

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

PARA EL PACIENTE: Como paciente, tiene derecho a que se le informe sobre su afección y los procedimientos quirúrgicos, médicos o de diagnóstico recomendados para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento que se le sugiera después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente es para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria a fin de identificar el tratamiento o el procedimiento apropiado para cualquier afección que se identifique.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y los tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento sea de naturaleza continua, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) otorga su consentimiento para el tratamiento en este consultorio o cualquier otra sucursal de propiedad común. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que se revoque por escrito. Tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Tiene derecho de hablar acerca del plan de tratamiento con su médico, sobre la finalidad, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba que se le indique. Si tiene alguna duda sobre cualquier prueba o tratamiento que le recomiende su médico, le recomendamos hacer preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico o a un proveedor de nivel intermedio (enfermero, asistente médico o especialista en enfermería clínica), así como a otros proveedores de atención médica o a los designados según se considere necesario, que realicen un examen médico razonable y necesario, y las pruebas y los tratamientos para la afección por la que busqué atención en este consultorio. Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de que se lleven a cabo.

Certifico que leí y comprendí las afirmaciones mencionadas por completo y acepto plena y voluntariamente su contenido.

Firma del paciente o de su representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o su representante personal

Relación con el paciente

Firma del testigo

Fecha

Nombre del testigo en letra de imprenta

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

Devuelva el paquete completado, junto a las páginas que contienen las firmas, en la recepción.

Edad: _____ Masculino Femenino N.º de seguro social: _____

Domicilio principal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: Preferencia (_____) _____

Celular Preferencia (_____) _____

¿Podríamos dejar un mensaje en su contestadora automática/correo de voz? Sí No

Correo electrónico: _____

¿Podríamos enviarle un correo electrónico? Sí No

Idioma de preferencia: _____ ¿Necesita un intérprete? Sí No

Origen étnico: Hispana/latina No hispana/latina

Raza: Nativa americana o nativa de Alaska Asiática Negra o afroamericana

Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico Blanca Otra

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: (_____) _____

Directivas avanzadas:

Testamento en vida Sí No Se desconoce

Carta poder legal Sí No Se desconoce

Orden de no resucitar Sí No Se desconoce

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL SEGURO

Compañía aseguradora principal: _____

Nombre del titular principal de la póliza: _____

N.º de póliza/ID del grupo: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

N.º de seguro social del titular de la póliza: _____

Empleador del titular de la póliza: (Nombre, ciudad, estado, teléfono):

¿El plan incluye la cobertura de recetas? Sí No

Compañía aseguradora secundaria: _____

Nombre del titular secundario de la póliza: _____

N.º de póliza/ID del grupo: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

N.º de seguro social del titular de la póliza: _____

Empleador del titular de la póliza: (Nombre, ciudad, estado, teléfono):

¿El plan incluye la cobertura de recetas? Sí No

Compañía aseguradora de la farmacia: _____

Nombre del titular de la póliza de farmacia: _____ N.º de póliza/N.º de Bin: _____

Certifico que la información provista es verídica. Voy a notificar a **Low Country Cancer Care (LCCC), una división de American Oncology Partners, P.A. (AOP)**, sobre cualquier cambio en cuanto estén disponibles. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar a **LCCC/AOP sobre cualquier cambio en mi plan de seguro o podría ser responsable de costear el saldo completo de mi tratamiento.**

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Fecha

Paciente o garante (Firma)

Fecha

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

POLÍTICAS FINANCIERAS Y DEL CONSULTORIO

Gracias por elegir Low Country Cancer Care (LCCC), una división de American Oncology Partners, P.A. (AOP). Estamos muy contentos de que haya elegido a nuestro consultorio para recibir atención y tratamiento. Creemos que el tiempo de nuestros pacientes es valioso y nuestro objetivo es brindar atención médica de manera oportuna. Para lograr nuestro objetivo, hemos implementado estas Políticas financieras y del consultorio para utilizar mejor las citas para los pacientes que necesitan atención. No dude en comunicarse con nuestro consultorio si tiene alguna pregunta sobre las políticas.

