

**Especialistas Respiratorios**

2608 Keiser Blvd. Wyomissing, Pa. 19610  
(610) 685-LUNG (5864) o 800-521-4732  
Fax: (610) -929-1528  
WWW.LUNGMD.NET

BIENVENIDOS,

En nombre de los medicos y el personal de los Especialistas en Respiracion, nos gustaria darle la bienvenida a nuestros practica. Nos especializamos en el diagnostico y tratamiento de los trastornos de los pulmones, el sueno y la alergia.

**POR FAVOR, ASEGURESE DE LEER ESTA CARTA COMPLETA COMO CONTIENE IMPORTANTE INFORMACION SOBRE SU PRIMERA VISITA A NUESTRA PRACTICA.**

Con el fin de prepararlo mejor para su primera visita, nos gustaria familiarizarlo con algunas de nuestras politicas y procedimientos de nuestra oficina.

Por favor complete y traiga los formularios adjuntos a su cita. Por favor no envie estos formularios a la oficina.

Traiga todas sus tarjetas de seguro de salud para ser fotocopiadas para su record en la oficina. Por favor notifique a su proveedor de DME, si tiene uno, con el nombre del especialista q usted estara viendo para que podamos descargar la informacion de su tarjeta inteligente a su llegada.

Si su compania de seguros requiere una referencia electronica o impresa, obtenga una de Su medico de cabecera antes de su cita.

(Si se requiere una referencia y usted llega a su visita sin una, se le pedira que reprogramar)

Si ha tenido alguna radiografia de torax y / o tomografias computarizadas de cualquier centro que no sea Reading Hospital o St. Joseph Medical Center, solicite a esa instalacion que los coloque en un disco y traiga ese disco con usted a su visita a la oficina.

Traiga una lista de TODOS sus medicamentos actuales.

**POR FAVOR, NO USE COLONIA O PERFUME PARA SU CITA.**

\* Para citas con el Dr. Titi, Robin Herb o servicios de alergia; por favor reportese al nivel inferior en la parte trasera del edificio a menos que se especifique lo contrario. \*

Dependiendo de su informacion de contacto que nos dio al programar su cita, puede recibir recordatorios por correo electronico 4 dias antes de su cita, mensaje de texto de telefono celular 5 dias antes de su cita y / o una llamada telefonica 6 dias antes de su cita. Se le dara una oportunidad con cada uno de esos avisos para confirmar o solicitar ser reprogramado. Si por alguna razon no puede asistir a su cita, notifique a nuestra oficina por lo menos 24 horas antes.

Si no da aviso, hay un cargo de \$ 30.00 por citas perdidas que no se han cancelado con al menos 24 horas de anticipacion, a menos que la Administracion determine lo contrario por circunstancias atenuantes.

Para nuestros pacientes alergicos, hay una tarifa de \$ 10.00 por no presentarse para todas las vacunas administradas en esta oficina.

Si no tiene su copago al momento de su cita, se le cobrara una tarifa adicional de \$ 10.00.

Apreciamos que haya elegido Especialistas en Respiracion para sus necesidades de atencion medica y esperamos reunirnos con usted.

Sinceramente,  
Berks Schuylkill Especialistas Respiratorios

Si usted necesita un interprete es SU responsabilidad traer uno con usted a su cita.



New Patient Questionnaire/ Cuestionario de Paciente Nuevo

Respiratory Specialists/ Especialistas Respiratorios

First Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Last Name/Apellido \_\_\_\_\_ MI/Inicial \_\_\_\_\_ Date/fecha \_\_\_\_\_

Age/Edad \_\_\_\_\_ Date of birth/Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Country of birth/Pais de nacimiento \_\_\_\_\_

Primary Care Physician/Medico de cabecera: \_\_\_\_\_

What is the nature of the problem that brought you to the office/Cual es la naturaleza del problema q lo trajo a la oficina:

