exámenes
<input type="checkbox"/>	El resumen de la visita	<input type="checkbox"/>	Las facturas
<input type="checkbox"/>	Otro:		

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada<sup>2</sup> sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

**O**

Solamente:

<input type="checkbox"/>	Las citas - programación y recordatorios	<input type="checkbox"/>	Los resultados de exámenes
<input type="checkbox"/>	El resumen de la visita	<input type="checkbox"/>	Las facturas
<input type="checkbox"/>	Otro:		

**Si cambio de opinión acerca de las personas o la información de contacto indicadas en este formulario, completaré un formulario nuevo con tales cambios.**

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA Y RELACIÓN (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Este formulario no es un sustituto de un poder notarial para la atención médica u otra designación formal de una persona autorizada a tomar decisiones médicas en su nombre si usted es incapaz de tomarlas. Si una persona nombrada arriba es su tutor o agente (bajo un poder notarial) o si está autorizada de otra manera para actuar en su nombre, su proveedor de atención médica puede divulgar a esa persona cualquier información médica personal que la ley permite.

**Este formulario no es un sustituto para una autorización escrita válida que cumpla con el HIPAA cuando esta es obligatoria para divulgar copias de registros médicos o registros de facturación.**

<sup>2</sup> Información delicada incluye información acerca de la salud mental, la drogadicción o el alcoholismo, el VIH y otras enfermedades contagiosas, y las pruebas genéticas. **Este formulario no se considera autorización suficiente para divulgar información delicada.**

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 6/14/17*





Patient Label Here

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO (Pág. 1 de 6)**  
**HIM# 129s**

Yo entiendo que la University of North Carolina Health Care System (UNC Health Care) es un sistema de salud integrado formado por varias entidades incluyendo (pero no necesariamente limitada a) UNC Hospitals; Rex Hospital Inc.; Caldwell Memorial Hospital, Incorporated; Chatham Hospital, Inc.; Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital; the University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine; Johnston Health Services Corporation; Nash Hospitals, Inc.; Nash MSO, Inc.; NHCS Physicians, Inc.; UNC Rockingham Health Care, Inc.; Wayne Memorial Hospital, Inc. d/b/a Wayne UNC Health Care ; Wayne MRI, LLC ; UNC Physicians Network, LLC;y UNC Physicians Network Group Practices, LLC (en este formulario se denomina a cada uno como «afiliado de UNC Health Care» o en forma colectiva como «afiliados de UNC Health Care»). **Este consentimiento estará vigente 1 año a partir de la fecha en que yo lo firme en cualquiera de los afiliados de UNC Health Care en donde yo soy un paciente; sin embargo, este consentimiento no caducará en lo que respecta a servicios, procesamiento de reclamaciones o actividades de cobros relacionados con las admisiones o visitas que ocurran durante el tiempo de vigencia de este consentimiento.**

**Consentimiento para recibir tratamiento/cuidado**

Yo autorizo recibir tratamiento y cuidado de parte de los afiliados de UNC Health Care y sus médicos y proveedores de cuidados de la salud, incluyendo aquellos que están ubicados en otros lugares aparte del que yo me encuentro ahora y que proporcionan tratamiento y cuidado a través de comunicaciones electrónicas/telemedicina. También autorizo recibir tratamiento y cuidado de médicos y proveedores de cuidados de la salud que no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care pero que están autorizados por los afiliados de UNC Health Care para proporcionarme tratamiento y cuidado como paciente de los afiliados de UNC Health Care. Yo estoy consciente de que los proveedores listados en el apéndice A de este consentimiento son contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care, conforme a la lista, y ellos proveen servicios a los pacientes de los afiliados de UNC Health Care de acuerdo con su juicio profesional. Los proveedores listados en el apéndice A no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care. Yo entiendo que mi tratamiento y cuidado puede incluir cuidado de rutina como vacunaciones y una variedad de otros servicios médicos dependiendo de mi afección, como por ejemplo pruebas de laboratorio. Yo puedo recibir una lista de servicios y cuidados de mi proveedor de cuidados de la salud. Yo entiendo que mi equipo médico de los afiliados de UNC Health Care puede incluir médicos residentes y estudiantes u otro personal en adiestramiento. Entiendo que la práctica de la medicina (incluyendo la cirugía) no es una ciencia exacta y nadie me ha dado ninguna garantía acerca de los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos.

**Consentimiento para el uso y divulgación de información.**

Yo les doy permiso a los afiliados de UNC Health Care –incluyendo sus proveedores que remiten y proporcionan tratamiento y otros miembros del personal– para divulgar cualquier información acerca de mi persona, mi salud, servicios de salud que me presten, o pago por mis servicios de salud que pudiera ser necesaria: (1) para mi tratamiento (a cualquier proveedor de cuidados de la salud o instalaciones que necesiten la información para mi cuidado continuo); (2) para cualquier propósito relacionado con el pago de servicios hecho por mí o un tercero (para determinar idoneidad, para procesar una reclamación al seguro, para revisión de utilización y calidad o con el propósito de facturación o cobro, según sea necesario para obtener el pago); (3) para las operaciones del negocio de cuidados de la salud del afiliado de UNC Health Care u otro proveedor de cuidados de la salud que haya tenido relación conmigo (incluyendo la evaluación de calidad, programas de capacitación, planificación y actividades para la recaudación de fondos); o (4) de otra manera descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad y como la ley lo permita.

Para información más detallada sobre la forma en la cual se puede usar o divulgar mi información, puedo leer el *Aviso de Prácticas de Privacidad de UNC Health Care*.

Yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care y sus empleados, agentes y contratistas para tomar fotografías, videos o hacer dibujos de mi persona con propósitos permisibles de tratamiento, pago o de las operaciones de cuidados de la salud (los cuales pueden incluir evaluación de calidad, educación y capacitación) siempre y cuando sea consistente con las políticas y las leyes que protegen mis derechos.

**Consentimiento para ser utilizado dentro de UNC Health Care**

Yo además doy permiso a los afiliados de UNC Health Care y sus proveedores que proporcionan tratamiento y a otros miembros del personal para divulgar entre ellos cualquiera de mi información delicada necesaria para mi tratamiento, incluyendo información relacionada con la salud mental o conductual (incluyendo expedientes médicos de mi tratamiento de otra institución cuyo propósito principal es proporcionar servicios de cuidado, tratamiento, habilitación o rehabilitación de los enfermos mentales, discapacitados en el desarrollo o abusadores de sustancias, como se definen en N.C.G.S Capítulo 122C, Artículos 1 y 3), drogas y alcohol (incluyendo expedientes médicos de un proveedor que proporciona diagnóstico, tratamiento o remisión para el abuso de alcohol o

drogas, como se define de acuerdo a la ley federal en 42 C.F.R. Parte 2), VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas y pruebas genéticas.

**Responsabilidad financiera**

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los cargos de los médicos por los servicios médicos y profesionales realizados o supervisados por un médico, se facturarán por separado de los cargos del hospital. Entiendo que el costo actual pudiera ser distinto del costo estimado que me dieron. También entiendo que es posible que una compañía de seguro médico no pague el monto total de mis cuentas, y yo pudiera ser responsable de la cantidad no pagada (como paciente, cónyuge o padre de un menor de edad). Si yo no tengo cobertura de un seguro médico o no he proporcionado información vigente y exacta del seguro, soy responsable por el pago de todo el adeudo. Si he pagado de más en cualquiera de mis cuentas con un afiliado en particular de UNC Health Care, estoy de acuerdo en que el monto que se pagó de más se transfiera para pagar cualquier deuda pendiente de cualquiera de mis cuentas con otros afiliados de UNC Health Care.