_____ Citas

(Iniciales)

Si no puede asistir a su cita, informe al personal de nuestro consultorio lo antes posible. Esta cortesía nos permite dar citas a otro paciente que lo necesite. Si llega más de 30 minutos tarde a su cita, tenga en cuenta que es posible que deba reprogramarla. Tenga en cuenta que si tiene 3 o más "ausencias" en un período de 12 meses, es posible que ya no lo admitan en el consultorio. Si bien nos esforzamos por programar las citas de manera adecuada, las emergencias pueden ocurrir y ocurren en nuestras instalaciones. Por esta razón, le pedimos amablemente que tenga paciencia y que comprenda en caso de que se produzca un retraso o una reprogramación al momento de su cita.

_____ Política financiera

(Iniciales)

- Durante el proceso de registro de su cita, le pediremos su(s) tarjeta(s) de seguro y una identificación con foto para asegurarnos de tener la información más reciente.
- Los copagos deben abonarse antes de la visita con uno de los proveedores, en la fecha en que se presten los servicios. Los pacientes que paguen en forma particular o que no tengan seguro deberán abonar un depósito antes de ser atendidos. Los pacientes son responsables de los deducibles o cargos que no cubra el seguro. Como cortesía, presentamos sus reclamaciones al seguro; por lo tanto, es su responsabilidad proporcionar a nuestro consultorio la información de facturación actualizada.
- Comprenda que su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, y usted es el responsable final de la factura. Si no ha recibido una explicación de los beneficios dentro de los 30 días de la visita con su médico, se espera que se comunique con su compañía de seguros para obtener una explicación de por qué se ha retrasado el pago.
- Los pacientes que pagan en forma particular deben abonar los servicios antes de acudir a su visita y el saldo restante del costo total de la visita se le facturará al paciente. Nuestro consultorio ofrece un descuento si se efectúa la totalidad del pago. Si no se puede efectuar la totalidad del pago de los servicios prestados, nuestro consultorio no podrá ofrecer un descuento.
- Se entiende que los cheques devueltos a nombre de este consultorio por fondos insuficientes, suspensión de pagos u otra razón para la falta de pago serán evaluados con una tarifa NSF de \$30.00 de la cual el paciente será responsable.
- Nuestros asesores financieros evaluarán a los pacientes sin capacidad financiera de pago para verificar si califican para algún tipo de asistencia financiera. Notifique a la recepción si desea obtener más información por parte de un asesor financiero.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

POLÍTICAS FINANCIERAS Y DEL CONSULTORIO (CONT.)

_____ Portal del paciente

(Inicial)

El portal del paciente (CareSpace) permite a los pacientes administrar su información de salud personal a su conveniencia. Podrá enviar de manera segura mensajes que no sean de emergencia a nuestro consultorio, enviar solicitudes de reabastecimiento, solicitar y realizar un seguimiento de las citas, y ver su historia clínica/resúmenes de sus visitas al consultorio.

_____ Reabastecimiento de recetas

(Inicial)

Para ayudar a todos los pacientes de manera oportuna, comuníquese directamente con su farmacia y ellos trabajarán en los reabastecimientos junto con sus proveedores. Espere hasta 72 horas para procesar su(s) solicitud(es) de reabastecimiento. Tenga en cuenta que las recetas no se reabastecerán fuera del horario de atención, los fines de semana o días festivos. Algunas recetas no se pueden reabastecer si no ha visto a su proveedor en los últimos 3 a 6 meses. Si cuenta con un servicio de correo para recetas, espere de 7 a 10 días hábiles para que se completen los formularios necesarios. Es muy importante que planifique la gestión de las recetas con el servicio de correo para contar con un tiempo suficiente para que se procese la documentación.

