



Bienvenido a Colorado Kidney Care!

Este paquete contiene información importante para garantizar una estancia productiva y completa con su proveedor de Colorado Kidney Care. Por favor, tómese el tiempo para completar estos formularios con tanto detalle como sea posible. Por favor traiga con usted a su cita **una lista de sus medicamentos o sus botellas de medicamentos**, incluyendo vitaminas y suplementos a base de hierbas, **y una lista de las alergias a medicamentos, una identificación con fotografía, o prueba de residencia y su tarjeta de seguro.** A su llegada, también esté preparado para proveernos con una muestra de orina.

Este paquete de información que incluye la "**revisión de los sistemas de forma**", que es una breve historia médica para usted. Recuerde, por favor sea lo más detallado posible ya que esto garantizará una visita a fondo. También se incluye la **Declaración de Política de pago**. Por favor complete la forma por encima y por correo el paquete en el sobre franqueado con su dirección, así que siempre lo reciben por lo menos **1 semana antes** de su cita.

Es importante que llegue por lo menos **30 minutos** de anticipación, ya que tenemos una gran cantidad de información para el intercambio. Tenga en cuenta que los pacientes que llegan tarde a las citas programadas pueden necesitar ser reprogramados por discreción del médico. Aceptamos tarjetas de crédito, cheques y dinero en efectivo para el pago y su co-pago es requerido a pagar en el momento del servicio. No guardamos los cambios en el sitio por favor traiga la cantidad correcta. Si por alguna razón usted necesita cambiar o cancelar su cita, por favor denos al menos 24 horas de anticipación para que podamos dar cabida a otros pacientes. Tenga en cuenta que debido al hecho de que las citas perdidas o cancelaciones / reprogramaciones con menos de 24 horas nos causan pérdidas financieras, no vamos a ser capaces de reprogramar su cita en las siguientes situaciones:

1. Si no se han presentado para su primera cita con nosotros en 2 ocasiones distintas.
2. Ha cancelado o reprogramado su primera cita con nosotros 3 veces diferentes con una antelación inferior a 24 horas.

Estas situaciones no nos permite el tiempo suficiente para programar otro paciente en su lugar, por lo que el tiempo del médico se pierde. Gracias por su comprensión de esta política y por habernos dado aviso con suficiente tiempo si usted necesita cambiar su cita.

Se adjuntan las direcciones y un mapa a nuestra oficina, por favor ver las notas de instrucciones de estacionamiento en la página del mapa.

Esperamos contar con su presencia. Si tiene cualquier pregunta o preocupación antes de su visita, por favor póngase en contacto con nuestra oficina central en la programación 303-327-4700 opción - # 4.

Gracias,  
Colorado Kidney Care

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

Por Favor elegir su idioma preferido: Ingles Espanol

Abajo, llene por favor los números que debemos tener en el archivo para contactarlo. Por favor círculo sí o no si podemos dejar mensajes en los números siguientes.

¿Podemos dejar mensaje?

Numero de Casa: _____	yes /no
Numero de Trabajo: _____	yes / no
Celular: _____	yes / no
Numero de Emergencia: _____	yes / no
Nombre del contacto de Emergencia: _____	

¿Cuál numera preferiría usted que nosotros marquemos cuando tratemos de alcanzarlo entre semana de 8am y 5 p.m.? Casa Trabajo Celular Emergencia (círcule uno)

Estos son los doctores que tenemos en el archivo:

Doctor que lo refirio: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

*Referring Doctor*

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

*Primary Doctor*

Hay otros doctores que ve con cierta rutina (por ejemplo, cardiologo, endocrinologo, u otros) que no esten nombrados asi arriba y que usted crea que nesesitemos obtener records para su visita? Por favor de poner el nombre y numero de telefono asi abajo.

*Are there other doctors you see routinely (for example, cardiologists, endocrinologists, others)?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cual farmacia usa para llenar sus recetas?** *Which pharmacy do you use to fill most of your prescriptions?*

Nombre de farmacia \_\_\_\_\_

Dirreccion de farmacia \_\_\_\_\_

Numero de telefono # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

**¿Con cuál de laboratorio se utilizan?** *Which laboratory do you routinely use?*

Nombre de labatatorio \_\_\_\_\_

*Name of Lab*

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



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

¿Por que lo estamos viendo?\_Why are we seeing you?