Yo además autorizo la divulgación de información financiera y actividad relacionada con los pagos por los servicios a:

Nombre del individuo: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Certificación de cobertura, asignación y solicitud de pago de Medicare/Medicaid**

Yo he sido informado de que Medicare solamente pagará por servicios que determine razonables y necesarios conforme a la sección 1862(a)(1) de la ley de Medicare. Yo certifico que la información proporcionada por mí o mi representante autorizado en mi solicitud de pago para mis cuidados de la salud bajo los programas de Medicare y Medicaid es correcta. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al afiliado apropiado de UNC Health Care en mi nombre. Yo autorizo a los afiliados de UNC Health Care a facturar directamente y a traspasar el derecho a todo beneficio por seguro médico o de responsabilidad civil, de otra manera pagadero a mi persona, y autorizo el pago directo al afiliado apropiado de UNC Health Care.

**Núm. del seguro social**

Yo he dado voluntariamente mi número de seguro social. Los afiliados de UNC Health Care pueden usarlo para fines de identificación exacta, presentación de reclamaciones de seguro, facturación y cobros y cumplimiento de las leyes federales y estatales.

**Número de teléfono celular**

Los afiliados de UNC Health Care o sus agentes o representantes se pueden comunicar conmigo por teléfono a cualquier número anotado en mi expediente de los afiliados de UNC Health Care incluyendo teléfonos celulares con el propósito de comunicarse conmigo respecto al cuidado de mi salud, proporcionarle servicios a mi cuenta y cobrar las cantidades adeudadas. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pregrabados o mensajes con voz artificial y mensajes de texto y el uso de servicios de llamada automáticos. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento comunicándome con UNC Health Care en forma verbal o escrita.

**Objetos personales**

A menos que yo sea un residente en un centro especializado de enfermería, yo entiendo que los afiliados de UNC Health Care no asumen responsabilidad por mis objetos personales que yo mantenga conmigo y yo relevo a los afiliados de UNC Health Care de toda responsabilidad por la pérdida, robo o daño de esas pertenencias.

**Lista de pacientes**

Para la conveniencia de los pacientes y visitantes, los afiliados de UNC Health Care pueden mantener una lista de los pacientes que están recibiendo servicios actualmente en una instalación para que ellos puedan proporcionar el lugar donde se encuentra el paciente en las instalaciones y el estado general del paciente a las personas que preguntan por un paciente por su nombre. A menos que yo haya escrito mis iniciales abajo, yo les doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care para proporcionar mi ubicación y estado general a los individuos que pregunten por mí por mi nombre.

\_\_\_\_\_ (iniciales) Yo no quiero que me incluyan en la lista de pacientes de los afiliados de UNC Health Care. Por favor quiten mi nombre.

**Información religiosa**

Puede que los afiliados de UNC Health Care proporcionen una lista de pacientes al clero de la comunidad cuando la solicitan. Esta lista incluye el nombre y la ubicación del paciente, su estado en general y su afiliación religiosa. A menos que yo haya escrito mis iniciales a continuación, yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care para proporcionar a los clérigos de la comunidad, que lo pidan, mi nombre, ubicación, estado general y afiliación religiosa

\_\_\_\_\_ (iniciales) Yo no quiero que me incluyan en la lista que proporcionan al clero los afiliados de UNC Health Care. Por favor quiten mi nombre. Yo entiendo que, aun así, aquellas personas que trabajan para los afiliados de UNC Health Care como capellanes pudieran obtener esta información.

**Compartiendo información con los familiares o amigos**

Como una cortesía, la información de salud limitada pudiera compartirse con familiares y amigos bajo las siguientes circunstancias: (1) la información está relacionada con la participación del individuo en el cuidado del paciente o pago por su cuidado, o (2) la información es necesaria para notificar a individuos responsables del cuidado del paciente sobre la ubicación del paciente, estado en general o la muerte. A menos que yo haya escrito mis iniciales abajo, doy mi autorización para compartir información de salud limitada con mi familia y amigos autorizados bajo las condiciones mencionadas anteriormente.

\_\_\_\_\_ (*iniciales*) Yo no quiero que la información personal de salud se comparta con los familiares o amigos.

**YO ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. MI REVOCACIÓN NO TENDRÁ VIGENCIA PARA ACCIONES YA TOMADAS POR PARTE DE CUALQUIER AFILIADO DE UNC HEALTH CARE O A ACCIONES EN PROCESO.**

**Yo autorizo a los afiliados de UNC HEALTH CARE A DIVULGAR TODOS LOS EXPEDIENTES NECESARIOS PARA CUMPLIR CON ESTAS SOLICITUDES. YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO, HE RECIBIDO UNA COPIA, Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.**

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

RELACIÓN, si no es el paciente: \_\_\_\_\_

**GARANTE:** Si yo firmo a continuación como garante (no como el paciente o cónyuge del paciente o padre de un menor de edad), yo estoy de acuerdo en pagar todas las cuentas no canceladas de los afiliados de UNC Health Care, **indistintamente de si de otra forma no estoy legalmente obligado a pagarlas.**

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GARANTE DE PAGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

**APÉNDICE A**

## Contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care

**UNC Hospitals («UNCH»)**

Yo estoy consciente de que los médicos, enfermeras especializadas y asociados médicos que proveen servicios a pacientes de UNCH pueden ser contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de UNC Hospitals de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de UNC Hospitals.

**Rex Hospital, Inc. («Rex»)**

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anestesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, patólogos, psiquiatras, obstetras hospitalistas, radiólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que les proporcionan servicios a los pacientes de Rex de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Rex.

**Caldwell Memorial Hospital, Incorporated («Caldwell»)**

Yo estoy consciente de que algunos proveedores, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anestesiólogos, patólogos, radiólogos y médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Caldwell de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Caldwell.

**Chatham Hospital, Inc. («Chatham»)**

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anestesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, hospitalistas, patólogos, y radiólogos y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Chatham de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Chatham.

**Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital («Pardee»)**

Yo estoy consciente de que los radiólogos, el grupo de anestesiólogos, oncólogos de radiación y los patólogos y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Pardee de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Pardee.

**Johnston Health Services Corporation («Johnston»)**

Yo estoy consciente de que la mayoría de los médicos que proporcionan cuidados en Johnston, y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios en Johnston de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Johnston.

**Nash Hospitals, Inc. («Nash»)**

Yo estoy consciente de que todos los médicos que ejercen en Nash y puede que me atiendan, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anestesiólogos, patólogos, radiólogos, médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, evaluadores de electrocardiogramas, hospitalistas (incluyendo hospitalistas de atención médica primaria, hospitalistas pediátricos, neonatólogos y cirujanos hospitalistas), cirujanos bariátricos, cardiólogos, psiquiatras, médicos especialistas en heridas y sus respectivas enfermeras especialistas y asociados médicos son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Nash de acuerdo con su juicio profesional; y yo entiendo que estos profesionales no son empleados o agentes de Nash, y que Nash no es responsable por sus acciones.

**Wayne Memorial Hospital, Inc. d/b/a Wayne UNC Health Care («Wayne»)**

Yo estoy consciente de que los radiólogos, patólogos, anestesiólogos, médicos del departamento de emergencias, cirujanos, psiquiatras, internistas, nefrólogos, oncólogos, evaluadores de electrocardiogramas, cardiólogos, médicos especialistas en heridas, intensivistas, hospitalistas y cualquier otro médico independiente y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicio a los pacientes de Wayne de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Wayne.

**Wayne MRI, LLC («Wayne MRI»)**

Yo estoy consciente de que los radiólogos de Wayne MRI son contratistas independientes que proporcionan servicio a los pacientes de Wayne MRI de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Wayne MRI.