\_\_\_\_\_

Past Medical History/Historial Medica pasada (check each condition that applies) (Marque cada condicion q le aplique)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lung disease/Enfermedad del pulmon                            | <input type="checkbox"/> Sleep Apnea/Apnea del sueno Insomnia/Insomnia |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ Asma  | <input type="checkbox"/> Restless legs/Piernas inquietas               |
| <input type="checkbox"/> COPD/EOPC   | <input type="checkbox"/> Recurrent Sinusitis/Sinusitis                 |
| <input type="checkbox"/> Emphysema/Enfisema  | <input type="checkbox"/> Lung Cancer/Cancer de Pulmon                  |
| <input type="checkbox"/> Chronic Bronchitis/Bronquitis Cronica                         | <input type="checkbox"/> Other Cancer/Otro Cancer                      |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis  | <input type="checkbox"/> Allergies/ Alergias                           |
| <input type="checkbox"/> Sarcoidosis   | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia/Fibromialgia                     |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia/Neumonia  |  |
| <input type="checkbox"/> High Cholesterol/Colesterol alto                              |  |
| <input type="checkbox"/> Thyroid disease/Enfermedad de Tiroide                         |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  |  |
| <input type="checkbox"/> HIV/VIH   |  |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis   |  |
| <input type="checkbox"/> Lupus   |  |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis/Artritis Reumatoide                      |  |
| <br>   |  |
| <input type="checkbox"/> Heart disease/Enfermedad de corazon Hypertension/Hipertension |  |
| <input type="checkbox"/> Angioplasty/Stents- Angioplastia o mayas                      |  |
| <input type="checkbox"/> Heart failure/Insuficiencia Cardiaca                          |  |
| <input type="checkbox"/> Stroke/Ataque   |  |
| <input type="checkbox"/> DVT/Blood clot-TVP coagulos                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Pulmonary Emboli/Embolia Pulmonar                             |  |
| <input type="checkbox"/> Kidney disease/Enfermedad de rinon                            |  |

Please list all Operations and Dates/Por favor enumere todas sus Operaciones y Fechas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Have you been admitted to the Hospital in the Last Two Years/Ha sido Hospitalizado en los Ultimos Dos Anos

Date/Fecha ___ / ___ / ___	Where/Donde: _____	Reason/Razon _____
Date/Fecha ___ / ___ / ___	Where/Donde: _____	Reason/Razon _____
Date/Fecha ___ / ___ / ___	Where/Donde: _____	Reason/Razon _____
Date/Fecha ___ / ___ / ___	Where/Donde: _____	Reason/Razon _____

DME Equipment/Equipo (Check appropriate answer) (Marque la respuesta apropiada)

- Oxygen/Oxigeno     Nebulizer/Nebulizador     CPAP/BiPAP (maquina para dormir)
- Supplier/Proveedor \_\_\_\_\_

-  
-

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date of birth/Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Health History/Historial de Salud (Circle appropriate answer)(Circule la respuesta apropiada)**

Sex/Sexo:  Male/Masculino  Female/Femenina Height/Estatura \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ in Weight/Peso \_\_\_\_\_

Please rate your current health status/ Por favor califique el estado actual de su salud  
 Poor/Pobre  Average/Promedio  Good/Bueno  Excellent/Excelente

Do you currently smoke/Usted fuma actualmente Cigarettes/Cigarrillos, Cigars/Cigarros, Pipe/Pipa, u Otros Productos de Tabacco  
 Yes/Si  No  
Which/Cual \_\_\_\_\_ How Long/Cuanto Tiempo \_\_\_\_\_ (yrs/años) How much a day/Cuanto al día \_\_\_\_\_

Did you smoke/Alguna vez fumo: Cigarettes/Cigarrillos, Cigars/Cigarros, Pipe/Pipa, otros Productos de Tabacco:  Si  No  
How long did you smoked/ Por cuanto tiempo fumo: (years/años) \_\_\_\_\_  
How much per day/Canto al día? \_\_\_\_\_ When did you stop/Cuando lo dejo? \_\_\_\_\_