---

---

---

**Medicamentos que esta tomando (recetas, vitaminas, hierbas).**

Medications you are taking (prescriptions, vitamins, herbals)

<u>Nombre</u> Name	<u>Dosis</u> (mg,mcg,ml,etc) Dose	<u>Frecuencia</u> (al dia, veces al dia, etc) Frequency (daily, twice daily, etc)
-----------------------	--------------------------------------	--

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tiene...? (círculo su respuesta)  
Have you ever been told by a doctor that you have...? (circle your answer)

**Historia Renal / Renal History**

- Si No Enfermedad de rinon/Kidney Disease \_\_\_\_\_
- Si No Piedras del rinon/Kidney Stones \_\_\_\_\_
- Si No Presion alta/High Blood Pressure \_\_\_\_\_
- Si No Infecciones de orina/Urine Infections \_\_\_\_\_
- Si No Sangre el la orina/Blood in your urine \_\_\_\_\_
- Si No Proteina el la orina/Protein in your urine \_\_\_\_\_
- Si No Orina espumosa/Foamy Urine \_\_\_\_\_
- Si No Ardor al orinar/Burning with urination \_\_\_\_\_
- Si No Dificultad para orinar/Trouble passing urine \_\_\_\_\_
- Si No ¿Orina en la noche? ¿Cuantas veces? \_\_\_\_\_  
Do you get up at night to pass urine? How many times?
- Si No Hinchazon de piernas/Swelling of leg \_\_\_\_\_
- Si No Se chequea la presion/Do you check BP? \_\_\_\_\_

## Revisión de los Sistemas

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

### **Historia Medica Pasada** / *Past Medical History*

- Si No Diabetes/*Diabetes* \_\_\_\_\_  
Si No Presion alta/*High Blood Pressure* \_\_\_\_\_  
Si No Derrame cerebral/*Stroke* \_\_\_\_\_  
Si No Convulsiones/*Siezure Disorder* \_\_\_\_\_  
Si No Enfermedad del Corazon/*Heart disease* \_\_\_\_\_  
Si No Soplo cardiac/*Heart Murmur* \_\_\_\_\_  
Si No Anormalidades del ritmo cardiac/*Heart Rhythm Disturbance* \_\_\_\_\_  
Si No Enfisema/*Emphysema/COPD* \_\_\_\_\_  
Si No Asma/*Asthma* \_\_\_\_\_  
Si No Coagulos de sangre-piernas/pulmones/*Blood clots in legs or lung* \_\_\_\_\_  
Si No Apnea del sueño/*Sleep Apnea* \_\_\_\_\_  
Si No Sangrado gastrointestinal/*Gastrointestinal Bleeding* \_\_\_\_\_  
Si No Enfermedad de higado o hepatitis/*Liver Disease or Hepatitis* \_\_\_\_\_  
Si No Problemas de la tiroides/*Thyroid Trouble* \_\_\_\_\_  
Si No Cancer/*Cancer* \_\_\_\_\_  
Si No ¿Alguna ves ha tenido una transfusion de sangre? *Have you ever had a blood transfusion* \_\_\_\_\_  
Si No Infeccion de VIH/*HIV Infection* \_\_\_\_\_  
Si No Tuberculosis/*Tuberculosis* \_\_\_\_\_  
Si No Lupus/*Lupus* \_\_\_\_\_

### **Para Mujeres** / *For Women*

- Si No ¿Tiene su periodo menstrual? *Do you have menstrual periods?*  
Si No ¿Ha estado embarazada? ¿Si, # de embarazos? \_\_\_\_\_  
*Have you been pregnant? If yes, # of pregnancies?*  
Si No ¿Tuvo toxemia o complicaciones en cualquiera de los embarazos?  
*Did you have toxemia/preeclampsia/complications in any of your pregnancies?*  
Si No ¿Tiene un examen de papanicolao cada año? ¿Si lo tuvo, alguna anormalidad?  
*Do you have an annual Pap smear? If yes, any abnormalities?*  
Si No ¿Tiene mamogramas regulares? ¿Si los tuvo, alguna anormalidad?  
*Do you have a regular mammogram? If yes, any abnormalities?*