**UNC Rockingham Health Care, Inc. («Rockingham»)**

Yo estoy consciente de que algunos proveedores, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anestesiólogos, patólogos, radiólogos y médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Rockingham de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Rockingham.

**APÉNDICE B**

**AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

UNC Health Care y su red de entidades asociadas cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. UNC Health Care y su red de entidades asociadas no excluyen a las personas ni las tratan de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**A. Asistencia y Servicios Gratuitos**

UNC Health Care y su red de entidades asociadas:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
  - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la persona que se identifica abajo (Sección C), para la ubicación de la entidad de la red donde usted está recibiendo los servicios.

**B. Reclamaciones**

Si considera que UNC Health Care o una entidad asociada de la red no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación con las siguientes personas (Section C) dependiendo de dónde recibió los servicios. Puede presentar la reclamación en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita recibir estos servicios, la persona que se identifica abajo (Sección C), para la entidad de la red donde usted está recibiendo los servicios, está disponible para ayudarle.

**C. Contactos**

Entidad de la red	Persona para ayudarle con la asistencia y servicios gratuitos	Persona para ayudar con las reclamaciones
<b>UNC Medical Center</b> (UNC Hospitals; UNC Faculty Physicians; UNC Health Care Shared Services Pharmacy; UNC Homecare; y UNC Home Health)	Director of Patient Relations ( <i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i> ) 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Correo electrónico: patrel1@unhealth.unc.edu	Director of Patient Relations ( <i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i> ) 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Correo electrónico: patrel1@unhealth.unc.edu
<b>Caldwell Memorial Hospital, Inc.</b>	Patient Care Coordinator ( <i>Coordinador de Atención al Paciente</i> ) 321 Mulberry Street SW P.O. Box 1890 Lenoir, NC 28645 Teléfono: (828) 757-5100	Risk & Regulatory Department ( <i>Departamento de Riesgos y Regulación</i> ) 321 Mulberry Street SW P.O. Box 1890 Lenoir, NC 28645 Teléfono: (828) 757-5555 Correo electrónico: RiskMgtUNCCaldwell@unhealth.unc.edu
<b>Chatham Hospital, Inc. y Chatham Imaging Services de Pittsboro, LLC</b>	Interpreting Services Director ( <i>Director del Departamento de Servicios de Interpretación</i> ) 475 Progress Boulevard Siler City, NC 27344 Teléfono: (919) 799-4770	Director of Quality and Risk Management ( <i>Director de Gestión de Calidad y Riesgos</i> ) 475 Progress Boulevard Siler City, NC 27344 Teléfono: (919) 799-4015
Johnston Health Services Corp. (d/b/a <b>Johnston Health</b> )	Telephone Operator ( <i>operador telefónico</i> ) 509 N. Bright Leaf Boulevard P.O. Box 1376 Smithfield NC 27577 Teléfono: (919) 934-8171	Compliance Director ( <i>Director de Cumplimiento</i> ) 509 N. Bright Leaf Boulevard P.O. Box 1376 Smithfield NC 27577 Teléfono: 919-938-7121
Henderson County Hospital Corp. (d/b/a <b>Margaret R. Pardee Memorial Hospital</b> )	Interpreter Services ( <i>Servicios de Intérpretes</i> ) 800 North Justice Street Hendersonville, NC 28791 Teléfono: (828) 696-4644	Civil Rights Coordinator ( <i>Coordinador de Derechos Civiles</i> ) 800 North Justice Street Hendersonville, NC 28791 Teléfono: (828) 698-7998
<b>Nash Health Care Systems</b> (Nash Hospitals, Inc.; Nash MSO, Inc.; y NHCS Physicians, Inc.)	Community Outreach/Emergency Management Coordinator ( <i>Coordinador de Programas Comunitarios/Gestión de Emergencias</i> ) 2460 Curtis Ellis Drive Rocky Mount, NC 27804 Teléfono: (252) 962-3461	Coordinator for Quality Support Services & Risk Management ( <i>Coordinador de Garantía de Calidad y Minimización de Riesgo</i> ) 2460 Curtis Ellis Drive Rocky Mount, NC 27804 Teléfono: (252) 962-8767

<b>UNC REX Healthcare</b> (Rex Hospital, Inc.; Rex Surgery Center of Wakefield, LLC; Rex Surgery Center of Cary, LLC; Rex Wakefield Wellness, LLC; y Rex Radiation Oncology, LLC)	Director of Patient Relations ( <i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i> ) 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Correo Electrónico: patrel1@unchealth.unc.edu	Director of Quality Programs ( <i>Director de los Programas de Calidad</i> ) 4420 Lake Boone Trail Raleigh, NC 27607 Teléfono: (919) 784-3429
<b>UNC Rockingham Health Care, Inc.</b>	Administrative Supervisors ( <i>Supervisores Administrativos</i> ) 117 East Kings Highway Eden, NC 27288 Teléfono: (336) 520-7592 ext. 1712229	Director of Quality and Risk Management ( <i>Director de Calidad y Minimización de Riesgo</i> ) 117 East Kings Highway Eden, NC 27288 Teléfono: (336) 627-4212
<b>UNC Physicians Network, LLC; y UNC Physicians Network Group Practices, LLC</b>	Director of Patient Relations ( <i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i> ) 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Correo electrónico: patrel1@unchealth.unc.edu	Human Resources Executive ( <i>Ejecutivo de Recursos Humanos</i> ) 2000 Perimeter Park Drive Suite 200 Morrisville, NC 27560 Teléfono: (984) 215-4032 Correo Electrónico: contactuncpn@unchealth.unc.edu
<b>Wayne Memorial Hospital, Inc. (d/b/a Wayne UNC Health Care) (Wayne MRI, LLC)</b>	Patient Care Coordination Department ( <i>Departamento de Coordinación de Atención al Paciente</i> ) 2700 Wayne Memorial Drive Goldsboro, NC 27530 Teléfono: (919) 731-6407	Patient Experience Department ( <i>Departamento de Experiencias del Paciente</i> ) 2700 Wayne Memorial Drive Goldsboro, NC 27530 Teléfono: (919) 587-2273 Correo electrónico: <a href="mailto:patient.experience@waynehealth.org">patient.experience@waynehealth.org</a>

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019; 800-537-7697 (TDD). Puede obtener los formularios de reclamación en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**D. Atención**

- **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al:

**UNC Medical Center (UNC Hospitals, UNC Faculty Physicians, UNC Shared Services Center Pharmacy, UNC Homecare, and UNC Home Health):**

1-984-974-5006

**Caldwell Memorial Hospital:**

1-828-757-5100

**Chatham Hospital y Chatham Imaging Services de Pittsboro:**

1-984-974-5006

**UNC REX Healthcare (Rex Hospital; Rex Surgery Center of Wakefield; Rex Surgery Center of Cary; Rex Wakefield Wellness; y Rex Radiation Oncology):**

1-984-974-5006

**Johnston Health:**

1-919-934-8171

**Margaret R. Pardee Memorial Hospital:**

1-828-696-4644

**Nash Health Care Systems (Nash Hospitals, Nash MSO, y NHCS Physicians):**

1-252-962-8000

**UNC Rockingham Health Care**

1-336-520-7592 ext. 1712229

**Wayne Memorial Hospital, Inc. (Wayne MRI, LLC)**

1-919-736-1110

**UNC Physicians Network (UNCPN) y UNC Physicians Network Group Practices (UNCPN GP):**

1-984-974-5006



Patient Label Here

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO - PSIQUIATRÍA (Pág. 1 de 6)**

