

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 tres días puedo solicitar una copia electrónica de mis imágenes y reporte, pidiendo DRA por un CD ROM. Además, al completar el formulario "Autorización para Acceder Al Portal Del Paciente" estoy solicitando acceso a MyDRAPortal.com donde puedo ver mi informe de radiología 96 horas a partir de ahora, descargar y transmitir mi información clínica de salud en línea.

Desea acceder a su informe de radiología en línea? SI / NO

Si es así, por favor de completar y firme el formulario "Autorización para Acceder Al Portal Del Paciente".

Firma del Paciente / Tutor _____

Recepcionista y Tecnólogo iniciales _____ rev 8/3/17