---

Otra historia medica (por favor especifique) / *Other Medical History (please specify)*

---

---

### **¿Es alérgico a algun medicamento? Enliste alergias y que tipo de reacciones.**

*Are you allergic to any medications? List allergies and state what kind of reaction, if known.*

---

---

---

### **¿Que cirugia o intervenciones ha tenido? Por favor incluya las fechas.**

*What surgeries or interventions have you had? Please include dates.*

---

---

**¿Ha estado hospitalizado recientemente?** *Have you been hospitalized recently?*

**Revisión de los Sistemas**

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

**Historia medica familiar (marca la relación):** *Family Medical History, mark relation*

Relación	¿Es esta persona viva o muerta? <i>(Is this person alive or deceased?)</i>	Enfermedad de rinon <i>(Kidney Disease)</i>	Presion alta <i>(High BP)</i>	Diabetes	Enfermedad de corazon, Ataque al Corazon <i>(Heart Disease or Heart Attack)</i>	Derrame cerebral <i>(Stroke)</i>	Cancer	Enfermedad autoinmune <i>(Autoimmune disease )</i> <b>(Lupus, RA)</b>
Padre / <i>Father</i>								
Madre / <i>Mother</i>								
Hermanos / Hermanas <i>Sibling(s)</i>								
Hijos <i>Son(s)</i>								
Hijas <i>Daughter(s)</i>								
Abuelo Paterno / <i>Paternal Grandfather</i>								
Abuela paterna / <i>Paternal Grandmother</i>								
Abuelo Materna <i>Maternal Grandfather</i>								
Abuela Materna <i>Maternal Grandmother</i>								
Tío Paterno <i>Paternal Uncle</i>								
Tía Paterno <i>Paternal Aunt</i>								
Tío Materno <i>Maternal Uncle</i>								
Tía Materno <i>Maternal Aunt</i>								

Otro /*Other* \_\_\_\_\_

**Revisión de los Sistemas**

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

**Historia Social** (*Social History*)

Si No ¿Recibio la vacuna de influenza este ano? *Did you receive the seasonal flu shot this year?*

Si No ¿Fuma? ¿Si fuma, cuantos paquetes al dia? \_\_\_\_\_  
*Do you smoke? If so, how many per day?*

Si No ¿Anterior-mente fumaba? ¿Si, cuando dejo de fumar? \_\_\_\_\_  
*Did you previously smoke? If so, when did you quit?*

Si No ¿Consume bebidas alcoholicas? ¿Si toma, cuantas? \_\_\_\_\_  
*Do you drink alcohol? If so, how much?*

Si No ¿Sigue alguna dieta? (dieta baja en sodio, vegetariana, baja en carbohidratos, etc.)  
\_\_\_\_\_  
*Do you follow any diet? (i.e. low salt, vegetarian, low carb, etc.)*

¿Que tipo de trabajo hace usted? \_\_\_\_\_  
*What kind of work do you do?*

¿Si se ha retirado, que tipo de trabajo tenia anteriormente? \_\_\_\_\_  
*If retired, what did you do?*

¿Hace ejercicio? ¿Que tipo de ejercicio y cuanto? \_\_\_\_\_  
*Do you exercise? If so, what kind and how often?*

¿Con quien vive? (elija los que apliquen) *Who do you live with? (Circle all that apply)*

Esposo/a	Niño(s) # _____	Otro pariente	Padres	Otros
<i>Spouse</i>	<i>Children/#</i>	<i>Significant Other</i>	<i>Parents</i>	<i>Others</i>

Si No Es viudo(a) o divorciado(a)?  
*Are you widowed or divorced?*

## Revisión de los Sistemas

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

**Tiene síntomas de: (elija los que apliquen)** *Do you have symptoms such as: (circle all that apply)*

Fiebre /*Fever*

Perdida del apetito /*Loss of appetite*

Escalofríos /*Chills*

Perdida de peso de más de 10 libras /*Weight loss > 10lb*

Fatiga o pérdida de energía /*Fatigue*

Dolores de cabeza /*Headaches*

Comentarios:

**Ojos** /*Eyes*

Vision borrosa /*Blurred Vision*

Perdida de la vision /*Loss of Vision*

Vision doble /*Double Vision*

Dolor en los ojos /*Eye Pain*

Terapia laser /*Laser Therapy*

Cirugías de cataratas /*Cataract Surgery*

Comentarios:

**Oído/Nariz/Garganta/Boca** /*Ear/Nose/Throat/Mouth*

Problemas nasales /*Sinus Problems*

Llagas en la garganta /*Sores in Mouth*

Dolor de garganta /*Sore Throat*

Sangrado nasal /*Nose Bleeds*

Comentarios:

**Cardiovascular** /*Cardiovascular*

Dolor de pecho /*Chest Pain or Discomfort*

Hinchazón de las piernas /*Swelling of Legs*

Dolor de pantorrilla al caminar /*Calf pain when walking*

Comentarios:

**Respiratorio** /*Respiratory*

Falta de aire en descanso /*SOB at rest*

Tos frecuente /*Frequent Cough*

Falta de aire al caminar /*SOB w/ walking*

Sibilancias /*Wheezing*

Falta de aire al recostarse /*SOB when lying down*

Comentarios:

**Gastrointestinal** /*Gastrointestinal*

Dolor abdominal (estómago) /*Abd pain*

Diarrea frecuente /*Frequent Diarrhea*

Vomito/nausea frecuente /*Frequent n/v*

Indigestion frecuente /*Frequent Indigestion*

Comentarios:

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

**Musculosqueletal** / *Musculoskeletal*

Dolor de las articulaciones / *Joint Pain*

Huesos rotos / *Broken Bones*

Inflamacion de las articulaciones / *Swollen Joints*

Dolor frecuente de musculos / *Muscle Pain*

Comentarios:

---

---

**Piel** / *Skin*

Erupcion en la piel / *Skin rash*

Comezon persistente / *Persistant Itching*

Comentarios:

---

---

**Neurologico** / *Nuerological*

Problemas de memoria / *Memory problems*

Dolor en manos o pies / *Pain in hand or feet*

Adormecimiento de las manos o pies / *numbness/Tingling in hands or feet*

Comentarios:

---

---

**Endocrina** / *Endocrine*

Mucho frio o calor / *Too hot or cold*

Cansancio / *Tired or sluggish*

Sed excesiva / *Excessive thirst*

Comentarios:

---

---

**Hematologico y Linfatico** / *Hematologic and Lymphatic*

Inflamacion de gladulas / *Swollen Glands*

Problemas de coágulos de sangre / *Blood Clotting Problems*

Comentarios:

---

---

**Inmunologico (Subraye las inmunizaciones que ha recibido)** / *Immunologic(Vaccines)*

Vacuna contra Influenza

Vacuna contra Hepatitis B

Vacuna contra neumonia

*Influenza Vaccine*

*Hepatitis B Vaccine*

*Pneumococcal Vaccine*

Comentarios:

---

---

**Psicologico** / *Psychologic*

Si No ¿En el último mes, ha tenido poco interes o placer en hacer cosas? *In the past month, have you had little interest or pleasure in doing things?*

Si No ¿En el último mes, se ha sentido decaido, depremido, o sin esperanza? *In the past month, have you felt*

Comentarios:

---

---





# Colorado Kidney Care

*Where Quality Comes to Life*

## **Consentimiento para Obtener Historia Prescripción**

Este formulario de consentimiento autoriza Colorado Kidney Care para obtener y revisar mi historial de recetas. Historia detallada receta proporciona a su médico información acerca de los medicamentos que se recetadas por otros proveedores involucrados en su atención médica. Esta información mejorará la precisión de nuestra lista de medicamentos en su expediente médico y disminuir las reacciones adversas a los medicamentos o información inexacta medicamentos como los nombres de los medicamentos o las dosis.

Al firmar este formulario de consentimiento usted acepta que Colorado Kidney Care puede solicitar y utilizar el historial de prescripción de medicamentos de otros profesionales de la salud, las farmacias y los pagadores de prestaciones (como su compañía de seguros) para fines de tratamiento.

Entender todo lo anterior, la presente, proporciono el consentimiento informado a Colorado Kidney Care a la solicitud, la vista, y uso mi historial de recetas externa para fines de tratamiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Nombre del paciente (Impreso): \_\_\_\_\_

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

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de la Forma de Consentimiento Firma \_\_\_\_\_



# Colorado Kidney Care

*Where Quality Comes to Life*

---

## Directiva avanzada y apoderado de asistencia médica

Si  No  Usted tiene una directiva anticipada?