**HIM# 741s**

Yo entiendo que la University of North Carolina Health Care System (UNC Health Care) es un sistema de salud integrado formado por varias entidades incluyendo (pero no necesariamente limitada a) UNC Hospitals; Rex Hospital Inc.; Caldwell Memorial Hospital, Incorporated; Chatham Hospital, Inc.; Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital; the University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine; Johnston Health Services Corporation; Johnston Specialty Physician Services, Inc.; Nash Hospitals, Inc.; Nash MSO, Inc.; NHCS Physicians, Inc.; UNC Rockingham Health Care, Inc.; Wayne Memorial Hospital, Inc. d/b/a Wayne UNC Health Care ; Wayne MRI, LLC ; UNC Physicians Network, LLC; y UNC Physicians Network Group Practices, LLC (en este formulario se denomina a cada uno como «afiliado de UNC Health Care» o en forma colectiva como «afiliados de UNC Health Care»). **Este consentimiento estará vigente 1 año a partir de la fecha en que yo lo firme en cualquiera de los afiliados de UNC Health Care en donde yo soy un paciente; sin embargo, este consentimiento no caducará en lo que respecta a servicios, procesamiento de reclamaciones o actividades de cobros relacionados con las admisiones o visitas que ocurran durante el tiempo de vigencia de este consentimiento.**

**Consentimiento para recibir tratamiento/cuidado**

Yo autorizo recibir tratamiento y cuidado de parte de los afiliados de UNC Health Care y sus médicos y proveedores de cuidados de la salud, incluyendo aquellos que están ubicados en otros lugares aparte del que yo me encuentro ahora y que proporcionan tratamiento y cuidado a través de comunicaciones electrónicas/telemedicina. También autorizo recibir tratamiento y cuidado de médicos y proveedores de cuidados de la salud que no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care pero que están autorizados por los afiliados de UNC Health Care para proporcionarme tratamiento y cuidado como paciente de los afiliados de UNC Health Care. Yo estoy consciente de que los proveedores listados en el apéndice A de este consentimiento son contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care, conforme a la lista, y ellos proveen servicios a los pacientes de los afiliados de UNC Health Care de acuerdo con su juicio profesional. Los proveedores listados en el apéndice A no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health Care. Yo entiendo que mi tratamiento y cuidado puede incluir cuidado de rutina como vacunaciones y una variedad de otros servicios médicos dependiendo de mi afección, como por ejemplo pruebas de laboratorio. Yo puedo recibir una lista de servicios y cuidados de mi proveedor de cuidados de la salud. Yo entiendo que mi equipo médico de los afiliados de UNC Health Care puede incluir médicos residentes y estudiantes u otro personal en adiestramiento. Entiendo que la práctica de la medicina (incluyendo la cirugía) no es una ciencia exacta y nadie me ha dado ninguna garantía acerca de los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos.

**Consentimiento para el uso y divulgación de información.**

Yo les doy permiso a los afiliados de UNC Health Care –incluyendo sus proveedores que remiten y proporcionan tratamiento y otros miembros del personal– para divulgar cualquier información acerca de mi persona, mi salud, servicios de salud que me presten, o pago por mis servicios de salud que pudiera ser necesaria: (1) para mi tratamiento (a cualquier proveedor de cuidados de la salud o instalaciones que necesiten la información para mi cuidado continuo); (2) para cualquier propósito relacionado con el pago de servicios hecho por mí o un tercero (para determinar idoneidad, para procesar una reclamación al seguro, para revisión de utilización y calidad o con el propósito de facturación o cobro, según sea necesario para obtener el pago); (3) para las operaciones del negocio de cuidados de la salud del afiliado de UNC Health Care u otro proveedor de cuidados de la salud que haya tenido relación conmigo (incluyendo la evaluación de calidad, programas de capacitación, planificación y actividades para la recaudación de fondos); o (4) de otra manera descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad y como la ley lo permita.

Para información más detallada sobre la forma en la cual se puede usar o divulgar mi información, puedo leer el *Aviso de Prácticas de Privacidad de UNC Health Care*.

Yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health Care y sus empleados, agentes y contratistas para tomar fotografías, videos o hacer dibujos de mi persona con propósitos permisibles de tratamiento, pago o de las operaciones de cuidados de la salud (los cuales pueden incluir evaluación de calidad, educación y capacitación) siempre y cuando sea consistente con las políticas y las leyes que protegen mis derechos.

**Consentimiento para ser utilizado dentro de UNC Health Care**

Yo además doy permiso a los afiliados de UNC Health Care y sus proveedores que proporcionan tratamiento y a otros miembros del personal para divulgar entre ellos cualquiera de mi información delicada necesaria para mi tratamiento, incluyendo información relacionada con la salud mental o conductual (incluyendo expedientes médicos de mi tratamiento de otra institución cuyo propósito principal es proporcionar servicios de cuidado, tratamiento, habilitación o rehabilitación de los enfermos mentales, discapacitados en el desarrollo o abusadores de sustancias, como se definen en N.C.G.S Capítulo 122C, Artículos 1 y 3), drogas y alcohol (incluyendo expedientes médicos de un proveedor que proporciona diagnóstico, tratamiento o remisión para el abuso de alcohol o drogas, como se define de acuerdo a la ley federal en 42 C.F.R. Parte 2), VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas y pruebas genéticas.

**Responsabilidad financiera**

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los cargos de los médicos por los servicios médicos y profesionales realizados o supervisados por un médico, se facturarán por separado de los cargos del hospital. Entiendo que el costo actual pudiera ser distinto del costo estimado que me dieron. También entiendo que es posible que una compañía de seguro médico no pague el monto total de mis cuentas, y yo pudiera ser responsable de la cantidad no pagada (como paciente, cónyuge o padre de un menor de edad). Si yo no tengo cobertura de un seguro médico o no he proporcionado información vigente y exacta del seguro, soy responsable por el pago de todo el adeudo. Si he pagado de más en cualquiera de mis cuentas con un afiliado en particular de UNC Health Care, estoy de acuerdo en que el monto que se pagó de más se transfiera para pagar cualquier deuda pendiente de cualquiera de mis cuentas con otros afiliados de UNC Health Care.

**Yo además autorizo la divulgación de información financiera y actividad relacionada con los pagos por los servicios a:**

**Nombre del individuo:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Certificación de cobertura, asignación y solicitud de pago de Medicare/Medicaid**

Yo he sido informado de que Medicare solamente pagará por servicios que determine razonables y necesarios conforme a la sección 1862(a)(1) de la ley de Medicare. Yo certifico que la información proporcionada por mí o mi representante autorizado en mi solicitud de pago para mis cuidados de la salud bajo los programas de Medicare y Medicaid es correcta. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al afiliado apropiado de UNC Health Care en mi nombre. Yo autorizo a los afiliados de UNC Health Care a facturar directamente y a traspasar el derecho a todo beneficio por seguro médico o de responsabilidad civil, de otra manera pagadero a mi persona, y autorizo el pago directo al afiliado apropiado de UNC Health Care.

**Núm. del seguro social**

Yo he dado voluntariamente mi número de seguro social. Los afiliados de UNC Health Care pueden usarlo para fines de identificación exacta, presentación de reclamaciones de seguro, facturación y cobros y cumplimiento de las leyes federales y estatales.

**Número de teléfono celular**

Los afiliados de UNC Health Care o sus agentes o representantes se pueden comunicar conmigo por teléfono a cualquier número anotado en mi expediente de los afiliados de UNC Health Care incluyendo teléfonos celulares con el propósito de comunicarse conmigo respecto al cuidado de mi salud, proporcionarle servicios a mi cuenta y cobrar las cantidades adeudadas. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pregrabados o mensajes con voz artificial y mensajes de texto y el uso de servicios de llamada automáticos. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento comunicándome con UNC Health Care en forma verbal o escrita.

