



Aurora  
1360 S. Potomac St.  
Aurora, CO 80012  
(P) 303-337-5575  
(F) 303-745-6264

Denver  
4100 W. 38th Ave.  
Denver, CO 80212  
(P) 303-433-2565  
(F) 303-433-2567

Montbello  
4896 Chambers Rd.  
Denver, CO 80239  
(P) 303-371-7263  
(F) 303-371-3562

Strasburg  
56441 E. Colfax Ave.  
Strasburg, CO 80136  
(P) 303-622-9241  
(F) 303-622-6880

**FECHA:** \_\_\_\_\_

Su condición es resultado de un accidente? SI  NO  Si la respuesta es si, completar la sección ACCIDENTE

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ Masculino  Femenino

Estado Marital: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

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

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ \*Por proveer mi corre electrónico, autorizo a RMIM que me mande correspondencia.

Teléfono # \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Esposo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Seguro Medico Primario \_\_\_\_\_ Copago \$ \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Asegurado Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Seguro Medico Secundario \_\_\_\_\_ Copago \$ \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Asegurado Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Información Accidente: Fecha de accidente: \_\_\_\_\_ Auto  Trabajo  Otro

Breve Descripción: \_\_\_\_\_

Nombre del Pariente mas cercano: \_\_\_\_\_

Relación y # de Teléfono \_\_\_\_\_

**DECLARACION:**

Por la presente firmo los beneficios por cualquier procedimiento y gastos a Rocky Mountain Internal Medicine, P.C. Entiendo ser responsable de todos los gastos no cubiertos por esta declaración de beneficios y por todos los copagos y deducibles. También autorizo liberar mis archivos médicos o cualquier información medica a cualquier compañía aseguradora, facilidad medica o médicos. Además autorizo la liberación de mis archivos médicos por facilidades medicas o médicos que los requieran a Rocky Moutain Internal Medicine, P.C. Al proveer mi correo electrónico, también autorizo ah que me manden reportes, resultados, etc. de manera segura.

Firma de Paciente o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Statement of Patient Financial Responsibility**  
**Responsabilidad Financiera del Paciente**

I understand that my insurance may not cover my visits.  
If my insurance denies payment, I agree to be personally and fully responsible for payment.

Entiendo que mi seguro tal vez no cubra alguna o todas de mis visitas.  
Si mi seguro niega el pago, acepto asumir la responsabilidad total del pago.

Name: \_\_\_\_\_  
(Nombre)

Signature: \_\_\_\_\_  
(Firma)

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Fecha)

**HIPAA ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT  
(HIPAA ACUSE DE RECIBO)**

We at Rocky Mountain Internal Medicine and its subsidiaries are required by law to maintain the privacy of and provide individuals with our Notice of Legal Duties and Privacy Practices with respect to protected health information. If you have any objections to the Notice, please ask to speak with our HIPAA Compliance Officer by calling our main phone number at (303) 337-5575.

If you would like a copy of the Notice, please ask and one will be provided.

Nosotros en el Rocky Mountain Medicina Interna y sus filiales están obligados por ley a mantener la privacidad de los individuos y proporcionar con nuestra Aviso Sobre Practicas de con respecto a la información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción a la notificación, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA llamando a nuestro número de teléfono principal en el (303) 337-5575.

Si desea una copia de la Notificación, por favor pregunte y uno será proporcionado.

Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Fecha de Nacimiento)

**I hereby acknowledge that I have reviewed the HIPAA Notice of Privacy Practice document, that I have had the opportunity to ask and have any questions answered, and that I have been provided a copy of the Notice if I requested one.**

**Por la presente declaro que he revisado el Aviso de Privacidad HIPAA del documento práctica, que he tenido la oportunidad de hacer y tener cualquier pregunta contestada, y que se me ha facilitado una copia de la notificación si me pide una.**

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or patient's representative/parent Date  
(Firma del paciente o representante del paciente/padre) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Printed name of patient or patient's representative/parent  
(Nombre completo del paciente o el representante del paciente/padre)

\_\_\_\_\_  
Relationship to patient  
(Relación con el paciente)

We reserve the right to change this Notice. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for health information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in our facilities, and it will also be posted on our web site at <http://www.rmimpc.com>.