*I.* La directiva anticipada es un documento legal (o testamento) que proporciona una guía para decisiones médicas o de salud en caso de que sea incapaz de tomar estas decisiones. En caso afirmativo, por favor proporcione una copia a nosotros en la siguiente visita.

*II.* **Si la respuesta es sí, favor de proveer una copia en su siguiente visita**

Si  No  Tiene un sustituto que toma decisiones, también conocido como "apoderado de asistencia médica", que ha designado para tomar decisiones médicas si usted no puede?

En caso afirmativo, cuál es el nombre de su apoderado de asistencia médica?

\_\_\_\_\_

Número de teléfono de proxy:

\_\_\_\_\_

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

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

**Colorado Kidney Care**  
**Polica de Pago**  
(Office Copy) As of March 2013

**Covertura del seguro Medico:** Nosotros mandaremos el cobro de sus servicios a su seguro medico, por lo tanto responsabilidad del paciente asegurarse que tengamos la informacion apropiada. Si usted cambia o agrega cobertura medica es su responsabilidad dejarnoslo saber y presentar una nueva tarjeta antes de su cita. Cualquier balance que sea la responsabilidad del paciente segun el seguro medico sera cobrada al momento de su proxima visita o en cuanto el estado de cuenta sea recibido por correo.

**Copagos:** Tenemos la obligaci3n con los seguros m3dicos para cobrar y obtener los copagos el dia que se dan los servicios m3dicos. Usted tiene la obligaci3n con su compa1a de seguro medico para pagar por igual. Somos considerados especialistas y por lo tanto podr3 haber un copago diferente. Si por cualquier razon estos cargos no son pagados el dia de los servicios m3dicos se agregara una tarifa Administrativa de \$5.00 por cada mes que est3n cantidad no sea pagada en su totalidad. La compa1a de seguro medico no cubre estos gastos por lo tanto ser3 responsabilidad del paciente.

**Forma de Pago:** Aceptamos pagos en efectivo, cheque, Visa, MasterCard, American Express y Discover

**Balances de el Paciente:** Si el paciente tiene un balance con nuestra compa1a, mandaremos un estado de cuenta mesualmente a su domicilio. Esperamos que este balance sea pagado en su totalidad una vez que se aiga recibido. Si usted no puede hacer el pago por completo porfavor de llamar a nuestra oficina de cobros. Nuestra oficina de cobros esta disponible de Lunes a Viernes 8:00AM -5:00PM. Favor de llamar para poder ofrecer plan de pagos si es necesario. El telefono es 720-343-1600

**Balances sin pagar:** Si el paciente no cumple con sus pagos mensuales este sera mandado a una agencia de collecciones fuera de nuestra compa1a. Usted sera responsable de pagar el balance en su totalidad al igual que cualquier tarifa agregada antes de volver a recibir sevicios de nuestros doctores. Una vez que su cuenta sea mandada a collecciones usted sera responsable de arreglar pagos con dicha agencia.

**Otros posibles cargos:** Una cuota de \$25.00 se cobrara si el paciente decide no llegar a su cita o no cancelar la cita 24 horas por adelantado. Nuestra polica dice que la primera vez se le enviara una carta, la segunda vez se le cobrara esta cantidad. El seguro medico no cubren este cargo por lo tanto el paciente sera responsable si esto sucede. La cantidad tendra que ser pagada en su totalidad antes de volver a receiver servicios de nuestros medicos. Si el paciente a ingresado al hospital este cargo no sera aplicado.

**Quota por cheque devuelto:** Nosotros cobraremos una cuota de \$20.00 a todo aquel que aiga pagado con cheque sin fondos. Si el paciente decide ponerle un alto al cheque el paciente sera cobrado in monto de \$25.00 estos cobros son cobrados por el banco.

Yo eh leido y entiendo la polica de pago de Colorado Kidney Care. Entiendo que lo que no cubre la compa1a de aseguransa como los copagos y deducible sera mi responsabilidad.

Nombre en molde: \_\_\_\_\_

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