**Objetos personales**

Yo entiendo que los afiliados de UNC Health Care no asumen responsabilidad por mis objetos personales que yo mantenga conmigo y yo relevo a los afiliados de UNC Health Care de toda responsabilidad por la pérdida, robo o daño de esas pertenencias.

**Facturación del seguro por servicios psiquiátricos**

Facturaremos su compañía aseguradora por los servicios que se le proporcionen a usted a menos que usted marque «no» abajo y esté de acuerdo en ser personalmente responsable por el pago de todas las reclamaciones en relación con su cuidado psiquiátrico. ¿Quiere que se presenten a la compañía de seguro médico las reclamaciones e información de salud relacionada?

\_\_\_\_\_ (iniciales) **NO, yo no quiero** que se presenten a mi compañía de seguros reclamaciones o información de la salud relacionada y estoy de acuerdo que yo soy personalmente responsable por el pago de las reclamaciones en relación con los servicios psiquiátricos proporcionados.

**Mayor confidencialidad para los servicios psiquiátricos**

Las leyes estatales y federales disponen una mayor confidencialidad para los servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias. **UNC Health Care no divulgará ninguna información a personas que pregunten sobre mí y los servicios de salud mental y abuso de sustancias que yo recibo sin mi consentimiento (a menos que se disponga de acuerdo a la ley). (Ver las opciones específicas abajo).**

**Lista de pacientes**

Para conveniencia de los pacientes y visitantes, UNC Health Care mantiene una lista de los pacientes que están recibiendo servicios actualmente para que podamos proporcionar el lugar donde se encuentra el paciente en las instalaciones y el estado general del paciente a las personas que preguntan por un paciente por su nombre.

\_\_\_\_\_ (iniciales) **SÍ, yo quiero** divulgar mi información en la lista de pacientes de UNC Health Care.

**Información religiosa**

Puede que UNC Health Care proporcione una lista de pacientes al clero de la comunidad cuando la solicitan. Esta lista incluye el nombre y la ubicación del paciente, su estado en general y su afiliación religiosa.

\_\_\_\_\_ (iniciales) **SÍ, yo quiero** que me incluyan en la lista de UNC Health Care que se proporciona al clero.

**Compartiendo información con los familiares o amigos**

Como una cortesía, la información de salud limitada pudiera compartirse con familiares y amigos bajo las siguientes circunstancias: (1) la información está relacionada con la participación del individuo en el cuidado del paciente o pago por su cuidado, o (2) la

información es necesaria para notificar a individuos responsables del cuidado del paciente sobre la ubicación del paciente, estado en general o la muerte.

\_\_\_\_\_ (iniciales) **SÍ, yo quiero** que la información personal de salud se comparta con los familiares y amigos.

**Divulgación de información médica para un procedimiento judicial de internamiento psiquiátrico involuntario**

Si yo estoy recibiendo tratamiento para la salud mental o para la drogadicción o el alcoholismo, conforme a un procedimiento judicial, puede que le pidan a UNC Health Care System que divulgue los resultados de los exámenes médicos y los expedientes médicos - entre otros, los expedientes psiquiátricos o los del tratamiento para drogadicción o alcoholismo - a mi abogada designada, Dolly Whiteside, la Abogada principal de la Oficina del abogado especial de Defensoría pública de Carolina del Norte (Office of Special Counsel of the North Carolina Indigent Defense Services), o a su designado. La divulgación sería únicamente con el objetivo de representarme en el procedimiento judicial.

\_\_\_\_\_ (iniciales) **SÍ, yo deseo** que mi información se divulgue a Dolly Whiteside o a sus designados si fuera necesario para representarme. Mi consentimiento para esta divulgación está sujeto a revocación en cualquier momento excepto en la medida en que UNC Health Care System ya haya divulgado información como resultado de esta autorización, y si no se revoca expresamente, esta autorización caducará a la terminación del procedimiento judicial correspondiente.

**SOLO PARA LOS PACIENTES EN RESIDENCIAS U HOSPITALIZADOS**

¿A quién quiere que se le notifique en caso de una emergencia médica o transferencia a otras instalaciones?

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

¿A quién quiere que se le notifique si se usan medidas restrictivas como aislamiento o restricción física?

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (iniciales) **YO NO QUIERO** que se divulgue ninguna información en caso de una emergencia, transferencia o uso de medidas restrictivas.

**YO ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. MI REVOCACIÓN NO TENDRÁ VIGENCIA PARA ACCIONES YA TOMADAS POR PARTE DE CUALQUIER AFILIADO DE UNC HEALTH CARE O A ACCIONES EN PROCESO.**

**Yo autorizo a los afiliados de UNC HEALTH CARE A DIVULGAR TODOS LOS EXPEDIENTES NECESARIOS PARA CUMPLIR CON ESTAS SOLICITUDES. YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO, HE RECIBIDO UNA COPIA, Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.**

\_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

RELACIÓN, si no es el paciente: \_\_\_\_\_

**GARANTE:** Si yo firmo a continuación como garante (no como el paciente o cónyuge del paciente o padre de un menor de edad), yo estoy de acuerdo en pagar todas las cuentas no canceladas de los afiliados de UNC Health Care, **indistintamente de si de otra forma no estoy legalmente obligado a pagarlas.**

\_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL GARANTE DE PAGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

Contratistas independientes de los afiliados de UNC Health Care

**UNC Hospitals («UNCH»)**

Estoy consciente de que los médicos, enfermeras especializadas y asociados médicos que proveen servicios a pacientes de UNCH pueden ser contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de UNC Hospitals de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de UNC Hospitals.

**Rex Hospital, Inc. («Rex»)**

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, patólogos, psiquiatras, obstetras hospitalistas, radiólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especialistas y asociados médicos, son contratistas independientes que les proporcionan servicios a los pacientes de Rex de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Rex.

**Caldwell Memorial Hospital, Incorporated («Caldwell»)**

Yo estoy consciente de que algunos proveedores, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, patólogos, radiólogos y médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Caldwell de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Caldwell.

**Chatham Hospital, Inc. («Chatham»)**

Yo estoy consciente de que los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, enfermeras anestesistas registradas certificadas, hospitalistas, patólogos, y radiólogos y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Chatham de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Chatham.

**Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital («Pardee»)**

Yo estoy consciente de que los radiólogos, el grupo de anesthesiólogos, oncólogos de radiación y los patólogos y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Pardee de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Pardee.

**Johnston Health Services Corporation («Johnston»)**

Yo estoy consciente de que la mayoría de los médicos que proporcionan cuidados en Johnston, y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicios en Johnston de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Johnston.

**Nash Hospitals, Inc. («Nash»)**

Yo estoy consciente de que todos los médicos que ejercen en Nash y puede que me atiendan, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, patólogos, radiólogos, médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, evaluadores de electrocardiogramas, hospitalistas (incluyendo hospitalistas de atención médica primaria, hospitalistas pediátricos, neonatólogos y cirujanos hospitalistas), cirujanos bariátricos, cardiólogos, psiquiatras, médicos especialistas en heridas y sus respectivas enfermeras especialistas y asociados médicos son contratistas independientes que le proporcionan servicios a los pacientes de Nash de acuerdo con su juicio profesional; y yo entiendo que estos profesionales no son empleados o agentes de Nash, y que Nash no es responsable por sus acciones.

