



Mount Sinai *Selikoff Centers for Occupational Health*

Paquete de Bienvenida





**Mount
Sinai**

*Selikoff Centers for
Occupational Health*

Bienvenido a los Centros Selikoff para la Medicina Ocupacional de Mount Sinai

Apreciado Paciente,

Bienvenido a los Centros Selikoff para la Medicina Ocupacional de Mount Sinai. Para garantizarle la atención de más alta calidad, necesitamos cierta información en el momento de su cita. Por favor complete ese paquete lo mejor que pueda y tráigalo con usted a su primera cita junto con todos los expedientes médicos pertinentes.

Este paquete incluye las siguientes secciones:

- **Inscripción/Información Demográfica**
- **Información de otros médicos involucrados en su cuidado**
- **Información de Compensación Laboral**
- **Su información Laboral**
- **Cuestionario de Historial Médico**

Por favor tenga en cuenta que un trabajador social de los Centros Selikoff para la Salud Ocupacional se comunicara con usted antes de su primera cita y podrá ayudarle con cualquier pregunta que usted pueda tener sobre este paquete de documentos. Si tiene alguna pregunta o duda específica antes de su cita, comuníquese con nosotros al 1-888-702-0630.

Esperamos contar con su presencia en nuestro Centro Clínico.

Sinceramente,

Los Centros Selikoff para la Medicina Ocupacional de Mount Sinai



Información Demográfica

INFORMACION DEL PACIENTE			
Fecha de Hoy:		Fecha de la Cita:	
Apellido:		Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Dirección/PO Box:		Ciudad:	Estado:
País:		Código Postal:	País de Nacimiento:
Correo electrónico:			
Teléfono Celular: ()	Teléfono de la casa: ()	Teléfono del trabajo: () Ext:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): / /	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Raza / Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco			

EN CASO DE EMERGENCIA		
Por favor notifique en caso de emergencia a:		Relación con el paciente:
<input type="checkbox"/> Marque ésta casilla si la dirección es la misma que aparece en la información del paciente		
Dirección:	Ciudad, Estado:	Código Postal:
Teléfono de la casa: ()	Teléfono celular/trabajo: ()	

TIPO DE REFERIDO	
Por favor explique cómo se enteró de los Centros Selikoff para la Salud Ocupacional	
Origen de Referencia (Por favor marque todas las casillas que apliquen):	
<input type="checkbox"/> Panfleto <input type="checkbox"/> Jefe <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Médico/Clinica <input type="checkbox"/> NYCOSH <input type="checkbox"/> Familiar/amigo/compañero de trabajo <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Usted mismo	
<input type="checkbox"/> Grupo Comunitario <input type="checkbox"/> Agencia Gubernamental <input type="checkbox"/> Propaganda <input type="checkbox"/> Casa de Oración/alabación <input type="checkbox"/> 800-MD-SINAI <input type="checkbox"/> Página de internet de Mount Sinai <input type="checkbox"/> Seguro Médico	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Unión/ Nombre de la Unión y número de la Local: _____	
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si ésta es una segunda opinión	
Nombre de quién le refirió:	
Correo electrónico de quién le refirió:	
Dirección de quién le refirió:	
Teléfono de quién le refirió: ()	Fax de quién le refirió: ()

Información del Médico

OTROS MEDICOS QUE LE PROPORCIONAN TRATAMIENTO

Por favor complete la siguiente información para informarnos que doctores ve usted por fuera de los Centros Selikoff para la Medicina Ocupacional.

Doctor Primario/General:

Dirección:	Teléfono: ()
Fax: ()	Enfermedades que le trata:

Doctor(es) Especialista(s):

Nombre del Doctor:	Especialidad/Enfermedad que le trata:	Dirección:
Teléfono: ()	Fax: ()	
Nombre del Doctor:	Especialidad/Enfermedad que le trata:	Dirección:
Teléfono: ()	Fax: ()	
Nombre del Doctor:	Especialidad/Enfermedad que le trata:	Dirección:
Teléfono: ()	Fax: ()	
Nombre del Doctor:	Especialidad/Enfermedad que le trata:	Dirección:
Teléfono: ()	Fax: ()	
Nombre del Doctor:	Especialidad/Enfermedad que le trata:	Dirección:
Teléfono: ()	Fax: ()	

INFORMACION DE SU FARMACIA

Nombre de su Farmacia:		
Dirección de su Farmacia:	Ciudad, Estado:	Código Postal:
Teléfono de su Farmacia: ()	Fax de su Farmacia: ()	

Certifico que bajo mi mejor conocimiento, la información anterior es correcta y verdadera.

