



Kavita Shah Patel, MD

Board Certified Internal Medicine

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Telefono: _____

Correo Electrónico: _____

Referencia: _____

Sexo: _____

Dirección: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Relación: _____

Telefono: _____

Dirección: _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre de Farmacia: _____

Telefono: _____

Dirección: _____

Alergias a medicinas: _____

RECONOCIMIENTOS Y PREGUNTAS ADICIONALES

_____ (INICIALES) Entiendo que la Dr. Kavita Shah Patel puede ordenar exámenes de laboratorio de rutina (incluyendo exámenes de enfermedades de transmisión sexual), estudios, o tratamiento, que pueden ser enviados a laboratorios, compañías, o farmacias en que la Dr. Kavita Shah Patel tiene una inversión financiera. Yo no tengo ninguna obligación de utilizar estas instituciones.

_____ (INICIALES) Entiendo que se agregara una tarifa de servicio de \$20 a mi cuenta por cualquier visita de consultorio perdida sin una notificación previa de 24 horas.

_____ (INICIALES) Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos incurridos por mí por los servicios profesionales de esta oficina. Es posible que reciba una factura separada por los servicios de laboratorio o radiología de los que yo soy responsable. El departamento de facturación está disponible para responder cualquier pregunta.

_____ (INICIALES) Dr. Shah Patel's office may phone, email or text you to confirm appointments.

_____ (INICIALES) Dr. Shah Patel's office may leave a message on your voicemail at home or on your cell. Por favor indique los nombres de las personas con las que nosotros podemos discutir sus condiciones medicales:

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____



Kavita Shah Patel, MD

HISTORIAL DE EXÁMENES MÉDICOS

Colonoscopy	Año: _____	Médico: _____
Mammogram	Año: _____	Locación: _____
Pap Smear	Año: _____	Médico: _____
Prostate Exam	Año: _____	Médico: _____
Bone density	Año: _____	Locación: _____
Echocardiogram	Año: _____	Médico: _____
Arterial Brachial Index	Año: _____	Médico: _____
Carotid Dopplers	Año: _____	Médico: _____
Stress test or cardiac cath	Año: _____	Médico: _____
CT Chest (for smokers)	Año: _____	Locación: _____
Abdominal Ultrasound (for smokers)	Año: _____	Locación: _____
Dental examination	Año: _____	Dentista: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

	Nombre de Medicación	Dosis	Frecuencia
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			



Kavita Shah Patel, MD

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?

	Not At All (0)	Several Days (1)	More Than ½ the Time (2)	Nearly Every Day (3)
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas				
Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado				
Sintiéndose cansado o teniendo poca energía				
Pobre de apetito o comer en exceso				
Sintiéndose mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia				
Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión				
¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo norma				
Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)				

--	--

Si usted marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tan difícil han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

- _____ Para nada difícil
- _____ Un poco difícil
- _____ Muy difícil
- _____ Extremadamente difícil

SLEEP APNEA BERLIN QUESTIONNAIRE

Category 1

1. Do you snore?

- a. Yes
- b. No
- c. Don't know

IF 'YES':

2. You snoring is:

- a. Slightly louder than breathing
- b. As loud as talking
- c. Louder than talking

3. How often do you snore?

- a. Almost every day
- b. 3-4 times per week
- c. 1-2 times per week
- d. 1-2 times per month
- e. Rarely or never

4. Has your snoring ever bothered other people?

- a. Yes
- b. No
- c. Don't know

5. Has anyone noticed that you stop breathing during your sleep?

- a. Almost every day
- b. 3-4 times per week
- c. 1-2 times per week
- d. 1-2 times per month
- e. Rarely or never

Category 2

6. How often do you feel tired or fatigued after your sleep?

- a. Almost every day
- b. 3-4 times per week
- c. 1-2 times per week
- d. 1-2 times per month

e. Rarely or never _____

7. During your waking time, do you feel tired, fatigued or not up to par?

- a. Almost every day
- b. 3-4 times per week
- c. 1-2 times per week
- d. 1-2 times per month
- e. Rarely or never

8. Have you ever nodded off or fallen asleep while driving?

- a. Yes
- b. No

IF 'YES':

9. How often does this occur?

- a. Almost every day
- b. 3-4 times per week
- c. 1-2 times per week
- d. 1-2 times per month
- e. Rarely or never

Category 3

10. Do you have high blood pressure?

- Yes
- No
- Don't know

CUESTIONARIO DE ALERGIAS

Por favor marque SI o NO:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Fuma | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Problemas nasales | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Rinitis alérgica o fiebre del heno | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Tos crónica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Reacción al látex | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Asma | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Urticaria | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Dermatitis atópica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Reacción a la picadura de abejas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Reacción a los medicamentos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Congestión nasal | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Respiración por la boca | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Goteo nasal | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Goteo posterior nasal | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Estornudo | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Picazón nasal | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Picazón en los ojos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ojos rojos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Epífora o ojos llorosos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Hinchazón en los ojos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Presión nasal / dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Oídos tapados | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sibilancias o silbidos en la respiración | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Picazón en la piel | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Cuáles: _____

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

Marque SI si usted es mayor de 45 años y no ha tenido una prueba cardíaca de estrés

SI NO

Tiene usted historia familiar de enfermedades cardíacas o accidentes cerebrovasculares?