_____ Derivaciones y autorizaciones previas

(Inicial)

La mayoría de los planes de seguro requieren que un paciente sea atendido por su médico de cabecera antes de ver a un especialista. Si su plan de seguro requiere una autorización previa, debe verificar que su seguro haya aprobado la visita antes de ver al especialista. De lo contrario, usted será responsable de los cargos en lo que se incurra.

_____ Otro

(Inicial)

El paciente es responsable de la protección y seguridad de sus bienes. Low Country Cancer Care (LCCC), una división de American Oncology Partners, P.A. (AOP), no se hace responsable ante el paciente de ningún daño o pérdida de propiedad en las instalaciones en ningún momento. LCCC/AOP no es responsable si el paciente abandona las instalaciones en contra de la recomendación del personal médico. El uso de cualquier dispositivo de grabación de video en torno a la atención del paciente está estrictamente prohibido en la propiedad de LCCC/AOP.

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Firma del paciente/Firma del tutor del paciente

Fecha

ACUSE DE RECIBO DEL ACUERDO DE POLÍTICAS FINANCIERAS

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido o se le ha informado que tiene el derecho a recibir una copia del acuerdo sobre políticas financieras de Low Country Cancer Care (LCCC), a una división de American Oncology Partners, P.A. (AOP).

Este aviso está disponible en forma impresa si se solicita verbalmente una copia del mismo en la recepción de cualquier centro de LCCC/AOP o si se presenta una solicitud por escrito a la oficina corporativa de Low Country Cancer Care, una división de American Oncology Partners, P.A., 14543 Global Parkway, Suite 110, Fort Myers, FL 33913.

También podrá ver y/o imprimir una copia del acuerdo sobre políticas financieras visitando AONcology.com/policies/LCCC_FPA.pdf

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Paciente o garante (firma)

Fecha

AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA SER FOTOGRAFIADO PARA EL REGISTRO MÉDICO ELECTRÓNICO

Autorizo a Low Country Cancer Care (LCCC), una división de American Oncology Partners, P.A. (AOP), para que me tome una fotografía (se podría usar cámara digital/video). Estas fotos se podrán incluir en mi registro médico electrónico de LCCC/AOP para fines de identificación y/o documentación médica. Al firmar el presente, confirmo que he revisado este formulario de autorización para mis registros.

Paciente o garante (firma)

Fecha

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido o se le ha informado que tiene el derecho a recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad de Low Country Cancer Care (LCCC), una división de American Oncology Partners, P.A. (AOP).

Este aviso está disponible en forma impresa si se solicita verbalmente una copia del mismo en la recepción de cualquier centro de LCCC/AOP o si se presenta una solicitud por escrito a la oficina corporativa de Low Country Cancer Care, una división de American Oncology Partners, P.A., 14543 Global Parkway, Suite 110, Fort Myers, FL 33913. También podrá ver y/o imprimir una copia del aviso de prácticas de privacidad visitando AONcology.com/policies/LCCC_NPP.pdf

Paciente o garante (firma)

Fecha

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Marque una de las siguientes:

_____ Otorgo mi permiso a los empleados de Low Country Cancer Care (LCCC), una división de American Oncology Partners, P.A. (AOP), para divulgar mi Información de Salud Protegida a mí y a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

_____ Solicito que mi Información de Salud Protegida sea divulgada ÚNICAMENTE a mí y no a otras personas.

Entiendo que puedo revocar o cambiar este Consentimiento en cualquier momento completando otro formulario de consentimiento para reemplazar este.

Firma del paciente/Firma del tutor del paciente

Fecha

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

Al firmar a continuación, autorizo a Low Country Cancer Care (LCCC), una división de American Oncology Partners, P.A., (AOP), sus entidades afiliadas y subsidiarias, y a AON Pharmacy, LLC (y a cualquier proveedor de servicios de mensajes de texto/correo electrónico de LCCC/AOP, para que me contacte por mensaje de texto tipo SMS o correo electrónico con el fin de recibir avisos de temas de salud, incluidos recordatorios de citas y comunicaciones de facturación.