Firma del Paciente/Guardián:	Fecha:
------------------------------	--------

Información de Compensación Laboral

Apellido del Paciente:	Primer Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento del Paciente:
------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

COMPENSACION LABORAL

Para su visita, por favor proporcione la siguiente información bajo su mejor conocimiento. Si este es un caso nuevo, pueda que no tenga toda la información necesaria a su disposición en este momento. Por favor llene toda la información posible. La información de la Aseguradora de Compensación Laboral puede obtenerla a través del departamento de Recursos Humanos de su Empleador/Trabajo.

Información del Paciente (A.)

Aseguradora de Compensación Laboral, Caso #:	# del Caso de Compensación Laboral (Si lo sabe):	Fecha de la Lesión/ Inicio de la Enfermedad:(mm/dd/aaaa) / /	
En la fecha del accidente/lesión, cuál era el título y descripción de su trabajo:			
En la fecha del accidente/lesión, describa las actividades que usted hacía normalmente durante su trabajo:			

Información de su Empleador (B.)

Nombre de la compañía/empleador en el momento que ocurrió el accidente/lesión:			Número telefónico del Empleador #
Dirección del Empleador :			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:

Información de la Aseguradora de Compensación Laboral:

Compañía Aseguradora del Empleador:	Código de la Aseguradora: W
Dirección de la Compañía Aseguradora:	

Historia Laboral/Ocupacional

Apellido del Paciente:	Primer Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento del Paciente:
------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

INFORMACION OCUPACIONAL:

Nombre del Empleador:			
Dirección del Empleador:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:
¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si NO está trabajando, por favor marque una de las siguientes:</i>			
<input type="checkbox"/> Incapacitado		<input type="checkbox"/> Jubilado	
<input type="checkbox"/> Desempleado/ dado de alta			
¿Su trabajo está/estaba en el estado de New York? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Usted es miembro de una unión laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<i>¿Si usted SI es miembro de una unión laboral, cual es el nombre de su unión y el número de su local?</i>			

Por favor escriba cuál es el título de su trabajo o nombre de la posición que usted ejerce PRESENTEMENTE (o el MAS RECIENTE, si usted NO está trabajando actualmente).
Sea lo más específico posible:

<u>Industria Actual (o la más reciente): (marque una)</u>	
<input type="checkbox"/> Artes & Recreación	<input type="checkbox"/> Industria Manufacturera (especifique el producto: _____)
<input type="checkbox"/> Comunicaciones- teléfono, radio, etc. (especifique cuál: _____)	<input type="checkbox"/> Medio de difusión- papel periódico, revista, TV, etc. (especifique: _____)
<input type="checkbox"/> Construcción: <input type="checkbox"/> Puentes, túneles, calles, servicios públicos, etc. <input type="checkbox"/> Edificios -residencial, almacenes, industrial <input type="checkbox"/> Contratistas comerciales -plomera, electricistas, carpintería, etc. <input type="checkbox"/> otro (especifique: _____)	<input type="checkbox"/> Organizaciones con membresías- uniones laborales, religiosas/políticas, etc.
<input type="checkbox"/> Servicios Educativos & Escuelas: <input type="checkbox"/> primaria, secundaria, secundaria superior <input type="checkbox"/> colegios, universidades, escuelas de profesionales <input type="checkbox"/> bibliotecas	<input type="checkbox"/> Servicios Personales & Servicios Domésticos Privados
<input type="checkbox"/> Ingeniería	<input type="checkbox"/> Autoridades Policiales & Judiciales
<input type="checkbox"/> Servicios del Medio Ambiente	<input type="checkbox"/> Ventas al por menor (especifique cual producto/servicio _____)
<input type="checkbox"/> Industria Financiera	<input type="checkbox"/> Servicios de Seguridad & Protección - fuego, seguridad, etc.
<input type="checkbox"/> Gobierno (especifique que tipo de agencia: _____)	<input type="checkbox"/> Servicios Sociales- consejería, familia, hijos, etc.
<input type="checkbox"/> Medico & de Salud -hospitales, clínicas, laboratorios, etc.	<input type="checkbox"/> Transportación (especifique - aire, bus, tren, agua, etc. _____)
<input type="checkbox"/> Servicios de Salud- otro (especifique: _____)	<input type="checkbox"/> Comercio Mayorista
<input type="checkbox"/> Servicios Legales- abogados, cortes, etc.	<input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____)