Do you have pets such as dogs, cats, or birds/ Tiene mascotas tales como perros, gatos, o aves  Yes/Si  No  
If yes what type and quantity/ Si tiene que tipo y cantidad: \_\_\_\_\_

Please rate your current energy level/ Por favor califique su nivel de energia actualmente:  
 Poor/Pobre  Average/Promedio  Good/Bueno  Excellent/Excelente

Do you snore/Usted ronca?  Yes/Si  NO

Do you Experience day time drowsiness/ Experimenta somnolencia durante el dia?  Yes/Si  No  
Do you feel rested in the morning/ Se siente descansado en la mañana?  Yes/Si  No  
How often do you exercise/ Cuan seguido hace ejercicios?  
 Never/Nunca  Occasionally/Ocasionalmente  Regularly/Regularmente  Frequently/Frecuentemente  
 Daily/Diariamente

Have you gained weight over the past 5 years/ A subido de peso en los ultimos 5 años?  Yes/Si  No  
if yes how much/ Si subio, cuanto? \_\_\_\_\_

Have you lost weight over the past 5 years/ A bajado de peso en los ultimos 5 años  Yes/Si  No  
If yes how much/ Si bajo, cuanto? \_\_\_\_\_

Alcohol Consumption/ Consumo de alcohol: # of drinks per Day/# de bebidas por Dia \_\_\_\_\_  
Weekly/a la Semana \_\_\_\_\_ Monthly/al Mes \_\_\_\_\_ Yearly/al Año \_\_\_\_\_

**Occupation History/Historial de Ocupacion**

Current/Actual: \_\_\_\_\_

Former/Anterior: \_\_\_\_\_

If retired/Si esta retirado: (When/Cuando) \_\_\_\_\_

If disabled/Si esta desabilitado: (When/Cuando) \_\_\_\_\_

Any Toxin Exposure/Alguna exposicion a Toxina? (Asbestos, Berllium/Berilio, Lead/Plomo, Coal dust/Polvo de Carbon,Silica/Silice, or others/ u otros? \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date of birth/Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Family History/Historial de Familia**

Relationship/Relacion	Age/Edad	Medical problem/Problema de salud	Deceased/Fallecido
Father/Padre	_____	_____	_____
Mother/Madre	_____	_____	_____
Brother/Hermano	_____	_____	_____
Brother/Hermano	_____	_____	_____
Brother/Hermano	_____	_____	_____
Sister/Hermana	_____	_____	_____
Sister/Hermana	_____	_____	_____
Sister/Hermana	_____	_____	_____
Spouse/Partner Conyuge/Pareja	_____	_____	_____

**Medications/Medicamentos**

Please list all medications below and bring bottles with you to your first appointment Porfavor liste todos sus medicamentos abajo y traigalos a su primera cita

Medications/Medicamentos	Dosage/Dosis(mg)	Times per day/veces al dia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Allergies to Medications/Alergia a Medicamentos**

Medication/Medicamento	Reaction/Reaccion
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Vaccinations/Vacunas**    Type/Tipo    If yes, What year/ Si respondio si, Que ano

Flu/Influenza: \_\_\_\_\_  
Pneumonia/Neumonia \_\_\_\_\_  
Hepatitis \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date of birth/Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

REVIEW OF SYSTEMS/REVISION DE SISTEMAS

(Check those symptoms that YOU experience) ( Marque las simtomas que USTED experimenta)

CONSTITUTIONAL/

CONSTITUCIONAL:

- Change in weight/Cambio en peso
- Fever/Chills-Fiebre/Escalofrios
- Night sweats/Sudores nocturnos

RESPIRATORY/RESPIRATORIO:

- Shortness of Breath/Falta de aliento
- Cough/Tos
- Coughing blood/Tos con sangre
- Dust inhalation/Inhalacion de polvo

habitos intestinales

CARDIAC/CARDIACO:

