



NextMD Portal del Paciente: Su conexión segura en línea a Vera Whole Health

NextMD, el sistema de correo electrónico seguro de Vera Whole Health, le permite unirse con su doctor por un ambiente conveniente, seguro, y seguro. Con NextMD, usted puede:

- Comuníquese directamente con su proveedor desde la privacidad del hogar
- Solicitar citas electrónicamente
- Solicite los resultados de su laboratorio por correo electrónico Seguro

¿Cómo empiezo?

¡Una gran noticia! Ya estás inscrito. El único paso restante es confirmar su identidad y Configurar tu cuenta.

1. Su token de inscripción es un número secreto asignado especialmente a usted, que le permite para configurar su cuenta. Este número de token será válido en 5 días hábiles. Usted encontrará este número en la carta adjunta. Tenga en cuenta que caduca a los 30 días.
2. La carta adjunta describe en detalle las características de configuración de su cuenta. También lo harás recibir un correo electrónico nuestro que contiene la misma información que la carta adjunta, en formulario electrónico. Si no lo ve en su bandeja de entrada, verifique su carpeta de correo no deseado.
3. Cuando usted ha completado la fundación de su cuenta, usted puede comenzar a comunicarse con su abastecedor inmediatamente.

Preguntas? Preocupaciones?

Agradecemos sus comentarios. ¡Llame a la recepción de su clínica en cualquier momento!



Descripción general de coaching de salud integral de Vera Whole Health

¿Qué hace un coach de salud integral?

Un coach de salud integral facilita el proceso de cambio y lo ayuda a acercarse a su visión de bienestar al cocrear un plan de acción estratégico y personalizado. Su coach lo escuchará con curiosidad y empatía, formulando preguntas importantes y así, usted tomará la responsabilidad de sus compromisos.

Mediante esta guía, usted se empoderará para iniciar el cambio y establecer objetivos de sesión de motivación personal para abordar una variedad de temas como estrés, ejercicio, nutrición, sueño o equilibrio entre el trabajo y la vida. A lo largo del proceso, su coach trabajará junto con usted como socio de colaboración en su recorrido, ayudando a extraer de usted lo que ya sabe, cree y desea.

Proceso de coaching de salud integral

El coaching de salud integral es un proceso de colaboración que requiere una participación activa y comprometida. Para aprovechar esta guía al máximo, le recomendamos asistir a cada sesión de coaching preparado con un tema a discutir. Usted determina qué compartir durante estas sesiones, y su coach respetará dichos límites. La expectativa es que su coach sea honesto, directo, y respetuosamente, le ofrezca desafíos.

Un coaching exitoso depende en gran parte de su disposición para definir y aceptar objetivos, probar nuevos enfoques y tomar medidas fuera de la sesión de coaching. Con la guía del coach, usted determina las metas, resultados, y también le anima a ser responsable de sus decisiones, planes, cronograma y acciones.

Su coach trabaja en colaboración con el profesional de salud que lo atiende en Vera Whole Health para brindarle apoyo. Los servicios de coaching no son un consejo médico ni reemplazan servicios como los proporcionados por dietistas, entrenadores personales, fisioterapeutas, médicos, enfermeras, quiroprácticos o cualquier otro profesional de la salud.

Estructura de sesiones de coaching:

- Duración de la sesión: 30 minutos.
- Ubicación: Presencial o por teléfono (no mientras conduce).
- Frecuencia: Varía entre semanal, quincenal, mensual, etc., según la necesidad.
- Duración: De 3 a 12 sesiones.
- Costo para usted: Sin costo.



Reconocimiento de recepción del Aviso de prácticas de privacidad

Llevamos un registro de los servicios de atención médica que le brindamos. Puede solicitar ver este registro y realizar copias. También puede solicitar que se corrija el registro. No divulgaremos sus registros a terceros a menos que nos lo indique o que la ley autorice o exija dicha divulgación. Puede ver su registro u obtener más información sobre este comunicándose con Vera Whole Health.