Apellido del Paciente:

Primer Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento del Paciente:

Por favor escriba el título de su trabajo o posición que sostuvo en el PASADO sólo si éste está relacionado con su condición de salud ACTUAL.

Sea lo más específico posible:

Industria: (marque una)

<input type="checkbox"/> Artes & Recreación	<input type="checkbox"/> Industria Manufacturera (especifique el producto: _____)
<input type="checkbox"/> Comunicaciones- teléfono, radio, etc. (especifique cuál: _____)	<input type="checkbox"/> Medio de difusión - papel periódico, revista, TV, etc. (especifique: _____)
<input type="checkbox"/> Construcción: <input type="checkbox"/> Puentes, túneles, calles, servicios públicos, etc. <input type="checkbox"/> Edificios -residencial, almacenes, industrial <input type="checkbox"/> Contratistas comerciales -plomera, electricistas, carpintería, etc. <input type="checkbox"/> otro (especifique: _____)	<input type="checkbox"/> Organizaciones con membresías- uniones laborales, religiosas/políticas, etc.
<input type="checkbox"/> Servicios Educativos & Escuelas: <input type="checkbox"/> primaria, secundaria, secundaria superior <input type="checkbox"/> colegios, universidades, escuelas de profesionales <input type="checkbox"/> bibliotecas	<input type="checkbox"/> Servicios Personales & Servicios Domésticos Privados
<input type="checkbox"/> Ingeniería	<input type="checkbox"/> Autoridades Policiales & Judiciales
<input type="checkbox"/> Servicios del Medio Ambiente	<input type="checkbox"/> Ventas al por menor (especifique cual producto/servicio _____)
<input type="checkbox"/> Industria Financiera	<input type="checkbox"/> Servicios de Seguridad & Protección - fuego, seguridad, etc.
<input type="checkbox"/> Gobierno (especifique que tipo de agencia: _____)	<input type="checkbox"/> Servicios Sociales- consejería, familia, hijos, etc.
<input type="checkbox"/> Médico & de Salud -hospitales, clínicas, laboratorios, etc.	<input type="checkbox"/> Transportación (especifique - aire, bus, tren, agua, etc. _____)
<input type="checkbox"/> Servicios de Salud- otro (especifique: _____)	<input type="checkbox"/> Comercio Mayorista
<input type="checkbox"/> Servicios Legales- abogados, cortes, etc.	<input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____)

Cuestionario de Historial Médico

CUESTIONARIO SOBRE EL HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Apellido del paciente:

Primer Nombre:

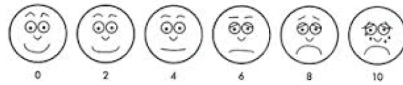
Fecha de Nacimiento:

¿Cuál es la razón de su visita?

Escala del dolor

En una escala de 1-10 por favor mida su dolor.