### HIPAA 3<sup>rd</sup> PARTY FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

De conformidad con las Prácticas de Privacidad de RMIM, este formulario le permitirá designar a las personas a quienes RMIM y sus filiales podrá divulgar su información médica protegida. La misma puede incluir información identificable individualmente relacionada con su información médica o financiera ya sea presente, pasada o futura. La misma no incluirá información relacionada con el tratamiento de la salud mental o los resultados de las pruebas de SIDA ya que para divulgar dicha información se necesita una autorización separada por escrito. Si no desea designar a ninguna persona para recibir su información médica protegida, escriba "nadie" a continuación.

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

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

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Por la presente yo autorizo a RMIM para que divulgue la información médica protegida a las siguientes personas:

1. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco con el paciente Número de teléfono

2. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco con el paciente Número de teléfono

3. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre Parentesco con el paciente Número de teléfono

Al firmar a continuación, reconozco que he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización y entiendo que mi información médica protegida puede ser divulgada a las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que el designar a las personas mencionadas anteriormente no excluye que Prevea Health divulgue mi información médica protegida según lo descrito en las Prácticas de Privacidad de Prevea Health.

Entiendo que tengo la opción de revocar esta autorización en cualquier momento y en ese momento puedo firmar una autorización nueva. Además entiendo que a menos que se revoque por escrito al llenar un formulario de autorización nuevo, esta autorización permanecerá vigente hasta que yo decida revocarla.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante personal (Parentesco con el paciente) Fecha



1360 S. Potomac St. Aurora, CO 80012	Phone: 303-337-5575 Fax: 303-745-6264
4100 W. 38 <sup>th</sup> Avenue Denver, CO 80212	Phone: 303-433-2565 Fax: 303-433-2567
56441 E. Colfax Ave. Strasburg, CO 80136	Phone: 303-622-9241 Fax: 303-622-6880

## ePrescribing Medication History Consent Form

ePrescribing is defined as a physician's ability to electronically send an accurate, error free, and understandable prescription directly to a pharmacy from the point of care. Congress has determined that the ability to electronically send prescriptions is an important element in improving the quality of patient care. ePrescribing greatly reduces medication errors and enhances patient safety. The Medicare Modernization Act (MMA) of 2003 listed standards that have to be included in an ePrescribe program. These include:

- **Formulary and benefit transactions** — Gives the prescriber information about which drugs are covered by the drug benefit plan.
- **Medication history transactions** - Provides the physician with information about medications the patient is already taking to minimize the number of adverse drug events.
- **Fill status notification** - Allows the prescriber to receive an electronic notice from the pharmacy telling them if the patient's prescription has been picked up, not picked up, or partially filled.

By signing this consent form you are agreeing that Rocky Mountain Internal Medicine can request and use your prescription medication history from other healthcare providers and/or third party pharmacy benefit payors for treatment purposes.

Understanding all of the above, I hereby provide informed consent to Rocky Mountain Internal Medicine to enroll me in the ePrescribe Program. I also understand I can revoke my authorization at any time by providing a written statement. I have had the chance to ask questions and all of my questions have been answered to my satisfaction.

### Consentimiento de ePrescribing

ePrescribing se define como la capacidad de los médicos para enviar electrónicamente la prescripción precisa, comprensible y sin errores a las farmacias desde su centro de cuidado. El congreso ha determinado que la habilidad de enviar electrónicamente las prescripciones, es un elemento importante para mejorar la calidad del cuidado de los pacientes. ePrescribing reduce enormemente los errores en las medicinas dando mayor seguridad al paciente. La ley Moderna del Medicare (MMA) del 2003 tiene normas que deben ser agregadas en un programa de ePrescribing. Estas incluyen:

- **Formulario y el beneficio de una transacción**— Da al médico la información acerca de que medicinas cubre el plan de beneficios.
- **Historia de las transacciones en las medicinas**- Provee al médico con información acerca de las medicinas que el paciente está tomando para minimizar la cantidad de efectos adversos.
- **Completa el estado de notificación**- Permite al médico recibir electrónicamente el aviso, desde la farmacia, que le dice si el paciente recibió o no la prescripción o solo fue dada parcialmente.

Al firmar este consentimiento usted está de acuerdo en que Rocky Mountain Internal Medicine pueda solicitar y hacer uso del historial de sus medicamentos recetados por otros médicos y/o de sus beneficios de farmacia para propósitos de tratamiento.

Entendiendo todo lo anterior, Yo doy el consentimiento a Rocky Mountain Internal Medicine para inscribirme en el programa ePrescribing. Comprendo también que puedo revocar mi autorización en cualquier momento mediante una declaración escrita. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Patient  
Nombre del Paciente en  
Imprenta

\_\_\_\_\_  
Date of Birth  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Today's Date  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Guardian

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Guardian (if applicable)  
Nombre del Paciente en Imprenta

\_\_\_\_\_  
Relationship to Guardian  
Relación con el Guardián

## HISTORIA Y ESTADO FISICO

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

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

Síntoma Principal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia de la enfermedad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia Medica: (Mencione todos los problemas médicos que Ud. haya tenido en el pasado)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia Quirúrgica y Obstétrica: (Mencione todas las operaciones quirúrgicas y/o gestaciones que Ud. haya tenido en el pasado)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias (Es Ud. Alérgico (a) a alguna medicina? Inclusive yodo, látex, cintas adhesivas para la piel. Indicar el tipo de reacción)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicaciones: (Mencione las medicinas, inhaladores, y otras drogas que Ud. esta tomando actualmente. Incluya la dosis y la frecuencia con que la (s) toma).

Medicacion	Dosis	Frecuencia

Medicacion	Dosis	Frecuencia

Esta Ud. usando oxigeno en su casa? Si es así, mencione la compañía que lo suministra y su teléfono.

\_\_\_\_\_

Esta Ud. recibiendo cuidado medico en su casa? Si es así, mencione el nombre y el teléfono del medico o enfermera (o).

\_\_\_\_\_

**HISTORIAL SOCIAL:**

Ud. fuma?	No	Si	Cuantos por día y a la semana? _____
Ud. toma bebidas alcohólicas?	No	Si	Si es así, ¿Con que frecuencia? _____
Ud. usa drogas?	No	Si	Si es así, ¿Que clase y con que frecuencia? _____
Esta Ud. en una dieta especial?	No	Si	Si es así, describa que tipo de dieta _____

¿Cual es su ocupación? \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA FAMILIAR** - Por favor indicar si algún miembro de su familia ha tenido o tiene alguna de las siguientes enfermedades. Mencione la relación de parentesco que Ud. tiene con esa persona (padre, hermano, tío, etc.):

			Relación				Relación
Cáncer (que clase)	No	Si	_____	Problema de sangrado	No	Si	_____
Presión alta	No	Si	_____	Diabetes	No	Si	_____
Problemas al Corazón/	No	Si	_____	Epilepsia/Convulsiones	No	Si	_____
Dolor al pecho				Asma/Problema al respirar	No	Si	_____
Hepatitis	No	Si	_____	Reacción a la anestesia	No	Si	_____
SIDA	No	Si	_____	Osteoporosis	No	Si	_____

**Historia Medica Personal** - ¿ Ha sido Ud. alguna vez diagnostico y/o tratado (a), o tiene Ud. Actualmente algunos de los síntomas siguientes?

**Problemas Neurológicos?**

Ha tenido Ud. Problemas neurológicos?	No	Si	
Adormecimiento de parte del cuerpo?	No	Si	
Perdida de fuerza?	No	Si	
Derrame cerebral?	No	Si	
Dolor (es) de cabeza	No	Si	
Epilepsia - Convulsiones	No	Si	
Esclerosis	No	Si	
Problemas en los oídos	No	Si	
Problemas en los ojos	No	Si	
Problemas en la nariz	No	Si	
Problemas a la garganta	No	Si	

**Respiratorio:**

Ha tenido Ud. problemas respiratorios?	No	Si
Silbidos al pecho	No	Si
Falta de aire	No	Si
Tos con flema y/o sangre	No	Si
Asma	No	Si
Enfisema	No	Si
Bronquitis	No	Si
Neumonía	No	Si
Prueba positiva para la tuberculosis	No	Si

**Cardiaco:**

¿Ha tenido Ud. problemas al Corazón?	No	Si
Dolor de pecho	No	Si
Latidos Fuertes al Corazón	No	Si
Falla congestiva cardiaca	No	Si
Ataque al Corazón	No	Si
Presión Alta	No	Si
Colesterol Elevado	No	Si
Marcapaso	No	Si
Válvula Artificial	No	Si
Fiebre Reumática	No	Si

**Cáncer:**

Diagnostico de Cáncer?	No	Si
Tipo:		

**Problemas del sueño:**

Tiene problemas al dormir?	No	Si
Ud. Ronca?	No	Si
Le dan calambres durante la noche?	No	Si
Tiene Ud. insomnio?	No	Si
Le da sueño durante el día?	No	Si
Le da sueño cuando maneja?	No	Si
Do Le da sueño mientras trabaja?	No	Si

**Endocrino:**

Ha tenido Ud. problemas endocrinos.	No	Si
Cansando/Sin animo	No	Si
Sed excesiva	No	Si
Diabetes	No	Si
Tiroides	No	Si

**Digestivo:**

¿Ha tenido problemas digestivos?	No	Si
Dolor abdominal	No	Si
Nauseas/Vómitos	No	Si
Estreñimiento	No	Si
Diarrea	No	Si
Colitis	No	Si
Diverticulosis	No	Si
Hernia Hiatal/ reflujo del estomago	No	Si
Síndrome del colon irritable	No	Si
Úlceras	No	Si
Pancreatitis	No	Si
Sangrado rectal/ dolor rectal	No	Si
Cambios en hábitos intestinales	No	Si
Hemorroides	No	Si

**Ginecología**

¿Cuándo empezó su último periodo?	Fecha	_____
¿Cuándo se hizo su último mamograma?	Fecha	_____
¿Cuándo se hizo su último Papanicolaou?	Fecha	_____
¿Problemas en los riñones	No	Si
# de embarazos/ # de hijos	_____	/ _____
Problemas urinarios	No	Si
Problemas en los ovarios	No	Si
Urgencia para orinar	No	Si
Tiene problemas para retener la orina?	No	Si
¿Problemas sexuales?	No	Si

**Vacunas (fecha)**

Tétano \_\_\_\_\_ Flu shot \_\_\_\_\_  
 Hepatitis A/B \_\_\_\_\_ MMR \_\_\_\_\_  
 Neumonía \_\_\_\_\_ Varicela \_\_\_\_\_

**Hombres**

Name: \_\_\_\_\_

¿Próstata inflamada?	No	Si
¿Urgencia al orinar?	No	Si
¿Orina mucho durante la noche?	No	Si
¿Problemas de erección?	No	Si

**Sistema inmunológico**

¿Algún problema?	No	Si
Glándulas inflamadas?	No	Si
Anemia	No	Si
Cirrosis	No	Si
Coágulos	No	Si
Color amarillento en la piel	No	Si
Lupus	No	Si

**Psicológico**

¿Algún problema?	No	Si
Nervioso (a)	No	Si
Ansiedad	No	Si
Depresión	No	Si
Otro	No	Si

**Problemas General de Salud**

¿Algún problema?	No	Si
Fiebre	No	Si
Escalofríos	No	Si
Perdida o Aumento de peso	No	Si

**ENFERMEDADES CONTAGIOSAS**

¿Algún problema?	No	Si
SIDA/VIH	No	Si
Hepatitis	No	Si
Enfermedades transmitidas sexuales	No	Si
Tuberculosis	No	Si