SI NO

Algunas vez usted a experimentado dificultad para respirar cuando esta en reposo o cuando esta realizando algún esfuerzo físico?

SI NO

Alguna vez usted ha experimentado dolor, opresión, presión, incomodidad en el pecho?

SI NO

Alguna vez le han dicho que ha tenido diabetes o problemas con los niveles de azúcar alta en la sangre?

SI NO

Sufre usted de presión arterial alta?

SI NO

Actualmente usted fuma o tiene antecedentes de tabaquismo o fumador?

SI NO

Sufre usted de asma, asma inducida por el ejercicio, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfisema pulmonar, tos persistente o bronquitis crónica?

SI NO

Le han diagnosticado apnea del sueño?

SI NO

Ha tenido episodios de mareos o desmayos?

SI NO

Alguna vez ha tenido un electrocardiograma anormal?

SI NO

Tiene usted algún trastorno metabólico o tiroideo?

SI NO

Alguna vez ha sentido entumecimiento, hormigueo, dolor o hinchazón en los brazos o en las piernas?

SI NO



Kavita Shah Patel, MD

HIPAA COMPLIANCE PATIENT CONSENT FORM

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information.

We may use or share your medical information without your permission for the following:

- So you can get medical care. For example, we may share your medical information with your doctors or pharmacies so that they can provide you with appropriate medical care.
- So we can perform our duties. For example: to assess quality of care; to manage your care; or for audits.
- To inform you about other health services.
- To comply with the law.
- For other reasons:
 - To comply with with legal proceedings, such as a court or administrative order or subpoena;
 - To enforce other laws or protect one's health and safety;
 - So a family member, friend, or other person can help you to get or pay for your health care;
 - So a personal representative you appoint or a court appoints for you can help you get health benefits
 - To support research as long as the information will be protected by the researchers;
 - So a coroner or medical examiner can identify a deceased person or cause of death or so a funeral director can arrange burial;
 - To appoint an organ procurement organization in limited circumstances;
 - To protect you against a serious threat to your health or safety or the health or safety of others;
 - To support a government agency overseeing health care programs;
 - For lawful national security purposes;
 - For public health purposes and for military purposes, if you are a member of the armed forces.

We will not share your medical information for any other reason unless you give us written permission. You may withdraw your permission in writing at any time. Your permission for us to use or have your information will end when we get your written notice withdrawing our permission.

Your rights. You may ask us in writing to do any of the following. We will decide if it can be done based on the Privacy Protection Standards outlined in HIPAA.

- You may ask us not to sue or share your medical information.
- You may ask us to contact you about your medical information privately in a different way or at a different place than we are currently doing.
- You may ask to see or obtain copies of your medical information. You may be charged a fee for copies.
- You may ask us to correct your medical information.
- You may ask for a list of ways we shared your medical information for up to six years.

Complaints. If you believe we have not protected your right to privacy you have the right to complain to us or the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services.

We reserve the right to change our privacy practices. If you have any questions, contact us at 832-255-6631.

I understand and accept the terms of these practices.

Patient Signature: _____

Date: _____



Dr. Kavita Shah Patel, MD

Medical Center Location

7015 Almeda Road
Houston, TX 77450
Ph: 832-255-6631
Fax: 832-255-6620

West Houston/Katy Location

19255 Park Row Drive, Ste 205
Houston, Texas 77084
Ph: 832-255-6631
Fax: 832-255-6620

REQUEST FOR MEDICAL RECORDS RELEASE

The following individual has asked us to request that his or her medical records be released and forwarded to our office.

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

In order for us to fully evaluate the patient's health and make informed decisions, the patient has approved our request for copies of all relevant medical records in your file. Please include office notes, laboratory and imaging results.

Thank you for expediting this request. Please mail or fax these records to our office.

I hereby authorize the release of all necessary medical records to Dr. Kavita Shah Patel, MD. I wish for them to be forwarded as soon as possible.

Patient Signature: _____

Date: _____