Entiendo que podría recibir comunicaciones relacionadas con mi información (nombre y dirección de correo electrónico) por razones de marketing, incluso de parte de terceros y/o de un recurso en línea para pacientes con el fin de proporcionar comentarios con respecto a mi atención. Entiendo que se podrán aplicar tarifas de mensajes/datos a los mensajes enviados por LCCC/AOP según mi plan de teléfono celular.

Sé que no tengo obligación de autorizar a LCCC/AOP para que me envíe mensajes de texto y/o correo electrónico. Puedo optar por excluirme de recibir estas comunicaciones en cualquier momento respondiendo con la palabra "STOP".

Entiendo que los mensajes de texto y/o correo electrónico no reemplazan la atención médica o de un profesional.

Al firmar a continuación, indico que soy una persona legalmente responsable del uso total de las cuentas de dispositivos móviles y/o de correo electrónico, que tengo al menos 18 años de edad y que acepto todos los términos y condiciones de uso de los servicios de mensajes de texto y de notificaciones por correo electrónico.

MARQUE LO SIGUIENTE:

Doy mi consentimiento para recibir información por mensaje de texto y/o correo electrónico. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

N. ° de celular para texto _____ Correo electrónico _____

No doy mi consentimiento para recibir información por mensaje de texto y/o correo electrónico. Entiendo que puedo cambiar de opinión y dar el consentimiento más adelante.

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

Firma del paciente/Firma del tutor del paciente

Fecha

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Yo, _____, solicito una copia de mi historia clínica completa del
(Nombre en letra de imprenta y fecha de nacimiento)
consultorio de:

Nombre y dirección del practicante

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

Indique a continuación a qué consultorios necesita que se envíen sus registros médicos:

Para pacientes de Savannah, Hinesville, Pooler, Okatie, Statesboro

- Low Country Cancer Care
ACI Building 2nd Floor, Suite 201
Savannah, GA 31404
PH: (912) 691-2000 • FAX: (912) 691-2100

Para pacientes de Vidalia

- Low Country Cancer Care
1 Meadows Parkway, Suite B
Vidalia, GA 30474
PH: (912) 454-7012 • FAX: (912) 788-3003

Para pacientes de Waycross

- Low Country Cancer Care
1206 Alice St.
Waycross, GA 31501
PH: (912) 285-1140 • FAX: (912) 285-1125

Doy permiso para que envíen por fax mi historia clínica a la persona, compañía o establecimiento médico que se indica arriba. Entiendo que mis registros se enviarán a través de una línea telefónica.

Entiendo que al firmar esta autorización para divulgar mis registros, estoy dando permiso a Low Country Cancer Care (LCCC), una división de American Oncology Partners, P.A. (AOP), a recibir copias de cualquier información relacionada con cuestiones médicas, psiquiátricas, SIDA, síndromes relacionados con el SIDA, análisis de VIH, abuso de alcohol y/o drogas para la(s) persona(s) u organización. También entiendo que esta autorización se podrá revocar en cualquier momento, salvo que se hubiera interpuesto alguna acción antes de la revocación. Este consentimiento es válido indefinidamente hasta tanto se reciba una comunicación escrita para revocarlo.

AVISO LEGAL: La falta de firma del presente no me impide recibir atención.

Firma del paciente/Firma del tutor del paciente

Fecha

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Médico que lo refirió a nuestra clínica (si fuera otro): _____ Teléfono: _____

Enumere a los médicos que consulta: (Incluya el n.º de teléfono):

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono de la farmacia y calles transversales: _____

Historia clínica

¿ALGUNA VEZ tuvo alguna de las siguientes afecciones?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico/dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/trastorno psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Trastorno de presión arterial/hipertensión | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar/TVP/coágulos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Trastorno del colesterol/hiperlipidemia |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides | <input type="checkbox"/> Trastorno ocular (por ejemplo, glaucoma) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno urinario/renal | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/Enfermedad cardíaca/
Fibrilación atrial | <input type="checkbox"/> Otros |

Especifique cualquier otra enfermedad o problema médico y proporcione detalles de cualquiera de las afecciones anteriores:

Antecedentes de cirugías

Especifique CUALQUIER cirugía a la que se haya sometido y la fecha aproximada.

