

# PATIENT REGISTRATION FORM

Patient Name \_\_\_\_\_  
Last First Middle  
Birthdate \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Male Female Married Single Widowed Divorced  
Social Security \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Spouse Name: \_\_\_\_\_  
Street Address \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
City, State, Zip \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Employer \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Home Phone  
Cell or Pager  
Work Phone

## Insurance Information

¿Su seguro es un plan de cuidado asequible? Y N En caso afirmativo, pasará inmediatamente a ser pago en efectivo. \*¿Sufrió una lesión en el trabajo? Y N ¿Está cubierto por una póliza de empleador o sindicato? Y N \*No aceptamos seguro de compensación laboral. Si su respuesta es Sí, DETÉNGASE.  
\*¿Sus lesiones están relacionadas con el accidente? Y N  
¿Su cónyuge u otro miembro de la familia está empleado? Y N  
\* Las reclamaciones por automóviles y lesiones personales no son presentadas por nuestra oficina y el paciente es responsable del pago  
¿Está empleado actualmente? Y N ¿Tiene una póliza de seguro secundaria? Y N  
¿Es usted el titular de la póliza/suscriptor principal? Sí No Si la respuesta es no, complete lo siguiente:  
Nombre del titular de la póliza/suscriptor principal \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del titular de la póliza/suscriptor /\_\_/\_\_\_ Social Security \_\_\_\_\_  
Su relación con el titular de la póliza Cónyuge Hijo Hijastro Otro: \_\_\_\_\_

## Amigo o pariente más cercano que no vive con usted:

\_\_\_\_\_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
Name Phone Relationship

¿Cómo pagarás la visita? \_\_\_\_\_ ¿Quién lo refirió? \_\_\_\_\_

¿Quién es su médico de atención primaria? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de la visita de hoy? \_\_\_\_\_

¿Ha visto a otro médico por esta afección? Yes No Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido una ALERGIA A LA MEDICACIÓN? Yes No

## En caso afirmativo, haga una lista de los medicamentos alérgicos:

Autorizo voluntariamente la prestación de atención médica, incluidos exámenes, procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico por parte de Ricardo Pocurull M.D., Rajpreet Singh D.O. Laura Smith PA-C, su personal y personas designadas, según su juicio profesional se considere necesario o beneficioso. Reconozco que no se han dado garantías en cuanto al efecto de dicho examen o tratamiento en mi condición. Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones con respecto a mi atención médica, incluido el derecho a rechazar procedimientos médicos y quirúrgicos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Acuse de recibo de la revisión del Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica de Artritis y Osteoporosis del Valle de Brazos. Este documento explica cómo se usará y divulgará mi información médica. Entiendo que el diagnóstico o tratamiento de mí por parte de mi médico puede estar condicionado a mi consentimiento, como lo demuestra mi firma en este documento. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento. Soy consciente de que las copias están disponibles en el vestíbulo de la Clínica de Artritis y Osteoporosis del Valle de Brazos y en línea en [www.aocbv.com](http://www.aocbv.com).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente o de su representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**¿Te sientes cómodo con tu capacidad para leer y escribir?**

**Yes**

**No**

## Autorización para divulgar/discutir información médica

I, \_\_\_\_\_, Autorizo a Ricardo Pocerull M.D, Rajpreet  
Imprimir nombre del paciente

Singh D.O., Laura Smith, PA-C, o su representante designado a divulgar o discutir registros médicos a o con

registros médicos a o con \_\_\_\_\_.

Print Name(s)

Me doy cuenta de que tengo el derecho de rescindir esta designación en cualquier momento escribiendo al personal de la Clínica de Artritis y Osteoporosis de Brazos Valley, PLLC.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso, si está firmado en nombre del paciente

## ARTHRITIS & OSTEOPOROSIS CLINIC OF BRAZOS VALLEY

### Política Financier

Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y servicio posible y consideramos que la comprensión completa de sus responsabilidades financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento. Este acuerdo financiero tiene como objetivo facilitar nuestra capacidad de brindarle un excelente servicio y, al mismo tiempo, minimizar nuestros costos administrativos. Si tiene alguna pregunta sobre la política, coméntela con la oficina de facturación al (979)696-8000. Por favor, dirija sus preguntas sobre su responsabilidad financiera primero a su compañía de seguros. Sin embargo, no dude en llamarnos si tiene preguntas sobre nuestras declaraciones.

