

## Uso Cuestionario Significativo Para el Paciente

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

(Uso de la Oficina)

En un esfuerzo para mejorar la calidad de atención que nuestros pacientes reciben, DRA a puesto en marcha un registro electrónico de salud y estamos participando en la Iniciativa de Uso Significativo. Los datos que estamos colectando a continuación nos ayudara cuidar de manera eficiente y segura a usted, reducir las disparidades de salud, y mejorar la coordinación de atención entre DRA, su médico de atención primaria y los hospitales locales. Por favor tome un momento para responder a las siguientes preguntas muy importantes sobre usted y su salud en general. Gracias por elegir a DRA.

**Por favor marque su origen étnico: Hispano o Latino | No Hispano o Latino | Sin respuesta**

**Cuál es su idioma preferido?** \_\_\_\_\_

**Por favor marque su raza:**

Indio Americano o Nativo de Alaska

Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico

Asiático o asiático americano

Blanco

Negro o Afro Americano

Otro \_\_\_\_\_

No hay respuesta

**Consumo de Tabaco: Actual cada día/ actual algunos días/ ex consumidor / nunca/ desconocido**

**Cuál es su actual estatura? \_\_\_\_\_ Peso? \_\_\_\_\_**

**Adultos de 50 años o más:** Tuviste una vacuna contra la gripe durante la temporada de gripe? Sí No

**Por favor escriba su Historial Médico (diabetes, presión arterial alta, colesterol alto, etc)**

**Anote todos los medicamentos con dosis ingerida de forma rutinaria**

\_\_\_\_\_ **Actualmente no estoy tomando ningún medicamento**

Medicación y la dosis	Medicación y la dosis	Medicación y la dosis

**Es usted alérgico a algún medicamento?** Sí No

Si eres, por favor anote el medicamento y la reacción que tuviste, por ejemplo: erupción, urticaria, picazón, inflamación de la garganta, presión arterial baja, etc

Medicación	Reacción

Soy consciente de que dentro de los tres días hábiles puedo solicitar una copia electrónica de mis imágenes y el informe pidiendo DRA para un CD-ROM. Además, haciendo una lista de mi correo electrónico debajo Estoy solicitando acceso al portal del paciente DRA donde puedo ver mi resumen clínico en línea. Actualmente mi resumen clínico incluye solamente la información médica que se recogió de mí hoy, ni mis imágenes o informe. Sin embargo, haciendo una lista de mi correo electrónico seré capaz de ver más imágenes e informes cuando se hacen disponibles en línea para mí en el futuro próximo.

**Telefono#** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente / Tutor** \_\_\_\_\_

**Email** \_\_\_\_\_

**Recepcionista y Tecnólogo iniciales** \_\_\_\_\_ **rev 7/16/14**