- Chest pain/Dolor de pecho
- Shortness of breath on reclining/Falta de aliento al recostarse
- Wake up short of breath/Despierta con falta de aliento
- Racing/Irregular heart beat-Latidos de corazon irregulares
- Blackout spells/Episodios de desmayo
- Ankle swelling/Hinchazon de tobillos
- Aching legs when walking/dolor en las piernas al caminar

ALLERGIC/ALLERGICO :

- Allergic to dust, pollen, animals/ Alergico al polvo, polen, animales
- Seasonal hay fever/Fiebre de heno estacional
- Feathered Pillows/Almohadas con plumas

FOOD ALLERGIES/Alergias a los alimentos

- Milk/Leche
- Nuts/Nueces
- Shellfish/Mariscos
- Seafood/Mariscos

cosquilleo

ENVIROMENTAL ALLERGIES/

ALERGIAS AMBIENTALES

- Pets/Mascotas
- Odors/Olores
- Insects/Insectos
- Bee stings/las picaduras de abeja
- Weather/Clima
- Grass/Cesped

SLEEP/DORMIR:

- Excessive sleepness/Somnolencia excesiva
- Loud snoring/Ronquidos fuertes
- Breath stop at night/Aliento para en la noche
- Leg Pain at night/Dolor en las piernas durante la noche

GASTROINTESTINAL:

- Nausea/vomiting-Nausea/vomitos
- Vomiting Blood/Vomito con sangre
- Difficulty swallowing/Dificultad al tragar
- Indigestion
- Abdominal pain/Dolor abdominal
- Yellow/jaundice-Ictericia/ Amarillo
- Blood in stool/Sangre en escreta
- Black tarry stool/Escreta negra
- Diarrhea/Diarrea
- Change in bowel habits/Cambios en los

- Hernia
- Hemorrhoids/Hemorroides

GENITOURINARY/GENITOURINARIAS:

- Burning on urination/Quemazon al orinar
- Nighttime urination/Orina nocturna
- Blood in urine/Sangre en orina? Change in urine stream/Cambio en la flujo de la orina

EYES, EARS, NOSE, THROAT/OJOS, OIDOS,

NARIZ, GARGANTA:

- Difficulty to hear/Dificultad para oir
- Ringing in ears/Zumbido en las oidos
- Frequent bloody nose/sangrado de nariz frecuentes
- Hoarseness/Ronquera
- Change in vision/Cambios en la vision
- Double vision/Vision doble

NEUROLOGICAL/NEUROLOGICO

- Frequent/severe headache-Dolor de cabeza severo/frecuente
- Numbness/tingling-Adormecimiento o
- Uncoordination/Incoordinacion
- Weakness/Debilidad
- Seizures/Convulciones

SKIN/PIEL:

- Itching/Picor Rash/Erupcion
- Change in mole/Cambio marcas
- Breast Pain/Lump-Dolor de pecho o nodulos
- New lumps/Nodulos nuevos

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date of birth/Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

ENDOCRINE/ENDOCRINARIO:

- Heat/Cold Intolerance-  
Intolerancia al caliente o frio
- Neck irradiation/Irradacion en el cuello
- Excessive thirst/Sed excesiva
- Unusual dietary cravings/ Antojos inusuales en su dieta

HEMATOLOGICAL/HEMATOLOGICO:

- Anemia
- Enlarged lymph nodes/ ganglios linfaticos agrandados
- Excessive bleeding or bruising/Sangrado excesivo o hematomas
- Blood Clots/Coagulos

MUSCULOESKELETAL:

- Joint pain/Dolor en las articulaciones
- Joint swelling/ Inchazon en articulaciones
- Back pain/Dolor de espalda
- Joint stiffness/Regidez en articulaciones

I have personally reviewed the past medical history/ Yo personalmente e revisado mis antecedentes medicos, DME, health history/historial de salud, medications/medicamentos, allergies/alergias, social history/historial social, family history/historial familiar, and review of systems during this visit/y la revision de los sistemas durante esta visita.

---

Patient/Paciente      Physician/Medico      Clinical staff/Miembro Clinico      Date/Fecha