**Opciones de Pago:** Para su comodidad, aceptaremos efectivo, cheques, giros postales, VISA, MasterCard, Discover y AMEX. Se agregará un cargo por servicio de \$25.00 a su cuenta por todos los cheques devueltos y debe pagarse antes de que se programen citas adicionales. La restitución del cheque debe hacerse dentro de los 10 días o el cheque se entregará al Fiscal del Condado para su enjuiciamiento.

**Citas:** Las citas rotas representan un costo para nosotros, para usted y para los otros pacientes que podrían haber sido atendidos en el tiempo reservado para usted. Las cancelaciones son necesarias 24 horas antes de la cita. Nos reservamos el derecho de cobrar por las citas perdidas. Actualmente, nuestra tarifa por no presentarse es de \$50 y aumentará en incrementos de \$10 por cada cita perdida más allá de 3. El abuso excesivo de las citas programadas puede resultar en el despido de la práctica. Los recordatorios son una cortesía para ti; Usted es responsable de su cita incluso si no recibe un aviso de recordatorio.

**Seguro:** Debe proporcionar un comprobante de su seguro vigente actualmente en cada cita. A menos que tenga cobertura de salud, el pago completo debe realizarse en el momento del servicio. Facturamos a las compañías de seguros participantes como cortesía para usted. Todos los cargos en los que incurra son su responsabilidad, independientemente de su cobertura de seguro. Debemos enfatizar que, como su proveedor de atención médica, nuestra relación es con usted, nuestro paciente, no con su compañía de seguros. Se espera que pague su deducible y copagos en el momento del servicio. Si no hemos recibido el pago de su compañía de seguros dentro de los 45 días posteriores a la fecha del servicio, es posible que deba pagar el saldo en su totalidad. Usted es responsable de asegurarse de que todos los cargos sean pagados, ya sea por usted o por su compañía de seguros.

**HMO's:** Por lo general, las HMO requieren autorización antes de todas las visitas. Es responsabilidad del paciente obtener esa autorización de su médico de atención primaria con las fechas de servicio de sus citas. Si no tenemos una copia de esta autorización en el momento del servicio, reprogramaremos su cita hasta que esa autorización esté disponible o puede pagar toda su visita antes de ser atendido por su proveedor. Se le reembolsarán los montos que pague su seguro.

**Medicaid:** Medicaid requiere que todos los beneficiarios presenten su tarjeta cuando busquen atención médica, no hacerlo puede resultar en la reprogramación de su cita.

**Pago en Efectivo:** El pago vence en el momento en que se prestan los servicios. Se recomienda a los pacientes que soliciten una cotización al departamento de facturación antes de recibir los servicios.

**Servicios Prestados en el Hospital:** Facturaremos a su plan de salud por todos los servicios prestados en el hospital. Cualquier saldo adeudado es su responsabilidad y se debe pagar al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.

**Compensación de trabajadores:** No aceptamos compensación laboral. No tratamos lesiones sufridas en el trabajo.

**Pacientes Menores:** Para todos los servicios prestados a un paciente menor de edad, buscaremos el pago del adulto que acompaña al paciente y/o del padre o tutor con custodia.

## **ARTHRITIS & OSTEOPOROSIS CLINIC OF BRAZOS VALLEY**

### **Financial Policy**

**Agencia de Cobros:** Cualquier cuenta que se entregue a nuestra agencia de cobro por falta de pago tendrá un cargo de cobro del 30% agregado a la cuenta. Nuestra agencia de cobro cobrará el monto vencido más el cargo de cobro del 30%.

#### **Divulgación de interés financiero en el laboratorio AOCBV y la sala de infusión intrafusional**

Esta divulgación se le proporciona antes de cualquier remisión al centro para servicios de laboratorio o a la sala de infusión para que tenga la oportunidad de seleccionar un laboratorio o clínica de infusión diferente para brindar los servicios. Puede optar por no utilizar el laboratorio AOCBV y/o la sala de infusión IntraFusion.