Procedimiento	Fecha	Complicaciones

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)

Tratamiento previo para el cáncer ¿Padece actualmente de cáncer? Sí No

Tipo de cáncer	Año en que se diagnosticó	Tratamiento	Hospital/Consultorio del médico en donde recibió tratamiento
		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Nombre: Dirección: Teléfono:
		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Nombre: Dirección: Teléfono:
		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Nombre: Dirección: Teléfono:

Alergias

¿Es alérgico a algún medicamento u otras sustancias? Sí No Se desconoce

Especifique alergias y reacciones:

Lista de medicamentos

Si su lista excede los espacios asignados a continuación, traiga su lista con usted o adjúntela al dorso de esta página.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Mantenimiento de la salud

Fecha del último examen de densidad ósea: _____ Ubicación de escaneo: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____

¿Alguna vez obtuvo resultados anormales en una prueba de Papanicolaou? Sí No

Fecha de la última mamografía: _____ ¿Los resultados de esa mamografía fueron normales? Sí No

Fecha de la última colonoscopia: _____ ¿Los resultados de esa colonoscopia fueron normales? Sí No

Antecedentes obstétricos

¿Está embarazada actualmente? Sí No Si la respuesta es Sí, fecha esperada de parto: _____

¿Está intentando concebir? Sí No Cantidad de embarazos: _____

Cantidad de nacimientos: _____ Cantidad de abortos espontáneos: _____

Antecedentes médicos familiares

Indique cualquier afección importante, incluido cánceres, que hayan tenido sus familiares directos.

Familiar	Afección y descripción	¿Vive?	Si falleció, ¿a qué edad?
Madre		S N	
Padre		S N	
Hermano/a		S N	
Hermano/a		S N	
Abuelo/a		S N	
Abuelo/a		S N	
Otro		S N	

Antecedentes sociales

¿En la actualidad fuma? Sí No

En caso de responder "No", ¿fumó en el pasado? Sí No Cantidad de años que fumó _____ Paquetes por día _____

¿Usa otros productos a base de tabaco? Sí No

Consume Alcohol? Sí No En caso de responder "Sí", bebidas por semana: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

¿Sufre violencia doméstica? Sí No

¿Se siente seguro/a en su casa? Sí No

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Revisión de sistemas Indique TODO lo que haya experimentado en los últimos 6 a 12 meses.

General

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Sensación de cansancio | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Aumento de peso |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Sensación de malestar | |

Ojos

- | | | | |
|---|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Dolor de ojos | <input type="checkbox"/> Picazón |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la visión | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | | |

Oído/Nariz/Garganta

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Sangrados nasales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Ronquera | |

Corazón

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca lenta |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca rápida | <input type="checkbox"/> Dolor, malestar o fatiga en las piernas al caminar | |

Pulmones/Respiración

- | | | | |
|---|------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Sibilancia | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al realizar esfuerzos | | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al estar acostado | |

Gastrointestinal

- | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces |

Piel

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Picazón | <input type="checkbox"/> Cambio en lunar |
| <input type="checkbox"/> Lesiones | <input type="checkbox"/> Heridas en la piel | <input type="checkbox"/> Bulto en el seno | |

Neurológico

- | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Debilidad de las extremidades | <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar |

Psiquiátrico

- | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Suicida | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Cambio de personalidad | |

Endócrino

- | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Pérdida del cabello | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Sofocos |
| <input type="checkbox"/> Sensación de debilidad | <input type="checkbox"/> Engrosamiento de la voz | | |

Hematológico/Linfático

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Propensión a sangrados | <input type="checkbox"/> Propensión a hematomas | <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas |
|----------------------------------|---|---|---|