En nuestro Aviso de prácticas de privacidad, se describe en mayor detalle cómo podemos usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta.

Firmando a continuación, reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente o la persona autorizada legalmente

Fecha y hora

Nombre en letra de imprenta de la persona que firma en nombre del paciente (padre, madre, tutor legal o representante personal)



Consentimiento para recibir servicios

Yo, (nombre en letra de imprenta) _____, autorizo a Vera Whole Health, WA PC a brindarme los servicios que realiza, entre los que se incluyen los siguientes:

- administración y realización de todos los diagnósticos y tratamientos relevantes;
- realización de dichos procedimientos según sea necesario o recomendable para mi tratamiento;
- administración de medicamentos recetados;
- realización de procedimientos y pruebas de diagnóstico y cultivos;
- realización de otras pruebas de laboratorio médicamente aceptadas que se puedan considerar como médicamente necesarias o aconsejables según el criterio del médico tratante o sus designados.

Comprendo completamente que esta información se brinda antes de un diagnóstico o tratamiento específicos. Tengo la intención de que este permiso sea continuo incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico, se hayan analizado recomendaciones de tratamiento, incluidas las alternativas al tratamiento, y se hayan abordado los posibles riesgos.

Certifico que he leído este formulario de consentimiento y que lo comprendo en su totalidad, que he tenido la oportunidad de realizar preguntas sobre este y que acepto voluntariamente las disposiciones aquí contenidas.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de Nacimiento

Nombre del padre, la madre o el tutor legal si el paciente es menor de 18 años de edad

Firma del paciente (Firma del padre, la madre o el tutor
legal si el paciente es menor es menor de 18 años de edad)

Fecha de la firma



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA CORREO ELECTRÓNICO/MENSAJE DE TEXTO

Vera Whole Health (Vera) tiene la capacidad de comunicarse con usted, recordarle sus citas, obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y proporcionar recordatorios/información de salud general. Consulte nuestra Publicación de prácticas de privacidad para obtener información sobre los usos permitidos de su información de salud y sus derechos en función a las cuestiones privadas.

Yo, _____, autorizo a Vera a que me contacte a la siguiente dirección de correo electrónico y/o número de teléfono celular:

Correo electrónico: _____

Número de teléfono móvil: _____

Vera utilizará los medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada y recibida. Sin embargo, debido a los riesgos descritos a continuación, Vera no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de las comunicaciones electrónicas:

Riesgos:

- 1) Entiendo que si Vera me contacta por correo electrónico o mensaje de texto, el riesgo más probable para mi información personal de salud es que la información destinada a mí podría ser interceptada sin el conocimiento de mí o de Vera.
- 1) El uso de comunicaciones electrónicas para analizar información confidencial puede aumentar el riesgo de que dicha información se divulgue a terceros.
- 2) También, entiendo que existe el riesgo de que mi cuenta de correo electrónico pueda ser pirateada, y que el correo electrónico que se me envíe pueda ser monitoreado, interceptado, leído y/o modificado antes de que llegue a mi casilla de correo electrónico.
- 3) Las comunicaciones electrónicas se pueden reenviar, interceptar, circular, almacenar o incluso cambiar sin el conocimiento o permiso del médico o del paciente.
- 4) Incluso después de que el remitente y el destinatario hayan eliminado copias de las comunicaciones electrónicas, pueden existir copias de seguridad en un sistema informático.
- 5) Las comunicaciones electrónicas pueden divulgarse en conformidad con una orden judicial.

Reconocimiento y Acuerdo:

1. Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de Vera en mi teléfono celular y cualquier número reenviado o transferido a ese número o correos electrónicos para recibir la comunicación como se indicó



anteriormente. Entiendo que esta solicitud de recibir correos electrónicos y mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de próximas citas/comentarios/información de salud, salvo que se solicite un cambio.

2. Entiendo que las comunicaciones con Vera pueden no estar encriptadas y existe el riesgo de que un tercero lea los mensajes. No obstante, estoy de acuerdo en comunicarme con Vera, sus Proveedores y el personal de Vera con una comprensión total del riesgo que implica.
3. He leído y entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones por correo electrónico/mensaje de texto, y entiendo que puede haber riesgos adicionales que no se describen en este documento.
4. Entiendo que Vera no puede controlar quién lee mi correo electrónico o mensajes de texto mientras está en ruta o cuando se entrega a mi cuenta de correo electrónico o teléfono.
5. Debo no responsabilizar a Vera de cualquier obligación por enviar mi información de salud protegida por correo electrónico o mensaje de texto, o por cualquier desvío involuntario de correo electrónico o mensajes de texto a alguien que no sea yo.
6. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Nombre en letra de molde del representante legal del paciente

Vínculo con el paciente

Solo para uso de la Clínica			
Height		Tot. Chol.	
Weight		HDL	
HgA1c		LDL	
Glucose		Trig	

Resumen de Salud

Información demográfica			
Nombre completo:		Fecha de nacimiento:	
Proveedor de atención primaria:		Ocupación:	
Estado civil:			
Hijos: <input type="checkbox"/> No tengo ninguno <input type="checkbox"/> Tengo hijos, edades:			
¿Qué preocupaciones u objetivos le gustaría tratar en la consulta de hoy?			
¿Qué otros proveedores de atención médica ve para su cuidado? (<input type="checkbox"/> marque si no tiene ninguno)			
Nombre:		Especialidad:	
Nombre:		Especialidad:	
Nombre:		Especialidad:	
¿Alguna vez ha sido diagnosticado o tratado por alguno de los siguientes? (<input type="checkbox"/> marque si no tiene ninguno)			
<input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular <input type="checkbox"/> Cáncer: _____	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/> EPOC/enfisema <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn's <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil <input type="checkbox"/> Ataque/enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica <input type="checkbox"/> Prediabetes <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Trastorno tiroideo <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Deficiencia de vitamina D <input type="checkbox"/> _____
Enumere todas las pastillas o medicamentos que toma – Lleve todos los medicamentos a su consulta. (<input type="checkbox"/> marque si no toma ninguno)			
Nombre del medicamento	Dosis	¿Cuándo y con qué frecuencia lo toma?	
¿Utiliza algún equipo médico (por ejemplo: bastón, audífono, oxígeno en el hogar, etc.)?			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, yo uso:			
Alergias a medicamentos (<input type="checkbox"/> marque si no tiene ninguna)			
Medicamento	Reacción		
Cirugías y hospitalizaciones (<input type="checkbox"/> marque si no tiene ninguna)			
Año	Cirugía o motivo de la hospitalización		

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Antecedentes familiares – Enumere todos los problemas médicos de su familia, incluyendo causa de muerte, si corresponde	
<input type="checkbox"/> No tengo antecedentes familiares para compartir	
Madre:	
Padre:	
Hermano(a):	
Hermano(a):	
Otros miembros de la familia:	

Revisión de los sistemas/aparatos: Marque los síntomas que ha tenido en <i>los últimos 30 días</i> y que desea discutirlos hoy			
General	Cabeza y Garganta	Pulmones y corazón	Gastrointestinal
<input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Adelgazamiento	<input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Secreción del ojo <input type="checkbox"/> Dolor de ojo <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Presión de los senos paranasales <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Cambios de visión <input type="checkbox"/> Ronquidos	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Falta de aliento <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Inflamación de manos o pies <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Sangre en heces <input type="checkbox"/> Cambio en las heces <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Acidez gástrica <input type="checkbox"/> Cambio en el apetito
Reproductor: Femenino	Reproductor: Masculino	Urinario	Piel
<input type="checkbox"/> Sofocos <input type="checkbox"/> Dolor menstrual <input type="checkbox"/> Menstruaciones irregulares <input type="checkbox"/> Flujo vaginal <input type="checkbox"/> Picazón vaginal <input type="checkbox"/> Dolor en el coito <input type="checkbox"/> Disminución de la libido <input type="checkbox"/> Disfunción sexual <input type="checkbox"/> Secreción mamaria <input type="checkbox"/> Bultos en los senos <input type="checkbox"/> Dolor en los senos	<input type="checkbox"/> Disminución de la libido <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil <input type="checkbox"/> Bultos <input type="checkbox"/> Secreción del pene <input type="checkbox"/> Dolor del escroto/testicular <input type="checkbox"/> Disfunción sexual	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Micción nocturna <input type="checkbox"/> Dolor en fosa renal <input type="checkbox"/> Flujo lento	<input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Cambio en lunar <input type="checkbox"/> Erupción cutánea <input type="checkbox"/> Protuberancias o bultos en la piel <input type="checkbox"/> Caída del cabello <input type="checkbox"/> Lesión de la piel
Osteomuscular	Salud Mental	Metabólico/Endocrino	Neurológico
<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Rigidez articular <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Deformidad de articulaciones	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor <input type="checkbox"/> Sed extrema <input type="checkbox"/> Hambre extrema	<input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Entumecimiento /hormigueo <input type="checkbox"/> Debilidad en las extremidades <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Cambio en la marcha <input type="checkbox"/> Aumento de caídas
	Hemático/Linfático	Ambiental	
	<input type="checkbox"/> Sangrado fácil <input type="checkbox"/> Propensión a desarrollar moretones <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos inflamados	<input type="checkbox"/> Alergia de contacto <input type="checkbox"/> Alergia ambiental <input type="checkbox"/> Alergia alimentaria <input type="checkbox"/> Alergia estacional	

Iniciales del proveedor: _____

resumen de salud del adulto v.3 - 01/27/2020

Salud general**En general, diría que su salud es:**

- Excelente Muy buena Buena Regular Mala

¿Cómo describiría el estado de su boca y dientes, incluyendo dientes postizos o prótesis dental:

- Excelente Muy buena Buena Regular Mala

En general, ¿qué tan satisfecho está con su vida? Muy satisfecho Satisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho**¿Con qué frecuencia se siente confundido con la información médica como la que le dice su proveedor médico?**

- Por lo general Algunas veces Rara vez

¿Tiene:

- poder notarial para asuntos médicos? Sí No
- testamento vital/voluntades anticipadas? Sí No

¿Qué tan interesado está en hacer cambios para mejorar su salud? Muy interesado Un tanto interesado No estoy interesado**Si está interesado, ¿qué cambio desea hacer para mejorar su salud?**
_____**Bienestar****¿Promedio de horas de sueño por noche?** _____Sí No**¿Se siente descansado cuando se despierta?** **¿Promedio de horas de actividad física por semana?** _____Tipo(s) de actividad:
_____**¿Con qué frecuencia come frutas o verduras?** Cada comida Con la mayoría de las comidas Una vez al día Menos de una vez al día**¿Con qué frecuencia consume alimentos o bebidas que tienen un alto contenido de azúcar añadida?** (por ejemplo: refrescos, bebidas endulzadas, postres, etc.)

- 3+ veces al día 1-2 veces al día Algunas veces a la semana Menos de una vez a la semana

¿Con qué frecuencia come alimentos fritos o altamente procesados? (por ejemplo: comida rápida, tocino, papas fritas, etc.)

- 3+ veces al día 1-2 veces al día Algunas veces a la semana Menos de una vez a la semana

¿Consumes cafeína? Sí No **En caso afirmativo, ¿cuánto por día?** _____**Salud conductual****¿Tiene considerable estrés con alguno de los siguientes?**

- Trabajo Finanzas Cuestiones legales Vivienda Preocupaciones familiares Relaciones
 Otro: _____ N/A

¿Con qué frecuencia recibe el apoyo social y emocional que necesita? Por lo general Algunas veces Rara vez**¿Las creencias o prácticas religiosas o espirituales es algo que usted usa como apoyo?** Por lo general Algunas veces Rara vez**Piense en las últimas 2 semanas al contestar las siguientes preguntas:****¿Con qué frecuencia ha tenido poco o ningún interés en las actividades cotidianas?**

- Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Con qué frecuencia se ha sentido sin ánimo, deprimido o desesperanzado?

- Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso, ansioso o con los nervios de punta?

- Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Con qué frecuencia no pudo dejar de preocuparse o controlar su preocupación?

- Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Consumo de tabaco

¿Cuáles productos de tabaco o vapor ha consumido?

 Cigarrillos Para mascar Vapor/ cigarrillos electrónicos Otro _____ Ninguno

Si alguna vez ha fumado cigarrillos, responda lo siguiente: (de lo contrario, pase a la siguiente sección)

¿Cuántos cigarrillos por día? _____ Número de años que ha fumado: _____ Si dejó de fumar, ¿cuándo dejó de hacerlo?

Consumo de alcohol y drogas

¿Con qué frecuencia toma una bebida alcohólica?

 Nunca Una vez al mes o menos 2-4 veces al mes 2-3 veces a la semana 4 o más veces a la semana

En el último año, durante un día típico que está bebiendo ¿cuántas bebidas alcohólicas toma?

 1-2 3-4 5-6 7-9 10 o más No tomo bebidas alcohólicas

En el último año ¿con qué frecuencia bebe cuatro o más bebidas (seis o más para hombres) en una ocasión?

 Nunca Menos de una vez al mes Una vez al mes Semanalmente A diario o casi diariamente¿Alguna vez en el pasado ha tenido un problema con el alcohol o con episodios de consumo intensivo? Sí No

¿Alguna vez ha consumido drogas recreativas?

 Sin antecedentes de consumo Consume o ha consumido: Tipo(s): _____ Frecuencia de consumo: _____**Antecedentes sexuales**¿Es sexualmente activo? Sí Anteriormente No

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 3 meses? _____

Ha tenido relaciones sexuales con: Hombres Mujeres Ambos¿Usa métodos anticonceptivos? Siempre A veces NoSi es así, ¿qué tipos? Condones N/A Otro: _____

¿Desea comenzar o cambiar el tipo de anticoncepción?

 No Sí**Seguridad**

¿Con qué frecuencia necesita ayuda para comer, arreglarse, vestirse, ir al baño o caminar?

 A menudo A veces Nunca A menudo A veces Nunca

¿Con qué frecuencia necesita ayuda para cocinar, operaciones bancarias, transporte o quehaceres del hogar?

 A menudo A veces Nunca

¿Alguna vez conduce después de beber o viaja con un conductor que ha estado bebiendo?

 Siempre A veces Nunca Sí No sé No

¿Se abrocha el cinturón de seguridad cuando está en un automóvil?

 Sí No No tengo armas

¿Alguien en su vida lo lastima o hace que se sienta en peligro de alguna manera?

¿Sus armas de fuego están descargadas y bajo llave?

Evaluaciones - Incluya fecha o año si se conoce Examen dental Examen de detección de hepatitis C Examen de detección de VIH

Detección de cáncer de colon

 Colonoscopia: _____ Sigmoidoscopia: _____ Prueba de heces (FIT, tarjeta de heces): _____ Colonografía TAC: _____**Vacunas - Incluya fecha o año si se conoce** Vacuna contra la neumonía Vacuna antitetánica Vacuna contra el PVH Vacuna contra el herpes zóster Vacuna antigripal (en el último año) Vacuna triple vírica (sarampión, rubeola y paperas)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Salud de la mujer – Incluya fecha o año si se conoce		1 ^{er} día de la última menstruación _____	
Prueba de Papanicolaou <input type="checkbox"/> Nunca	Prueba de clamidia/gonorrea <input type="checkbox"/> Nunca	Mamografía <input type="checkbox"/> Nunca	DEXA/Densitometría ósea <input type="checkbox"/> Nunca
¿Tiene alguna preocupación sobre sus menstruaciones o la menopausia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Describa _____			

Firma del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

Iniciales del proveedor: _____