#### **Asignación de Beneficios**

Por la presente, asigno y transmito directamente al proveedor de atención médica mencionado anteriormente, como mi representante autorizado designado, todos los beneficios médicos y/o reembolsos de seguro, si los hubiera, que de otro modo se me pagarían por servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos prestados o proporcionados por el proveedor de atención médica mencionado anteriormente, independientemente de su estado de participación en la red de atención administrada. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de cualquier seguro o pago de beneficios aplicable. Por la presente autorizo al proveedor de atención médica mencionado anteriormente a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Además, por la presente autorizo a mi administrador del plan, fiduciario, asegurador y/o abogado a divulgar al proveedor de atención médica mencionado anteriormente todos y cada uno de los documentos del Plan, descripción resumida de beneficios, póliza de seguro y/o información de liquidación previa solicitud por escrito del proveedor de atención médica mencionado anteriormente o sus abogados para reclamar dichos beneficios médicos.

Además de la cesión de los beneficios médicos y/o el reembolso del seguro anterior, también asigno y/o transmito al proveedor de atención médica mencionado anteriormente cualquier reclamo legal o administrativo o elijo una acción que surja en virtud de cualquier plan de salud grupal, plan de beneficios para empleados, seguro de salud o seguro de responsabilidad civil con respecto a los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos. tratamientos, terapias y/o medicamentos que recibo del proveedor de atención médica mencionado anteriormente (incluido cualquier derecho a presentar esos reclamos legales o administrativos o elegir una acción). Esto constituye una cesión expresa y consciente de reclamaciones por incumplimiento de ERISA o de obligaciones fiduciarias y otras reclamaciones legales y/o administrativas,

Con esta asignación y designación de representante autorizado, tengo la intención de transmitir al proveedor mencionado anteriormente todos mis derechos para reclamar (o imponer un gravamen) a los beneficios médicos relacionados con los servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos proporcionados por el proveedor de atención médica mencionado anteriormente, incluidos los derechos a cualquier acuerdo, seguro o recursos legales o administrativos aplicables (incluidos los daños que surjan de las reclamaciones por incumplimiento del deber fiduciario de ERISA). Al cesionario y/o representante designado (proveedor mencionado anteriormente) le doy el derecho de (1) obtener información sobre el reclamo en la misma medida que yo; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) hacer cualquier solicitud, incluida la presentación o recepción de una notificación de los procedimientos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y presentar reclamos o elegir en acción o derecho contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de atención médica o administrador del plan.

Esta cesión vitalicia permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí, por escrito. Es válido para todas las revisiones administrativas y judiciales bajo PPACA (legislación de reforma de atención médica), ERISA, Medicare y las leyes federales y estatales aplicables. Se considerará válida una fotocopia de esta cesión, igual que si fuera el original.

He leído y entiendo completamente este acuerdo y acepto estar sujeto a sus términos.

---

Firma del paciente/responsable

---

Fecha

---

Nombre Impreso



**ARTHRITIS & OSTEOPOROSIS CLINIC OF BRAZOS VALLEY**

1725 Birmingham RD, Ste. 200, College Station, TX 77845 · (979) 696-8000 · (979) 696-8100 fax

*Board Certified in Rheumatology*

**Ricardo Pocerull, MD, FACR**

**Rajpreet Singh, DO, FACR**

**Laura Smith, PA-C**

## **Formulario de reconocimiento de aspiración e inyección conjunta**

Paciente: \_\_\_\_\_

1. La artrocentesis o aspiración e inyección de una articulación son procedimientos comúnmente utilizados por la AOCBV para mejorar la función articular y proporcionar alivio del dolor, así como medidas de evaluación. Este es un formulario de acuse de recibo para el registro del paciente que identifica mi reconocimiento de dichos procedimientos.
2. Entiendo que estos son procedimientos que se realizan colocando una aguja en la articulación o en el área circundante. El objetivo es extraer líquido de la articulación para aliviar el dolor, analizar el líquido bajo el microscopio y, posiblemente, inyectar medicamentos en la articulación para proporcionar un alivio adicional del dolor. Entiendo que la extracción de líquido puede ser necesaria para averiguar por qué el líquido estaba presente. Entiendo que el líquido puede volver a acumularse después de la extracción. Entiendo que el medicamento que se puede inyectar es un corticosteroide y puede no proporcionar un alivio duradero o permanente, y que no se puede garantizar el resultado de mi procedimiento planificado.
3. Los riesgos asociados con la aspiración e inyección articular incluyen los siguientes:
  - Dolor asociado con el procedimiento si la aguja toca las superficies articulares
  - Aumento del sangrado, especialmente para aquellos pacientes que toman medicamentos anticoagulantes.
  - Daño a un nervio o a la superficie de la articulación debido a la aguja o al medicamento
  - Introducción poco frecuente de infección en la articulación
  - Aumento del dolor articular después de la inyección de medicamentos o reacción de brote posterior a la inyección
- 4. Entiendo que puedo rechazar cualquier procedimiento que se me ofrezca durante mi atención en AOCBV.**

Iniciales: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## ARTHRITIS & OSTEOPOROSIS CLINIC OF BRAZOS VALLEY

1725 Birmingham Rd., Ste. 200, College Station, TX 77845 · (979) 696-8000 · (979) 696-8100 fax

*Board Certified in Rheumatology*

**Ricardo Pocerull, MD, FACR**

**Rajpreet Singh, DO, FACR**

**Laura Smith, PA-C**

### **Acuerdo de Sustancias Controladas para Estupefacientes Prescritos por la AOCBV**

I, \_\_\_\_\_, Acordar que si AOCBV está recetando una sustancia controlada, ellos serán los únicos médicos que me recetarán este medicamento y que obtendré todas mis recetas de sustancias controladas en una farmacia. No buscaré sustancias controladas de otro médico. I will not take controlled substances in larger amounts or more frequently than is prescribed.

- No daré ni venderé mis medicamentos a nadie más, incluidos los miembros de mi familia; ni aceptaré ninguna sustancia controlada de nadie más. Acepto ser responsable del almacenamiento seguro de mis medicamentos en todo momento. Entiendo que los medicamentos perdidos o robados no serán reemplazados.
- Asistiré a todas las citas, tratamientos y consultas razonables según lo solicite mi médico.
- Entiendo que el uso a largo plazo de sustancias controladas para tratar el dolor crónico puede resultar en dependencia física de este medicamento, y que la disminución o interrupción repentina del medicamento conducirá a los síntomas de abstinencia de sustancias controladas. Entiendo que la abstinencia de sustancias controladas es incómoda, pero no pone en peligro la vida.
- Entiendo que existe el riesgo de que me vuelva adicto a las sustancias controladas que me recetan. El riesgo es pequeño cuando los medicamentos se toman según lo prescrito para el dolor.
- Entiendo que mi médico puede requerir que me haga un control de orina mensualmente para los medicamentos de la Lista II, cada 3 meses para los medicamentos de la Lista III. Si surge una preocupación sobre la adicción durante mi tratamiento, mi médico puede pedirme que consulte a un especialista en medicina de la adicción. Cumpliré con todas las solicitudes de pruebas de laboratorio, incluido el monitoreo de orina aleatorio o programado para el manejo adecuado de narcóticos, según lo ordenado por mi médico.
- Entiendo que el uso de cualquier sustancia que altere el estado de ánimo, como tranquilizantes, pastillas para dormir, alcohol o drogas ilícitas (como cannabis, cocaína, heroína o alucinógenos), puede causar efectos adversos o interferir con la terapia con opioides. Por lo tanto, estoy de acuerdo en abstenerme del uso de todas estas sustancias sin el consentimiento previo de mi médico.
- Doy mi consentimiento para la comunicación abierta entre mi médico y cualquier otro profesional de la salud involucrado en mi gestión, como farmacéuticos, otros médicos, servicios de emergencia, etc.
- Entiendo que si rompo este acuerdo, mi médico se reserva el derecho de dejar de recetar sustancias controladas y puedo ser dado de alta de esta práctica.
- Cumpliré con las solicitudes de mi médico de ir al consultorio para un recuento de píldoras entre las visitas programadas.

#### **Sólo recargas:**

- Solicite resurtidos a través de su farmacia preferida. Todos los medicamentos controlados DEBEN enviarse electrónicamente a la farmacia, ya no tenemos recetas en papel para recoger. Las reposiciones no se surtirán los fines de semana, días festivos ni se enviarán fuera del estado por el proveedor de guardia, así que planifique en consecuencia y todo para el procesamiento en el consultorio durante nuestro horario normal de la clínica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## ARTHRITIS & OSTEOPOROSIS CLINIC OF BRAZOS VALLEY

1725 Birmingham Dr., Ste. 200, College Station, TX 77845 · (979) 696-8000 · (979) 696-8100 fax

Board Certified in Rheumatology

Ricardo Pocerull, MD, PA, CCD , Rajpreet Singh, DO, PA, CCD,

Laura Smith PA-C

### Consentimiento Informado para la Inteligencia Artificial

#### ¿Qué es IA Escriba?

IA scribe transcribe los encuentros entre pacientes y proveedores a través de una grabación de la visita del paciente que no retiene datos. El software extrae, resume y estructura información médicamente relevante para el proveedor. La aplicación de IA, Freed©, cumple con HIPPA y realiza evaluaciones de riesgos periódicas para garantizar que sus políticas sigan siendo aplicables.

#### Beneficio

Los escribas de IA son una herramienta transformadora en la atención médica, diseñada para mejorar la eficiencia, la precisión y los resultados de los pacientes. IA automatizar las tareas de documentación, estos sistemas permiten a los proveedores de atención médica dedicar más tiempo a interactuar con los pacientes y tomar decisiones informadas, lo que reduce la carga del papeleo. Los escribas de IA agilizan el proceso de documentación, lo que permite a los proveedores centrarse en ofrecer una atención de alta calidad.

Además, los escribas de IA ayudan a los proveedores de atención médica en la toma de decisiones al organizar los detalles clave de las conversaciones entre pacientes y proveedores, lo que reduce la carga cognitiva y facilita planes de tratamiento más confiables. Estos sistemas mejoran el flujo de trabajo al integrarse a la perfección con las herramientas y sistemas existentes, lo que permite a los proveedores acceder a la información del paciente, establecer recordatorios y solicitar pruebas a través de simples comandos de voz. IA combinar la eficiencia, la precisión y la mejora del flujo de trabajo, los escribas de IA representan un avance significativo en la tecnología sanitaria.

#### Consentir

**DOY MI** consentimiento para el uso de Inteligencia Artificial en mis visitas

**NO DOY MI** consentimiento para el uso de Inteligencia Artificial en mis visitas

He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo que NO debo firmar este formulario si todos los elementos, incluidas todas mis preguntas, no han sido explicados o respondidos a mi satisfacción o si no entiendo algún término o palabra contenida en este formulario de consentimiento. No tengo más preguntas

**Nombre Impreso del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Appt Date:   
Singh 1/9/2023

**Nombre del paciente:**

**Fecha de nacimiento:**

**Sexo:**

**Proveedor de renderizado:**

**MRN:**

**Información del contacto** Por favor revise la siguiente información y alertar a la recepción si esta es correcta o ha cambiado

Dirección de correo electrónico:  Teléfono de la casa:  Teléfono móvil:

Dirección:  Información adicional sobre la dirección:

Ciudad:  Estado:  Código Postal:

**Contacto de Emergencia**

*(Por favor llene las cajas abajo)*

Nombre de pila:

Apellido:

Día #										Trabajo #										Teléfono Movil #									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación:  Cónyuge  Hija  Hijo  Madre  Padre  Hermana  
 Otros Por favor escriba aquí

**Historia Social:**

Estado Civil:  Casado  Solo  Divorciado  Viudo  Companero de vida  Refused / no contestar  
 Race:  Blanco  Afroamericana  Asiático  Desconocido  
 Idioma:  Los indios americanos / nativos de Alaska  Nativo de Hawai o de las islas del pacifico  
 Inglés  Español  Chino  Frances  Otros  
 Raza:  Hispano o Latino  No Hispano or Latino

**Occupation**

Cual es su historia de consumo de tabaco?

Estado Fumador:  Actual fumador cada dias  Actual fumador algunos dias  Fumador, desconocido estado actual  
 No fumador  El ex fumador  Desconocido si ha fumador

	Corriente	ex	Nunca	cantidad or dia	Numero de anos	Corriente	ex	Nunca	Cantidad por dia	Numero de anos
Cigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Packs	<input type="text"/>	Mascando tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ounces	<input type="text"/>
Cigarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigars	<input type="text"/>	rapé de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ounces	<input type="text"/>
Tubo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pipes	<input type="text"/>	sin humo (Electronico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Units	<input type="text"/>

Exposición al humo de segunda mano:  Si  No

**¿Cuál es su historial de consumo de alcohol?**

Bebidas alcohol:  Si  No  Anteriormente  Numero de bebidas

Frecuencia:  Diario  Semanal  Mensual  Ocasionalmente  Raramente

Bebe cafeína:  Si  No

# Revisión de los síntomas

¿Estás experimentando alguno de los siguientes síntomas?

## Síntomas constitucionales

- Escalofríos
- Fatiga
- Fiebre
- Sudores nocturnos
- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Debilidad

## Ojos/ ENT

- Pérdida de visión
- Visión borrosa
- Visión doble
- Boca seca
- Ojos secos
- Dolor en los ojos
- Pérdida de la audición
- Ronquera
- Dolor de mandíbula
- Rinorrea
- Llagas en la boca
- Dolor de garganta
- Inflamación/enrojecimiento
- Desgarro
- Mal gusto en la boca
- Dolor de oídos
- Sensación arenosa en los ojos

## Respiratorio

- Tos
- Sangre en el esputo
- Falta de aliento
- Sibilancias

## Cardiovascular

- Dolor de Pecho
- Edema
- Palpitaciones
- Enfermedad de Raynaud
- Murmullo
- Alta presión sanguínea

## Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Heartburn
- Loss of Appetite
- Náusea
- Vomitando
- Cambio en los hábitos intestinales
- Sangrado rectal

## Genitourinario

- Ardor con micción
- Sangre en la orina

## Endocrino

- Pérdida de cabello
- Sediento
- Gota
- Hambre incontrolada
- Cambio de forma de la cara

## Neurológico

- Mareo
- Entumecimiento
- Dolor de cabeza
- Pérdida de memoria
- Temblores
- Ardor en las extremidades
- Pérdida del equilibrio

## Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión
- Cambios de humor
- Irritabilidad
- De sueño cambio de ciclo

## Piel

- Urticaria
- Picor
- Cambios de uñas
- Sensibilidad solar
- Psoriasis
- Erupciones
- Sensibilidad al cuero cabelludo
- Piel seca
- Cambios de color de piel
- Caspa

## Musculosquelético

- Pérdida de movimiento
- Dolor en las articulaciones
- Inflamación / rigidez conjunta
- Dolor lumbar
- Rigidez matutina
- Calambres musculares
- Debilidad muscular
- Dolor de cuello
- Pérdida de movimiento
- Rigidez muscular
- Fracturas
- Dolor al caminar aliviado por el descanso
- Dificultad para hacer lo normal actividades de la vida diaria

## Hematológico / linfático

- Sangrado anormal
- Moretones con facilidad
- Glándula linfática agrandada
- Anemia
- Coágulos de sangre

**Historia pasada de fracturas**

R	L	B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor escriba la ubicación de la fractura.


AÑO


**Historial Medica**

- |   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> Pólipos Colon                              | <input type="checkbox"/> Glaucoma                           | <input type="checkbox"/> Iritis/Ecleritis    | <input type="checkbox"/> Lupus                |
| <input type="checkbox"/> Espodilitis anquilosante | <input type="checkbox"/> Coronary                                   | <input type="checkbox"/> Gota                               | <input type="checkbox"/> Nefropatía          | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis       |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn                        | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón              | <input type="checkbox"/> Cálculos Renales    | <input type="checkbox"/> Neumonía             |
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> CVA  | <input type="checkbox"/> Hepatitis                          | <input type="checkbox"/> Obesidad            | <input type="checkbox"/> Soriasis             |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre       | <input type="checkbox"/> depresión                                  | <input type="checkbox"/> Alto B/P                           | <input type="checkbox"/> Migrañas            | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal     |
| <input type="checkbox"/> Cancer                   | <input type="checkbox"/> Diabetes                                   | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto                    | <input type="checkbox"/> Osteoporosis        | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Cataracts                | <input type="checkbox"/> Enfisema/COPD                              | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo                     | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Herpes               |
| <input type="checkbox"/> Artritis Infantil        | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares/<br>enfermedad digestiva | <input type="checkbox"/> Bocio/Enfermedad<br>de la tiroides | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa    | <input type="checkbox"/> Ataque               |
|   |   |   |  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis         |

Tipo:

Otro:

**Historia Quirúrgica Pasada** Alguna vez se ha sometido a una de las siguientes cirugías que se enumeran a continuación

(marque e ingrese el año)	Año		Año		Año
<input type="checkbox"/> Angioplastia	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso Cirugía	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Apendectomía	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Reparación de hernia	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> resección del intestino delgado	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> tiroidectomía	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cirugía de bypass de la arteria coronaria	<input type="text"/>	Ubicación: R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía <b>Solo mujeres</b>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cataracts	<input type="text"/>	Reemplazo de rodilla	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Seccion de cesárea	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> síndrome del túnel carpiano	<input type="text"/>	Ubicación: L <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Colectomía	<input type="text"/>	R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> biopsia hepática	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mastectomía	<input type="text"/>

Otro:

¿Cuántos abortos espontáneos?

¿Cuántos embarazos?

¿Edad en la menopausia?

Cuántos nacimientos

## Historia Quirúrgica Pasada Alguna vez se ha sometido a una de las siguientes cirugías que se enumeran a continuación

(marque e ingrese el año)

Año	<input type="checkbox"/> Inyección articular de cortisona	R	L	B	Año
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hyalgan/Supartz/Euflexxa/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inyección articular Synvisc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inyección conjunta de PRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Terapia física

## Antecedentes familiares ¿Conoce algún pariente consanguíneo que tenga o haya tenido: (marque si "sí")

<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Anquilosante Espondilitis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Síndrome antifosfolípido	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Artritis infantil	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Dermatomiositis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas ilegales	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Osteoarthritis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Polimiositis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Abuso de medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Soriasis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Artritis psoriásica	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Conectivo Mixto Enfermedad del tejido	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Sarcoid	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Esclerodermia	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Sjögrens	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija
<input type="checkbox"/> Vasculitis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hija

## Alergias ¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes: (marque si "sí")

<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> Cipro	<input type="checkbox"/> Huevos	<input type="checkbox"/> Levaquin	<input type="checkbox"/> Sulfa/Bactrim
<input type="checkbox"/> Lidocaína	<input type="checkbox"/> Ibuprofeno	<input type="checkbox"/> No se conocen alergias	<input type="checkbox"/> Otras alergias

## Pruebas previas

¿Cuándo fue su última exploración de densidad ósea?

-   -      Marque aquí si la fecha es aprox.

Resultados:

- Normal  
 Anormal

¿Cuál fue la fecha de su última prueba cutánea de tuberculosis?

-   -      Marque aquí si la fecha es aprox..

Resultados:

- Positiv  
 Negativo

Appt Date: \_\_\_\_\_

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

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

Sexo: \_\_\_\_\_

Proveedor de  
renderizado: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Este cuestionario incluye información que no está disponible en análisis de sangre, radiografías o cualquier otra fuente que no sea usted. Intente responder cada pregunta, incluso si cree que no está relacionada con usted en este momento. Intente completar todo lo que pueda usted mismo; si necesita ayuda, pídale. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor responda exactamente como lo siente. Gracias.

**Por favor coloque una (x) en la una mejor respuesta para sus habilidades en este momento:**

Durante la última semana, ¿pudiste:	Sin cualquier Dificultad	Sin alguno Dificultad	Sin Mucho Dificultad	INCAPAZ hacer
a. ¿Vestirse, incluir atar los cordones de los zapatos y abrocharse los botones?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. ¿Entrar y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. ¿Se lleva una taza o un vaso lleno a la boca?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. ¿Caminar al aire libre sobre césped plano?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. ¿Lavar y secar todo tu cuerpo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. ¿Doblarse para recoger la ropa del suelo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. ¿Abrir y cerrar los grifos habituales?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. ¿Subir o bajar del coche, autobús, tren o avión?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. ¿Camina dos millas o tres kilómetros si lo deseas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. Participar en actividades recreativas y deportivas como te gustaría, si lo deseas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
k. ¿Ten una buena noche y duermes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
l. ¿Lidiar con sentimientos de ansiedad o estar nervioso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
m. ¿Lidiar con sentimientos de depresión o sentirse triste?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

¿Cuánto dolor ha tenido debido a su condición DURANTE LA SEMANA PASADA? Por favor indique qué tan severo ha sido su dolor.:

No Dolor  0  0.5  1  1.5  2  2.5  3  3.5  4  4.5  5  5.5  6  6.5  7  7.5  8  8.5  9  9.5  10 EL DOLOR TAN MALO COMO PODRÍA SER

Considerando todas las formas en que las enfermedades y condiciones de salud pueden afectarle en este momento, indique cómo se encuentra:

MUY BIEN  0  0.5  1  1.5  2  2.5  3  3.5  4  4.5  5  5.5  6  6.5  7  7.5  8  8.5  9  9.5  10 MUY POBREMENTE

¿Tienes la vacuna COVID? NO Sí ¿Fecha de finalización? \_\_\_\_\_

¿Has recibido el refuerzo? No Sí ¿Fecha de finalización? \_\_\_\_\_



Arthritis & Osteoporosis Clinic of Brazos Valley  
 1725 Birmingham Dr., Ste. 200, College Station, TX 77845 · (979) 696-8000 · (979) 696-8100 fax  
 Board Certified in Rheumatology  
 Ricardo Pocurull, MD, PA, CCD , Rajpreet Singh, DO, PA, CCD,  
 Laura Smith PA-C

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

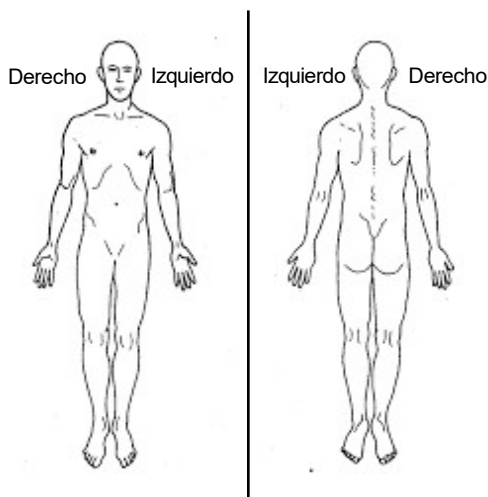
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Inventario Breve del Dolor (formato corta)

1. A lo largo de nuestras vidas, la mayoría de nosotros hemos tenido dolor de vez en cuando (como dolores de cabeza leves, esguinces y dolores de muelas). ¿Has tenido algún otro dolor además de estos tipos de dolor cotidiano hoy?

Sí     No

2. En el diagrama, sombrea las áreas donde sientes dolor. Pon una X en la zona que más te duela.



3. Califique su dolor marcando la casilla junto al número que mejor describa su **peor** dolor en las últimas 24 horas.

0     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10  
 No Dolor Dolor Tan Malo Como Puedes Imaginar

4. Califique su dolor marcando la casilla al lado del número que mejor describa su dolor al **menos** en las últimas 24 horas.

0     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10  
 No Dolor Dolor Tan Malo Como Puedes Imaginar

5. Califique su dolor marcando la casilla al lado del número que mejor describa su dolor en **promedio**.

0     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10  
 No Dolor Dolor Tan Malo Como Puedes Imaginar

6. Califique su dolor marcando la casilla al lado del número que indica cuánto dolor tiene en este **momento**.

0     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10  
 No Dolor Dolor Tan Malo Como Puedes Imaginar

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

Appt Date: \_\_\_\_\_

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

Sexo: \_\_\_\_\_

Proveedor de  
renderizado: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

## Medicamentos

Enumere a continuación todos los fármacos y medicamentos tomados durante la última semana (incluidas las píldoras anticonceptivas, la aspirina y cualquier tipo de droga o medicamento comprado sin receta).

Nombre de la droga o medicamento	Dosis si se sabe	Cuantos Por día	¿Qué tan útil es?			cualquier lado Efectos		Si fue así			
			(A lot)	(Some)	(None)	(Yes)	(No)	(GI)	(Skin)	(Other)	
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Farmacia Preferida

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Firmar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_