**Wayne Memorial Hospital, Inc. d/b/a Wayne UNC Health Care («Wayne»)**

Yo estoy consciente de que los radiólogos, patólogos, anesthesiólogos, médicos del departamento de emergencias, cirujanos, psiquiatras, internistas, nefrólogos, oncólogos, evaluadores de electrocardiogramas, cardiólogos, médicos especialistas en heridas, intensivistas, hospitalistas y cualquier otro médico independiente y sus enfermeras especializadas y asociados médicos, son contratistas independientes que proporcionan servicio a los pacientes de Wayne de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Wayne.

**Wayne MRI, LLC («Wayne MRI»)**

Yo estoy consciente de que los radiólogos de Wayne MRI son contratistas independientes que proporcionan servicio a los pacientes de Wayne MRI de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Wayne MRI.

**UNC Rockingham Health Care, Inc. («Rockingham»)**

Yo estoy consciente de que algunos proveedores, incluyendo pero no limitados a los médicos del departamento de emergencias, anesthesiólogos, patólogos, radiólogos y médicos oncólogos y oncólogos de radiación y sus enfermeras especializadas y asociados médicos son contratistas independientes que proporcionan servicios a los pacientes de Rockingham de acuerdo con su juicio profesional. Estos profesionales médicos no son empleados ni agentes de Rockingham.

**AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

UNC Health Care y su red de entidades asociadas cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. UNC Health Care y su red de entidades asociadas no excluyen a las personas ni las tratan de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**A. Asistencia y Servicios Gratuitos**

UNC Health Care y su red de entidades asociadas:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
  - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la persona que se identifica abajo (Sección C), para la ubicación de la entidad de la red donde usted está recibiendo los servicios.

**B. Reclamaciones**

Si considera que UNC Health Care o una entidad asociada de la red no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación con las siguientes personas (Section C) dependiendo de dónde recibió los servicios. Puede presentar la reclamación en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita recibir estos servicios, la persona que se identifica abajo (Sección C), para la entidad de la red donde usted está recibiendo los servicios, está disponible para ayudarle.

**C. Contactos**

Entidad de la red	Persona para ayudarle con la asistencia y servicios gratuitos	Persona para ayudar con las reclamaciones
<b>UNC Medical Center</b> (UNC Hospitals; UNC Faculty Physicians; UNC Health Care Shared Services Pharmacy; UNC Homecare; y UNC Home Health)	Director of Patient Relations ( <i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i> ) 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Correo electrónico: patrel1@unchealth.unc.edu	Director of Patient Relations ( <i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i> ) 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Correo electrónico: patrel1@unchealth.unc.edu
<b>Caldwell Memorial Hospital, Inc.</b>	Patient Care Coordinator ( <i>Coordinador de Atención al Paciente</i> ) 321 Mulberry Street SW P.O. Box 1890 Lenoir, NC 28645 Teléfono: (828) 757-5100	Risk & Regulatory Department ( <i>Departamento de Riesgos y Regulación</i> ) 321 Mulberry Street SW P.O. Box 1890 Lenoir, NC 28645 Teléfono: (828) 757-5555 Correo electrónico: RiskMgtUNCCaldwell@unchealth.unc.edu
<b>Chatham Hospital, Inc. y Chatham Imaging Services de Pittsboro, LLC</b>	Interpreting Services Director ( <i>Director del Departamento de Servicios de Interpretación</i> ) 475 Progress Boulevard Siler City, NC 27344 Teléfono: (919) 799-4770	Director of Quality and Risk Management ( <i>Director de Gestión de Calidad y Riesgos</i> ) 475 Progress Boulevard Siler City, NC 27344 Teléfono: (919) 799-4015
Johnston Health Services Corp. (d/b/a <b>Johnston Health</b> )	Telephone Operator ( <i>operador telefónico</i> ) 509 N. Bright Leaf Boulevard P.O. Box 1376 Smithfield NC 27577 Teléfono: (919) 934-8171	Compliance Director ( <i>Director de Cumplimiento</i> ) 509 N. Bright Leaf Boulevard P.O. Box 1376 Smithfield NC 27577 Teléfono: 919-938-7121
Henderson County Hospital Corp. (d/b/a <b>Margaret R. Pardee Memorial Hospital</b> )	Interpreter Services ( <i>Servicios de Intérpretes</i> ) 800 North Justice Street Hendersonville, NC 28791 Teléfono: (828) 696-4644	Civil Rights Coordinator ( <i>Coordinador de Derechos Civiles</i> ) 800 North Justice Street Hendersonville, NC 28791 Teléfono: (828) 698-7998
<b>Nash Health Care Systems</b> (Nash Hospitals, Inc.; Nash MSO, Inc.; y NHCS Physicians, Inc.)	Community Outreach/Emergency Management Coordinator ( <i>Coordinador de Programas Comunitarios/Gestión de Emergencias</i> ) Nash Health Care Systems 2460 Curtis Ellis Drive Rocky Mount, NC 27804 Teléfono: (252) 962-3461 Fax: (252) 962-3347	Coordinator for Quality Support Services & Risk Management ( <i>Coordinador de Garantía de Calidad y Minimización de Riesgo</i> ) Nash Health Care Systems 2460 Curtis Ellis Drive Rocky Mount, NC 27804 Teléfono: (252) 962-8767 Fax: (252) 962-8855

<b>UNC REX Healthcare</b> (Rex Hospital, Inc.; Rex Surgery Center of Wakefield, LLC; Rex Surgery Center of Cary, LLC; Rex Wakefield Wellness, LLC; y Rex Radiation Oncology, LLC)	Director of Patient Relations ( <i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i> ) 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Correo electrónico: patrel1@unchealth.unc.edu	Director of Quality Programs ( <i>Director de los Programas de Calidad</i> ) 4420 Lake Boone Trail Raleigh, NC 27607 Teléfono: (919) 784-3429
<b>UNC Rockingham Health Care, Inc.</b>	Administrative Supervisors ( <i>Supervisores Administrativos</i> ) 117 East Kings Highway Eden, NC 27288 Teléfono: (336) 520-7592 ext. 1712229	Director of Quality and Risk Management ( <i>Director de Calidad y Minimización de Riesgo</i> ) 117 East Kings Highway Eden, NC 27288 Teléfono: (336) 627-4212
<b>UNC Physicians Network, LLC; y UNC Physicians Network Group Practices, LLC</b>	Director of Patient Relations ( <i>Director del Departamento de Atención al Paciente</i> ) 101 Manning Drive Chapel Hill, NC 27514 Teléfono: (984) 974-5006 Correo electrónico: patrel1@unchealth.unc.edu	Human Resources Executive ( <i>Ejecutivo de Recursos Humanos</i> ) 2000 Perimeter Park Drive Suite 200 Morrisville, NC 27560 Teléfono: (984) 215-4032 Correo electrónico: contactuncpn@unchealth.unc.edu
<b>Wayne Memorial Hospital, Inc.</b> (d/b/a Wayne UNC Health Care) (Wayne MRI, LLC)	Patient Care Coordination Department ( <i>Departamento de Coordinación de Atención al Paciente</i> ) 2700 Wayne Memorial Drive Goldsboro, NC 27530 Teléfono: (919) 731-6407	Patient Experience Department ( <i>Departamento de Experiencias del Paciente</i> ) 2700 Wayne Memorial Drive Goldsboro, NC 27530 Teléfono: (919) 587-2273 Correo electrónico: <a href="mailto:patient.experience@waynehealth.org">patient.experience@waynehealth.org</a>

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019; 800-537-7697 (TDD). Puede obtener los formularios de reclamación en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**D. Atención**

- **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al:

**UNC Medical Center (UNC Hospitals, UNC Faculty Physicians, UNC Shared Services Center Pharmacy, UNC Homecare, and UNC Home Health):**

1-984-974-5006

**Caldwell Memorial Hospital:**

1-828-757-5100

**Chatham Hospital y Chatham Imaging Services de Pittsboro:**

1-984-974-5006

**UNC REX Healthcare (Rex Hospital; Rex Surgery Center of Wakefield; Rex Surgery Center of Cary; Rex Wakefield Wellness; y Rex Radiation Oncology):**

1-984-974-5006

**Johnston Health:**

1-919-934-8171

**Margaret R. Pardee Memorial Hospital:**

1-828-696-4644

**Nash Health Care Systems (Nash Hospitals, Nash MSO, y NHCS Physicians):**

1-252-962-8000

**UNC Physicians Network (UNCPN) y UNC Physicians Network Group Practices (UNCPN GP):**

1-984-974-5006

**Wayne Memorial Hospital, Inc. (Wayne MRI, LLC)**

1-919-736-1110

**UNC Rockingham Health Care**

1-336-520-7592 ext. 1712229

*Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 09/07/18*

## Cuestionario del programa médico de pérdida de peso de North Carolina Surgery

North Carolina Surgery Medical Weight Loss Questionnaire

Fecha de hoy:	
Nombre:	Fecha de nac.:
Médico remitente:	N.º de teléfono de la oficina:
Médico de atención primaria:	N.º de teléfono de la oficina:
Persona que toma decisiones en caso de emergencia:	
N.º de teléfono de la persona encargada de tomar decisiones:	

**¿Cuál es su motivo principal para buscar tratamiento para la obesidad? Marque con un círculo la ÚNICA opción que corresponda:**

Lo quiero para mí («automotivación»).

Un familiar insistió en que tenía que bajar de peso.

Mi médico me recomendó que bajara de peso.

Otro \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su principal motivación para recibir tratamiento para la obesidad? Marque con un círculo la ÚNICA opción que corresponda:**

Me gustaría mejorar mi aspecto.

Me gustaría estar más activo/a y tener una mejor calidad de vida.

Me gustaría mejorar mis problemas de salud.

Otro \_\_\_\_\_

**¿Qué tratamientos le interesa recibir? Marque con un círculo TODAS las opciones que correspondan.**

Cambios de estilo de vida

Medicamentos para bajar de peso

Cirugía para bajar de peso

¿Peso ideal? \_\_\_\_\_

¿Se ha realizado alguna operación para bajar de peso anteriormente? Sí / No

En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas, de lo contrario, avance a la sección «Antecedentes de peso».

Tipo de operación:

Nombre del cirujano:

Nombre del hospital:

Fecha del procedimiento:

Peso antes de la operación:

Peso más bajo alcanzado después de la operación:

¿Está tomando vitaminas y suplementos como se le recomendó? Sí / No

### Antecedentes de peso:

Peso más alto de adulto \_\_\_\_\_ lbs.

Peso más bajo de adulto \_\_\_\_\_ lbs.

### Antecedentes de dietas:

¿Qué dietas le han funcionado anteriormente? Enumere todas las que correspondan.

\_\_\_\_\_

¿Cuál es la mayor cantidad de peso que ha perdido? \_\_\_\_\_ lbs.

¿Durante cuánto tiempo mantuvo su pérdida de peso? \_\_\_\_\_

¿Trabaja actualmente con un dietista titulado? Sí / No.

¿Alguna vez le han diagnosticado o ha sido tratado por un trastorno de la conducta alimentaria? En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_

¿Qué desafíos con respecto a la dieta enfrenta actualmente? (Marque todas las opciones que correspondan):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cafeína                                    | <input type="checkbox"/> «Alimentos refinados» (pasta, arroz, pan blanco) |
| <input type="checkbox"/> Comida rápida                              | <input type="checkbox"/> Postres/dulces/golosinas                         |
| <input type="checkbox"/> Refrescos/bebidas azucaradas               | <input type="checkbox"/> Comidas saladas                                  |
| <input type="checkbox"/> Papas fritas/refrigerios con carbohidratos | <input type="checkbox"/> Alimentos procesados                             |
| <input type="checkbox"/> Comidas fritas/grasas                      |   |

**¿Qué desafíos de comportamiento enfrenta actualmente? (Marque todas las opciones que correspondan):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comer rápido                      | <input type="checkbox"/> Problemas familiares    |
| <input type="checkbox"/> Atracónes compulsivos             | <input type="checkbox"/> Saltarse las comidas    |
| <input type="checkbox"/> Falta de motivación               | <input type="checkbox"/> Adicción a la comida    |
| <input type="checkbox"/> Comer por aburrimiento            | <input type="checkbox"/> Problemas laborales     |
| <input type="checkbox"/> Picotear                          | <input type="checkbox"/> Comer porciones grandes |
| <input type="checkbox"/> Limitaciones físicas              | <input type="checkbox"/> Alcohol                 |
| <input type="checkbox"/> Alimentación emocional/por estrés | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad      |
| <input type="checkbox"/> Comer afuera a menudo             |  |

**¿Cuántas veces a la semana come fuera?**

Desayuno: _____	Comida rápida	Café	Cafetería	Restaurante
Almuerzo: _____	Comida rápida	Café	Cafetería	Restaurante
Cena: _____	Comida rápida	Café	Cafetería	Restaurante

**¿Se salta comidas?**

Desayuno	¿Cuántos días por semana? _____
Almuerzo	¿Cuántos días por semana? _____
Cena	¿Cuántos días por semana? _____

**¿Qué fuentes de proteína come más a menudo?**

- Carne roja (vaca y cerdo)
- Pescado y pollo
- Huevos y lácteos
- Tofu, frijoles y lentejas

**¿Cómo se preparan normalmente sus proteínas? (escoja todas las opciones que correspondan)**

- A la parrilla
- Salteadas con mantequilla/aceites
- Asadas/rostizadas
- Fritas

¿Cuántas porciones de fruta consume al día? \_\_\_\_\_

¿Cuántas porciones de verduras consume al día? \_\_\_\_\_

- Preparadas con queso, mantequilla o aderezos
- Enlatadas
- Frescas
- Congeladas

**Ejercicio:** Qué tipo, con qué frecuencia, por cuánto tiempo (marque con un círculo):

Frecuencia: 2 veces/semana 3 veces/semana 4 veces/semana 5 veces/semana más

Tiempo por sesión: 30 min 45 min 1 hora más de 1 hora

¿Está haciendo cardio? Sí No

Elíptica Aerobicos/Zumba Caminadora Caminar

Nadar Bicicleta estática Ciclismo

Otro: \_\_\_\_\_

¿Está haciendo fortalecimiento muscular? Sí No

Levantamiento de pesas Clases de fortalecimiento Pilates

Yoga Banda elástica de resistencia Otro: \_\_\_\_\_

### Sueño:

¿Alguna vez se hizo un estudio del sueño? \_\_\_\_\_

Me voy a dormir a las \_\_\_\_\_ a. m. /p. m.

Me despierto a las \_\_\_\_\_ a. m. /p. m.

Me despierto \_\_\_\_\_ veces por noche porque \_\_\_\_\_

¿Ronca fuerte? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han dicho que deja de respirar mientras duerme? \_\_\_\_\_

¿Se siente cansado, somnoliento o agotado durante el día? \_\_\_\_\_

### Estrés:

¿Cuál fue su nivel de estrés durante el mes pasado en una escala del 1 al 10, siendo 10 el nivel de estrés más alto \_\_\_\_\_?

¿Cómo le afecta el estrés en su vida cotidiana?

\_\_\_\_\_

¿Cuál es la causa principal de su estrés? \_\_\_\_\_

### ¿Alguna vez ha usado alguno de los siguientes medicamentos?

Phentermine (Adipex-P)	Sí / No / No lo sé
Metformin (Glucophage)	Sí / No / No lo sé
Topiramate (Topamax)	Sí / No / No lo sé
Bupropion (Wellbutrin)	Sí / No / No lo sé
Lorcaserin (Belviq)	Sí / No / No lo sé
Orlistat (Alli/ Xenical)	Sí / No / No lo sé
Qsymia	Sí / No / No lo sé
Contrave	Sí / No / No lo sé
Saxenda/ Victoza	Sí / No / No lo sé
Invokana/ Farxiga/ Jardiance	Sí / No / No lo sé

### Antecedentes sociales: Marque todas las opciones que correspondan.

Consumo actual de nicotina (incluya vapeo y rapé)	¿Tipo de nicotina?	¿Cuánto por día?
Consumo previo de nicotina	¿Tipo de nicotina?	Fecha en que dejó
Consumo actual de alcohol	Frecuencia	¿Cuánto?
Consumo actual de drogas (incluyendo productos de CBD, marihuana, etc.)	¿Tipo de droga?	Frecuencia

### Alergias: Enumere todas las alergias y las reacciones.

Alergia	Reacción

**Farmacia:**

Nombre de la farmacia	Dirección de la farmacia

**Medicamentos actuales:**

Medicamento	Dosis del medicamento	Cantidad que toma diariamente
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

**Antecedentes médicos: Marque todas las opciones que correspondan.**

Reflujo de ácido/acidez		Fibromialgia	
Anemia		Cálculos biliares	
Ansiedad		Gota	
Artritis		Infarto de miocardio	
Asma		Enfermedad cardíaca	
Trastorno bipolar		Hepatitis	
Coágulos de sangre		Colesterol alto	
Cáncer		VIH/SIDA	
Insuficiencia cardíaca crónica, ICC		Hipertensión	
Estreñimiento crónico		Hipotiroidismo	
Diarrea crónica		Enfermedad renal	
Cirrosis		Enfermedad pulmonar	
EPOC		Pancreatitis	
Depresión		Pseudotumor cerebral	
Diabetes		Apnea del sueño	
Diverticulitis		Accidente cerebrovascular	
Epilepsia		Otra:	
Úlceras		Otra:	

**Antecedentes quirúrgicos: Marque todas las opciones que correspondan.**

Apendectomía		Histerectomía	
Operación bariátrica		Reemplazo de articulaciones	
Operación de cerebro		Operación corazón abierto	
Operación de mamas		Marcapasos	
Operación de colon		Operación de próstata	
Cesárea		Operación de intestino delgado	
Cirugía estética		Operación de columna	
Desfibrilador		Colocación de endoprótesis vascular	
Operación de ojos		Reemplazo de válvula	
Reparación de fractura		Vasectomía	
Operación de vesícula biliar		Otra:	
Operación de hernia		Otra:	

**Abuso doméstico:**

1. ¿Son un problema de algún modo para usted el abuso, la violencia o la agresión sexual?  Sí  No
2. ¿Su pareja/cuidador le amenaza de alguna manera?  Sí  No

**Antecedentes familiares:**

Vínculo	Vivo/ muerto	Defectos de nacimiento	Cáncer de mamas	Trastorno de coagulación	EPOC	Enfermedad cardíaca	Hipertensión	Enfermedad renal	Diabetes
Madre									
Padre									
Hermana									
Hermano									
Hija									
Hijo									

**Revisión del sistema:** En el último mes, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?

<b>General</b>	<b>Sistema urinario</b>	<b>Ojos</b>	<b>Estómago e intestinos</b>
Aumento reciente de peso	Micción frecuente o dolorosa	Dolor	Náuseas
Pérdida reciente de peso	Sangre en la orina	Enrojecimiento	Acidez
Cansancio		Pérdida de la visión	Dolor de estómago
Debilidad	<b>Músculos/huesos/articulaciones</b>	Visión doble o borrosa	Vómitos
Fiebre	Entumecimiento	Sequedad	Ictericia
Sudores nocturnos	Dolor en las articulaciones		Incremento del estreñimiento
	Debilidad muscular	<b>Garganta</b>	Diarrea persistente
<b>Sistema nervioso</b>	Inflamación en las articulaciones	Dolor de garganta frecuente	Sangre en las heces
Dolores de cabeza		Carraspera	Heces negras
Mareos	<b>Oídos</b>	Dificultades para tragar	
Desmayos	Zumbido en los oídos	Dolor en la mandíbula	<b>Sangre</b>
Entumecimiento u hormigueo	Pérdida de la audición		Anemia
Pérdida de la memoria			Coágulos

**Revisión del sistema, continuación...**

<b>Corazón y pulmones</b>	<b>Piel</b>
Dolor en el pecho	Enrojecimiento
Palpitaciones	Sarpullido
Desmayos	Nódulos/bultos
Piernas o pies hinchados	Caída del cabello
Tos	Cambios de color en las manos y pies

### Tratamiento de la apnea del sueño:

1. ¿Usa actualmente un dispositivo dental para no roncar o para la apnea del sueño?
  - a. Tipo de dispositivo \_\_\_\_\_
2. ¿Alguna vez ha usado un dispositivo dental para no roncar o para la apnea del sueño?
  - a. Tipo de dispositivo \_\_\_\_\_
3. ¿Usa actualmente el CPAP/Terapia Bi-nivel?     Sí  No
  - a. ¿Cuándo comenzó a usar CPAP/Terapia Bi-nivel? \_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez le han puesto en CPAP/Terapia Bi-nivel?     Sí  No
5. ¿Alguna vez le han realizado una operación para no roncar o para la apnea del sueño?     Sí  No

### Antecedentes de salud mental: Marque todas las opciones que correspondan.

¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes?

Alcoholismo	
Ansiedad	
Trastorno bipolar	
Depresión	
Trastorno obsesivo compulsivo	
Trastorno por estrés posttraumático	
Esquizofrenia	
Otra:	

1. ¿Alguna vez lo han hospitalizado por una afección psiquiátrica?
  - a. Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Motivo? \_\_\_\_\_
  - c. ¿Dónde? \_\_\_\_\_
2. ¿Actualmente recibe tratamiento de un psiquiatra por temas de control de medicamentos?
  - a. Nombre del psiquiatra \_\_\_\_\_
3. ¿Actualmente recibe terapia de un psicólogo?
  - a. Nombre del psicólogo: \_\_\_\_\_
4. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió molesto por los siguientes problemas?

0 = absolutamente no  
 1= varios días  
 2= más de la mitad de los días  
 3= casi todos los días

1. Poco interés o pasión por hacer cosas \_\_\_\_\_
2. Sentirse mal, deprimido o desesperado \_\_\_\_\_
3. Problemas para dormir o para quedarse dormido, o dormir demasiado \_\_\_\_\_
4. Sentirse cansado o con poca energía \_\_\_\_\_
5. Poco apetito o comer en exceso \_\_\_\_\_
6. Sentirse mal con usted mismo, o sentir que es un fracasado,  
o que ha defraudado a su familia o a usted mismo \_\_\_\_\_
7. Moverse o hablar tan lento que otras personas lo notan.  
O lo opuesto, estar tan nervioso o inquieto que se ha  
estado moviendo mucho más de lo normal \_\_\_\_\_
8. Pensar que sería mejor para usted estar  
muerto o pensar en lastimarse usted mismo \_\_\_\_\_

**Puntaje total:** \_\_\_\_\_

9. Si marcó algunos de estos problemas, ¿cuán difícil ha sido para usted trabajar, encargarse de las cosas de la casa o relacionarse con otras personas a causa de estos problemas?
  - No ha sido nada difícil
  - Algo difícil
  - Muy difícil
  - Extremadamente difícil