1 – No Dolor/Nivel de Dolor más bajo
10 – Nivel de dolor más alto



(Por favor marque (✓) el nivel apropiado)

Inmunizaciones:

Pneumovax (Vacuna para la neumonía)

Sí No

Fecha de Inmunización:

Influenza (“Vacuna de la gripe de la temporada”)

Sí No

Fecha:

Historial Médico del Pasado:

General (cambio de peso, fatiga, fiebre, pérdida de apetito)

Sí No

(Especifique por favor)

Enfermedad del corazón (ataque al corazón, insuficiencia cardiaca congestiva, angina, latidos de corazón irregulares /arritmia)

Sí No

(Especifique por favor)

Alta presión arterial o baja presión arterial

Sí No

(Especifique por favor)

Dolor de garganta, problemas de los senos paranasales

Sí No

(Especifique por favor)

Enfermedad pulmonar, incluyen asma, enfisema o falta de aire

Sí No

(Especifique por favor)

Problemas gastrointestinales (incluyen ulcera, diverticulitis, colon espástico, sangramiento del recto)

Sí No

(Especifique por favor)

Enfermedad del Hígado

Sí No

(Especifique por favor)

Enfermedad de los riñones o de la vejiga

Sí No

(Especifique por favor)

Enfermedad de la piel (incluye ronchas, alergias, inflamación)

Sí No

(Especifique por favor)

Trastornos neurológicos (ej., ataques epilépticos, frecuentes dolores de cabeza, mareos, desmayos)

Sí No

(Especifique por favor)

Trastornos psicológicos/psiquiátricos

Sí No

(Especifique por favor)

Trastornos de la sangre (incluyen problemas de sangramiento, de coagulación o de fácil formación de moretones)

Sí No

(Especifique por favor)

Diabetes o baja azúcar en la sangre

Sí No

(Especifique por favor)

Enfermedad de la Tiroides

Sí No

(Especifique por favor)

Artritis, enfermedades de músculos o huesos (incluyen fracturas)

Sí No

(Especifique por favor)

Enfermedades del sistema inmune (incluyen lupus, HIV, SIDA)

Sí No

(Especifique por favor)

Historia de cáncer

Sí No

(Especifique por favor)

Otra

Sí No

(Especifique por favor)

Historia Quirúrgica ¿Ha tenido algún tipo de cirugía (ej., corazón, abdominal, ortopédica, oral, ojos, trasplantes)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Especifique por favor)
Historia de Alergias ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica <u>severa</u> (ej., a la picazón de abejas, a la comida {leche, nueces})?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué? _____ ¿Qué tipo de reacción? _____
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a <u>cualquier</u> medicina (antibióticos, Codeína, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A cuál medicina? _____ ¿Qué tipo de reacción? _____
Historial de Medicinas Por favor escriba todas las medicinas que está tomando <u>ahora</u> . ¿Cuánto de cada una/Cuántas veces al día (que tan seguido)?	Nombre de la Medicina: / Dosis: _____ / _____ _____ / _____ _____ / _____ _____ / _____ _____ / _____ _____ / _____ _____ / _____	Frecuencia: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Historia Familiar:		
¿Hay alguna enfermedad/trastorno <u>relacionado con su queja</u> que sea común en su familia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quien en su familia: _____ Enfermedad: _____

Historia Social:		
¿Ha fumado alguna vez en su vida? Si respondió SI ¿Cuánto fumaba/fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si NO fuma ahora, que fecha dejo de fumar : _____ ¿Fuma ahora? ¿Cuántos paquetes al día? _____
¿Consume alcohol? Si respondió SI ¿Cuánto tomaba/toma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos vasos de alcohol al día? _____
¿Ha abusado de las drogas? Si respondió SI ¿Cuánto usaba/usa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor explique:
¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?		
<input type="checkbox"/> 8vo grado o menos, especifique cuál grado completó _____	<input type="checkbox"/> 4-años universitarios, SIN graduarse # años completos _____	
<input type="checkbox"/> Aluna secundaria, especifique cuál grado completó _____	<input type="checkbox"/> Graduado con 4 años universitarios	
<input type="checkbox"/> Terminó la secundaria	<input type="checkbox"/> Empezó posgrado universitario, # años completos _____	
<input type="checkbox"/> 2-años universitarios	<input type="checkbox"/> Terminó posgrado universitario (Master, PhD).	

Nombre del Paciente:	Firma del Paciente:	Fecha:
Nombre del Doctor:	Firma del Doctor:	Fecha: