



Hola y bienvenidos a la Dra. Liz Cruz Partners en Salud Digestiva. Como propietario y fundador de esta práctica, solo quería agradecerle por venir hoy y confiar en mi equipo y en su viaje hacia la salud digestiva. Hemos estado sirviendo a pacientes desde 2007 y estoy reflexionando constantemente sobre la misión que tenemos aquí en nuestra práctica. Me apasiona tanto que quiero compartirlo contigo.

En Dr. Liz Cruz Partners in Digestive Health estamos en el negocio de asociarnos con nuestros pacientes para ofrecer evaluaciones médicas tradicionales de clase mundial combinadas con un enfoque holístico probado que elimina el miedo y acelera la salud y el bienestar de por vida.

Si sientes que esto es para ti, ¡bienvenido! ¡No estaríamos aquí sin usted y usted es lo que hace que este viaje sea especial para todos nosotros! Vamos a trabajar con usted para brindar la mejor experiencia. Para aquellos de ustedes que son nuevos en nuestra práctica a continuación, hay una breve explicación de lo que está en el almacén para usted. Para aquellos de ustedes que han estado con nosotros por un tiempo, queremos informarles de algunos cambios que estamos haciendo para mejorar su experiencia al trabajar con nosotros.

Todo comenzará con una visita a la oficina con una de nuestras enfermeras practicantes altamente capacitadas y con experiencia. Lo verán en consulta y determinarán qué pruebas y procedimientos deben realizarse para ayudarlo en su viaje hacia la salud digestiva. Algunas de las pruebas y procedimientos serán tradicionales y otras serán más holísticas. Queremos que sepa que le ofrecemos lo mejor de lo mejor para llegar al fondo de sus síntomas lo antes posible.

Cuando salga de su cita en el consultorio, se programarán o ordenarán las pruebas y los procedimientos, y también se le pedirá que programe una cita de seguimiento aquí en la oficina para revisar todos sus resultados. **YA NO ESTAREMOS LLAMANDO O ENVIANDO LOS RESULTADOS. ENCONTRAMOS QUE TENER UNA CITA PARA REVISAR LOS RESULTADOS Y LOS PRÓXIMOS PASOS LLEVAN A MEJORES RESULTADOS.**

Todos los procedimientos GI serán realizados por mí o por uno de mis compañeros. Una vez que se reciban todos los resultados de todas las pruebas y procedimientos, los analizaremos con usted durante su cita de seguimiento. En ese momento, le ofreceremos un enfoque tradicional para la curación junto con un enfoque más holístico. Depende en usted decidir qué le gustaría perseguir. Tenga en cuenta que nunca le enviaremos nada, solo queremos asegurarnos de que tenga todas las opciones disponibles para usted.

También hemos implementado muchas nuevas herramientas de comunicación para servirle mejor. Estamos incorporando mensajes automatizados de voz y texto para recordatorios de citas, junto con el uso del portal del paciente para una comunicación más eficiente. Una vez que se haya registrado en la práctica, recibirá un ID de inicio de sesión y una contraseña que se le enviará a su correo electrónico para que pueda acceder al portal. **SI USTED ES UN PACIENTE NUESTRO Y NO HA TOMADO VENTAJA DE ESTA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN, POR FAVOR DE HABLAR CON NUESTRA RECEPCIONISTA PARA RECIBIR EL CORREO ELECTRÓNICO.** Al usar el portal, ya no tiene que llamar a la oficina, dejar un mensaje y esperar una respuesta. ¡Estamos deseando que aproveche esta increíble herramienta!

Esperamos que disfrute el nuevo viaje ya que nada de esto sería posible sin usted.

Gracias. Gracias. Gracias.

Dr. Liz Cruz

\_\_\_\_\_  
Firme aquí el acuse de recibo

623-772-6999 623-772-6444 support@drlizcruz.com

4110 N. 108th Avenue, Ste 105, Phoenix, AZ 85037  
drlizcruz.com



## Registración del Paciente

### INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE – la persona que será vista por el médico

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
Dirección de casa \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Dirección postal \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
Estoy dispuesto a recibir correos electrónico de parte de Dr. Liz Cruz Partners in Digestive Health. Si / No  
Teléfono-casa \_\_\_\_\_ Celular o Pager \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria \_\_\_\_\_  
Indique su relación al asegurado principal: (marque uno) Propio / Cónyuge / Hijo / Otro  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo del paciente \_\_\_\_\_ Varón \_\_\_\_\_ Hembra  
Número de Seguro Social del paciente \_\_\_\_\_ Preferencia de idioma del paciente \_\_\_\_\_  
Origen étnico del paciente: (marque uno) Indios Americano / Nativo de Alaska / Asiático / Afroamericano / Blanco / Nativo de  
Hawai / Hispano / Islas del Pacífico / Otros / Se niega a informar  
Estado matrimonial del paciente: (marque uno) Casado / Soltero / Viudo / Separación legal / Divorciado / Otro  
Empleador/patrón del paciente \_\_\_\_\_ Ocupación/Oficio \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Número del teléfono \_\_\_\_\_  
Farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_ Calles: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL GARANTE(fiador) – la persona asegurada o la persona responsable del paga

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
Dirección de casa \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección postal \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Garante/fiador empleador/patrón \_\_\_\_\_ Profesión/oficio \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Seguro primario \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_  
Seguro secundario \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_  
Garante secundario \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Doy mi autorización para el acceso a cualquier información médica que sea necesaria para procesar cargos a Medicare y/o cualquier reclamo de las compañías de aseguranza. Autorizo pago de beneficios médicos a: Dr. Liz Cruz Partners in Digestive Health. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, co-pago o cantidad que la compañías de aseguranza no cubra. Al igual entiendo que si recibo una colonoscopia algunos aseguranza pagan diferente dependiendo de lo que se encuentra durante el procedimiento. Es mi responsabilidad contactar mi compañía de aseguranza directamente concierne a preguntas relacionadas con esto. En caso de que mi estado de cuenta sea asignado a una agencia de cobranza, estoy de acuerdo a pagar un honorario adicional de 25% del balance pendiente asignado a la agencia. Estoy de acuerdo a pagar cualquier interés que se me cobre sobre el balance principal, además los cargos de la corte y abogados asociados con la cobranza de mi cuenta. **Y que si no puedo llegar a la cita necesito llamar antes de 24 horas para cancelar y evitar honorarios de \$20. Si no puedo asistir a un procedimiento programado, debo llamar con al menos 5 días hábiles de anticipación para evitar una tarifa de cancelación / reprogramación de \$250.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Inicial del personal

**P** 623-772-6999 **F** 623-772-6444 **E** support@drlizcruz.com

4110 N. 108th Avenue, Ste 105, Phoenix, AZ 85037  
drlizcruz.com



## **Información para Contacto**

Puedo ser contactado de la siguiente manera (ponga un círculo en lo que se aplique a usted):

- |                                    |          |         |         |    |
|------------------------------------|----------|---------|---------|----|
| - OK – dejar un mensaje detallado: | Casa     | Trabajo | Celular | No |
| - OK – enviar correspondencia a:   | Casa     | Trabajo |         | No |
| - OK – enviar mensaje de texto:    | Celular: | _____   |         | No |

### **Las personas que pueden recibir información sobre mí:**

La primera persona en esta lista será su contacto de emergencia (por favor de proveer un número de teléfono que no sea el de su casa). Debe tener al menos una persona en esta lista

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene un Testamento Vital o Poder Notarial Médico? \_\_\_\_\_

Si lo tiene, se nos exige tener una copia en los archivos. \_\_\_\_\_ Recibida \_\_\_\_\_ Solicitada

## **Reconocimiento de Recibo de Notificación de Privacidad**

*El original debe permanecer en los archivos permanentes del paciente.*

Reconozco que la Notificación de Privacidad de dicha oficina me ha sido entregada.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o individuo autorizado para firmar

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba con letra de molde si está firmando de parte del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

## **Notificación de Práctica Médica Externa y Practica Política**

Entiendo que Dr. Liz Cruz Partners in Digestive Health, Dra. Elizabeth Cruz ha establecido una consulta médica externa. Entiendo que en caso que yo tuviera que ser hospitalizado por algún motivo relacionado con el sistema digestivo (no relacionado con procedimientos recibidos de la Dra. Cruz), doy consentimiento para recibir ayuda del médico de turno en el hospital.

Por respeto a nuestros proveedores y al gran número de pacientes que atendemos a diario hemos implementado la siguiente póliza sobre cancelación / re-programación de citas. Si usted cancela o re-programa un procedimiento o una cita en el consultorio 3 veces consecutivas será dado de alta de la práctica.

Además de eso, siempre nos esforzamos por tratar a todos los pacientes con la máxima atención y respeto. Solicitamos el mismo respeto de nuestros pacientes. No vamos a tolerar insultos, abuso verbal, lenguaje profano, blasfemias o cualquier otra forma de falta de respeto a los miembros de nuestro equipo. Este comportamiento será motivo para la inmediata despedida de la práctica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Aviso Sobre Asistencia Médica De Emergencia**

Si siente que algunos de sus síntomas han empeorado en cualquier momento después de su visita al consultorio USTED es responsable de obtener atención médica de emergencia en la sala de emergencias más cercana. Si decide no buscar atención médica inmediata para sus síntomas, tenga en cuenta que no somos responsables del resultado. He leído y comprendido la información relativa a los servicios de emergencia proporcionados anteriormente y estoy de acuerdo en buscar atención médica de emergencia si mis síntomas empeoran. Si decido no buscar atención médica inmediata.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**P** 623-772-6999    **F** 623-772-6444    **E** support@drlizcruz.com

4110 N. 108th Avenue, Ste 105, Phoenix, AZ 85037  
drlizcruz.com



## Información de Salud del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Día de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ ¿Su doctor de cabecera? \_\_\_\_\_ Dr. que refirió' \_\_\_\_\_

Razón para ver el Gastroenterólogo: \_\_\_\_\_

¿Has tenido \_\_\_ Colonoscopia o \_\_\_ Sigmoidoscopia en los últimos 10 años? Si o No  
Si contestas "Si", el año \_\_\_\_\_ los resultados \_\_\_\_\_

¿Has tenido \_\_\_ Endoscopia digestiva alta en los últimos 10 años? Si o No  
Si contestas "Si", el año \_\_\_\_\_ los resultados \_\_\_\_\_

¿Hay en tu familia inmediata alguien que ha sido diagnosticado con cáncer del colon o pólipos? Si o No  
Si contestas "Si", explica \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has visto a un cardiólogo? Si o No Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has visto un neumólogo? Si o No Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

### Medicamentos:

¿Toma medicamentos para el dolor o la artritis, como ASPIRINA O NSAID? (Ibuprofen, Naproxen, Aleve, Motrin, Advil)? Si o No  
¿Cuál y con que frecuencia lo usas? \_\_\_\_\_

¿Eres usando anticoagulante (Eliquis, Xarelto, Pradaxa, Brilinta, Coumadin, Warfarin, Heparin, Lovenox, Plavix)? Si o No  
¿Cuál y con que frecuencia lo usas? \_\_\_\_\_

¿Otro medicamento? (Incluya medicamentos "sin receta medica" y la dosis, si es posible)

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

Lab Preferido: (por favor marque uno) Sonora Quest Lab Corp. Other \_\_\_\_\_

### Alergias a Medicamentos:

¿Eres alérgico algún medicamento? Si o No  
¿Cuál y que reacción has tenido? \_\_\_\_\_

¿Fecha de la última vacuna contra la gripe? \_\_\_\_\_

### SÍNTOMAS ACTUALES: (Marque las que se apliquen a usted)

<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Cambios en hábito evacuación	<input type="checkbox"/> Excremento negro	<input type="checkbox"/> Alimentos pegados en el esófago
<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Incontinencia fecal	<input type="checkbox"/> Dificultad tragando
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Dolor al tragar
<input type="checkbox"/> Vómitos con sangre	<input type="checkbox"/> Sangre del recto	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Sangre en el excremento	<input type="checkbox"/> Eructar	<input type="checkbox"/> Hígado anormal (examen)
<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Sangre en papel higiénico	<input type="checkbox"/> Indigestión	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa	
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Dolor del ano	<input type="checkbox"/> Gases / Hinchazón	

**P** 623-772-6999 **F** 623-772-6444 **E** support@drlizcruz.com

4110 N. 108th Avenue, Ste 105, Phoenix, AZ 85037  
drlizcruz.com

**ANTECEDENTES MÉDICOS/QUIRÚRGICO:** (Marque todos los que se aplican a usted)

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                           | <input type="checkbox"/> Enfisema/COPD                     | <input type="checkbox"/> Hemofilia                              | <input type="checkbox"/> Hígado Grasoso            |
| <input type="checkbox"/> Alta presión                      | <input type="checkbox"/> Fiebre del Valle                  | <input type="checkbox"/> GERD/reflux ácido                      | <input type="checkbox"/> Diverticulosis            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón            | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                      | <input type="checkbox"/> Esófago de Barrett                     | <input type="checkbox"/> Diverticulitis            |
| <input type="checkbox"/> Stents del Corazón                | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                   | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal                          | <input type="checkbox"/> Anemia                    |
| <input type="checkbox"/> Colesterol elevado                | <input type="checkbox"/> Coágulos en los pulmones          | <input type="checkbox"/> Estómago/úlceras duodenales            | <input type="checkbox"/> Depresión                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad válvula del corazón    | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca                     | <input type="checkbox"/> Desorden Ansiedad         |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco                   | <input type="checkbox"/> Desorden de convulsiones          | <input type="checkbox"/> Helicobacter Pilórico                  | <input type="checkbox"/> Desorden Bi-polar         |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular             | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/TIA              | <input type="checkbox"/> Intestino Irritable                    | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia             |
| <input type="checkbox"/> Arritmia del corazón              | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer           | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohns                   | <input type="checkbox"/> Artritis                  |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson           | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa                       | <input type="checkbox"/> Osteoporosis              |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos/Desfibrilador          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroide          | <input type="checkbox"/> Pancreatitis                           | <input type="checkbox"/> Fibromialgia              |
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Desorden de la sangre             | <input type="checkbox"/> Hepatitis                              | <input type="checkbox"/> HIV/Sida                  |
| <input type="checkbox"/> Lupus                             | <input type="checkbox"/> Problemas del riñón               | <input type="checkbox"/> Hemodiálisis                           | <input type="checkbox"/> Cirrosis del hígado       |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas               | <input type="checkbox"/> Cirugía del estómago para úlcera       | <input type="checkbox"/> Prolapso rectal           |
| <input type="checkbox"/> Extracción de amígdalas           | <input type="checkbox"/> Cesárea                           | <input type="checkbox"/> Hemorroidectomía                       | <input type="checkbox"/> cirugía                   |
| <input type="checkbox"/> Extracción de la vesícula         | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Próstata            | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia inguinal          | <input type="checkbox"/> Derivación coronaria      |
| <input type="checkbox"/> Extracción del apéndice           | <input type="checkbox"/> Cirugía de la tiroides            | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia abdominal         | <input type="checkbox"/> Cirugía del colon         |
| <input type="checkbox"/> Reparación de hernia hiatal       | <input type="checkbox"/> Cirugía del pulmón                | <input type="checkbox"/> Prótesis total de rodilla              | <input type="checkbox"/> Extracción del útero      |
| <input type="checkbox"/> Derivación gástrico               | <input type="checkbox"/> Prótesis total de cadera          | <input type="checkbox"/> Sustitución de marcapasos              | <input type="checkbox"/> Extracción de los ovarios |
| <input type="checkbox"/> Suspensión de la vejiga           | <input type="checkbox"/> Sustitución de válvula de corazón | <input type="checkbox"/> Desfibrilador cardioversor implantable |  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, tipos: _____              |  |   |  |

**POR FAVOR ANOTE ALGÚN OTRO ANTECEDENTE MEDICO/QUIRÚRGICO QUE NO ESTÉ EN LA LISTA:**

**Historia social/Estado matrimonial:**

Soltero     Casado     Divorciado     Separado     Viudo

Su ocupación/trabajo: \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_\_\_ Desempleados \_\_\_\_\_ Discapacitados \_\_\_\_\_

¿Usa o ha usado tabaco?  Sí  No ¿Cuántas cajetillas por día? \_\_\_\_\_ ¿Por años? \_\_\_\_\_

¿Fecha de dejar de fumar? \_\_\_\_\_

¿Usa alcohol?  Sí  No  Cerveza  Vino  Licor ¿Cuán a menudo? \_\_\_\_\_ ¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha usado drogas de la calle?  Sí  No Tipo: \_\_\_\_\_ Última vez que usó \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

¿Tiene **ALGÚN FAMILIAR** las siguientes enfermedades? Marque todas las que apliquen y escriba la relación del miembro, ie. Mamá, tía materna, tío paterno, hermana.

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pólipos en el colon | <input type="checkbox"/> Cáncer del estómago             | <input type="checkbox"/> Cáncer del hígado        | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa              |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del colon    | <input type="checkbox"/> Cáncer del intestino delgado    | <input type="checkbox"/> Cáncer Pancreático       | <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca            |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del recto    | <input type="checkbox"/> Cáncer Esofágico                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohns     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de la piel   | <input type="checkbox"/> Cáncer del útero/cuello uterino | _____<br>Otro tipo de cáncer (por favor describa) |  |

Yo confirmo, a mi conocimiento, que la información arriba es correcta. No haré responsable ni a mi doctor o a ningún miembro de su personal por algún error u omisión que yo pueda haber hecho en llenar este formulario.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_