

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 Physician Association (Asociación de médicos de Teladoc) 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 Physician Association (Asociación de médicos de Teladoc) 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 Physician Association (Asociación de médicos de Teladoc) 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 correo el formulario lleno al Departamento de Relaciones con el Cliente de Teladoc:
 4100 Spring Valley, Ste 600, Dallas TX 75244