

ESTÁNDAR: Divulgación del historial médico (MHD)—Teladoc

Se debe llenar para todos los miembros de 7 años de edad o mayores. Para los miembros menores de 7 años de edad se debe llenar el formulario MHD pediátrico.

Debe ser completado por el Paciente o Tutor Legal: *NOMBRE LEGAL: _____ *SEXO: M / F

*NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____

*FECHA DE NACIMIENTO: _____ EMPLEADO/NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO (si corresponde): _____

*DIRECCIÓN POSTAL: _____ Usted es el miembro Primario Dependiente

*CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____ Grupo étnico: _____

Número de teléfono: _____ Número alternativo: _____

DATOS ACTUALES DEL PACIENTE *Altura: _____ *Peso: _____ Fecha del último examen físico: _____

Fecha de la última vacuna antitetánica: _____ Fecha de la última visita al médico de atención primaria: _____

Médico de atención primaria: _____ Número de contacto del médico de atención primaria: _____

Responda las siguientes preguntas relacionadas con su historial médico. El formulario MHD es confidencial y sólo lo puede revisar un médico.

Antes de solicitar una consulta, debe responder todas las preguntas marcadas con un asterisco (*).

Historial de salud y bienestar: ¿Anteriormente o ahora?

Fumar / usar tabaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uso de drogas recreativas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trabajo cerca de sustancias químicas peligrosas/tóxicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Discapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uso de medicamentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Viaje al extranjero en los últimos 2 meses	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Duerme 8 horas diariamente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene una afección crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vacunas anuales contra la gripe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si está recibiendo atención de un especialista indique el nombre y el número del especialista e incluya la razón/afección por la que recibe tratamiento del especialista: _____

*Historial médico: ¿Tiene o ha tenido problemas en las siguientes áreas?

Marque "Sí" o "No". Si la afección es actual, indíquelo con una marca en la casilla "Actual".

Actual			Actual			Actual		
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Problemas de las piernas/pies	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Sangrado de nariz	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Problemas con el oído	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Tos crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza/migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Problemas de la garganta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Lentes de contacto/anteojos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
H1N1/ gripe porcina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Aftas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Glucosa en sangre elevada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Diarrea crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Problemas de hígado o páncreas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Enfermedad metabólica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Infecciones del tracto urinario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Problemas de amígdalas/adenoides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Nivel elevado de colesterol o triglicéridos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Problemas con los senos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Trastorno tiroideo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Dolor de estómago	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Problemas digestivos/estomacales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Problemas de ovarios o útero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Cirugía del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	VIH/ SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Cirugía láser del ojo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Problemas de músculos o articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico/de espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Inflamación y dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Dolores musculares crónicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Problemas de testículos o próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Problemas de manos/brazos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Trastornos psicológicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Otros (explique): _____								

*Alergias (indique la reacción de cada una)

*Medicamentos	Reacción
*Alimentos	

*Haga una lista de los medicamentos que toma actualmente. Incluya la cantidad y la frecuencia (si necesita receta médica o es de venta libre): _____

ESTÁNDAR: Divulgación del historial médico (MHD)—Teladoc

Pruebas	Fecha de la más reciente		Fecha de la más reciente	
Radiografía de tórax	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Hematología completa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Prueba de estrés	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Prueba de VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Glucosa en ayunas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Panel tiroideo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lípidos (colesterol)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Prueba de audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Panel de química sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Prueba de visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ECG	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Análisis de orina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Prueba de tuberculina (PPD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros (detalles):				

Historial familiar

Pregunta	Respuesta	Relación con el paciente
1. Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. Enfermedad metabólica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. Cáncer (tipo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. Diabetes (tipo I o II)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. Muerte prematura/inexplicable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13. Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
14. Otros (explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Términos y condiciones: Lea los siguientes términos y condiciones de su membresía de Teladoc y firme abajo para indicar que comprende y acepta los términos.

- Usted está iniciando una relación médico/paciente con los médicos de la TelaDoc Physicians, P.A. y acepta pagar las consultas médicas en el momento en que se soliciten las consultas médicas, a menos de que se haya establecido algún tipo de convenio por medio de su empleador, asociación u otra entidad.
- Usted acepta que se ingresen sus registros médicos en la base de datos computarizados de Teladoc y comprende que se han tomado todas las medidas razonables para proteger su información médica, de acuerdo con las normas federales de HIPPA, pero ningún sistema telefónico o de cómputo es completamente seguro. Teladoc reconoce su privacidad y, de acuerdo con nuestra política de privacidad, no compartirá su información con nadie sin su autorización por escrito o según lo requiera la ley o de acuerdo con la política de privacidad de su empresa de seguro médico, cuando corresponda.
- Usted acepta llenar el formulario de divulgación del historial médico que Teladoc almacenará electrónicamente y pondrá a disposición de cada médico que le proporcione consulta telefónica.
- Usted reconoce que ya tiene un médico de atención primaria y que Teladoc no sustituirá a su médico de atención primaria.
- Usted acepta designar a la TelaDoc Physicians, P.A. como su médico si no está disponible su médico de atención primaria.
- Reconoce que los médicos de Teladoc no le recetarán ninguna sustancia controlada por la DEA ni garantizan que le extenderán una receta médica.
- Adicionalmente, no hay ninguna garantía de que se le aceptará como paciente.
- Si un médico de Teladoc le acepta como paciente, usted tiene derecho a tener acceso a sus registros médicos, de acuerdo con la ley aplicable.

HE LEÍDO, ENTIENDO Y POR ESTE MEDIO DOY MI CONSENTIMIENTO Y ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE DESCRIBEN EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

Si el paciente es un menor: Soy el padre, la madre o el tutor legal del niño mencionado anteriormente y tengo autorización para dar consentimiento para el tratamiento médico del mismo. Tengo autorización y conozco verdadera y completamente el historial médico del niño para llenar de manera exacta y completa el formulario de divulgación de información médica del niño mencionado, en caso de que sean necesarios los servicios de un médico de TelaDoc Physicians, P.A. para dicho niño.

OBLIGATORIO → **Firma del Paciente o Tutor Legal:** _____ **Relación con el paciente:** _____
Escriba su nombre en letra de molde: _____ **Fecha en que se llenó el formulario:** _____
Persona que llena el formulario: _____ **Relación con el paciente:** _____

Envíe por fax o correo este formulario llenado al Departamento de Relaciones con el Cliente de Teladoc:

Fax (972) 661-2312 * 4100 Spring Valley, Ste 515, Dallas TX 75244