



Formulario para la Toma de Decisiones Informadas sobre Facturación Información importante sobre su Visita Preventiva

Las visitas preventivas son una parte importante de su plan de administración de la salud general. Le recomendamos que realice una visita preventiva según el cronograma y las pautas que recomiende su proveedor.

En la mayoría de los casos*, el seguro cubre las visitas preventivas. Sin embargo, si usted recibe ciertos servicios adicionales durante su visita, es posible que tenga que pagar un costo de desembolso personal, por ejemplo, un copago o un deducible.

Lea sus opciones a continuación y elija un tipo de visita

Visita Preventiva:

Generalmente, no se aplica ningún coaseguro por este tipo de visita. La visita puede incluir lo siguiente:

Para Mujeres y Hombres*

Presión arterial, signos vitales
Análisis de colesterol
Prueba de detección de cáncer colorrectal
Prueba de detección de la diabetes
Evaluaciones de Riesgos para la Salud
(* Se incluyen en el plan Medicare Advantage)

Para Mujeres Solamente

Todos los puntos que se indican en la columna izquierda más lo siguiente:
Examen de senos
Prueba de Papanicolaou (cáncer de cuello uterino)
Mamografía/Densitometría ósea

Para Hombres Solamente

Todos los puntos que se indican en la columna izquierda más lo siguiente:
Control de la próstata

Visita Preventiva más Servicios Adicionales que podrían suponer un cargo adicional:

- Tratamiento para/conversación sobre problemas nuevos o existentes, por ejemplo, asma, ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), depresión, diabetes o presión arterial alta, y cualquier otro problema sobre el que usted o su proveedor podrían hablar.
- Procedimientos como la limpieza de los oídos y la extracción de papilomas cutáneos o verrugas.

Su salud y bienestar son nuestras máximas prioridades. Esperamos brindarle atención y servicios para mejorar su salud. Consulte a su equipo de atención de la salud si tiene alguna pregunta sobre la atención preventiva y sobre lo que podría o no estar cubierto por su seguro.

Muchas gracias

Optum

Entiendo que es posible que no todos los servicios que reciba hoy estén cubiertos por mi plan de seguro. Los servicios adicionales, como el tratamiento de una condición nueva o existente, o los procedimientos realizados por recomendación de mi proveedor, pueden suponer un costo de desembolso personal según mi plan de seguro.

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente (tercero responsable si el paciente es menor de edad)

Fecha

Nombres de todos los proveedores/especialistas que consulte:

No consulto a ningún proveedor/especialista fuera del consultorio de mi proveedor de atención primaria

Nombre del Médico	Especialidad/Motivo por el que lo consulta

Lista de proveedores de Equipos Médicos/servicios

No utiliza ningún equipo médico

Suministro	¿Quién es su proveedor?
Oxígeno/Aparato de CPAP	
Suministros para la Diabetes	
Salud en el Hogar	
Otro	
Otro	

Cambios en los medicamentos desde el año pasado/la última visita (en comparación con la lista de medicamentos/alergias):

No hay cambios que informar

Medicamento	Dosis	Motivo por el que lo toma

Información Actualizada sobre las Alergias (a Alimentos o Medicamentos)

No hay cambios que informar

Alergia	Reacción

Indique cualquier hospitalización, enfermedad grave o visita a la sala de emergencias desde el año pasado/la última visita:

No hay ninguna que informar

Fecha	Motivo	Lugar

Revise y actualice a partir de la información actual la última vez que se aplicó las siguientes vacunas (fecha):

VACUNAS

Vacuna antigripal: _____ Vacuna contra la COVID-19 (1.^a y 2.^a dosis): _____

Vacuna contra la pulmonía: _____ Vacuna Tdap: _____

Vacuna contra el Herpes Zóster: _____ Vacuna contra la Hepatitis B: _____

Examen de Salud:

Autoevaluación de la Salud General: Excelente Buena Regular Mala Otra: _____

¿Alguna vez fumó o masticó tabaco? sí no Si la respuesta es sí, ¿cuánto? _____

¿Bebe alcohol? sí no Si la respuesta es sí, ¿cuánto? _____

¿Consume drogas ilícitas? sí no Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? _____

¿Tiene un nuevo dolor o un dolor crónico? sí no

Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____ ¿de qué tipo? _____ ¿y con qué frecuencia? _____

¿Qué tipo de medicamentos usa para controlar el dolor? AINE Opiáceos Benzodiazepinas

AINE Cant. de veces/día _____ Cant. de veces/semana _____

Opiáceos Cant. de veces/día _____ Cant. de veces por semana _____

Benzodiazepinas Cant. de veces/día _____ Cant. de veces/semana _____

Dieta: Equilibrada Vegetariana Para la diabetes Baja en sal Baja en grasas

Baja en carbohidratos Otra: _____

¿Hace algún tipo de ejercicio todos los días? sí no
_____ minutos por día _____ días por semana _____ horas por semana

Tipos de Ejercicio:

Caminar Correr Andar en Bicicleta Nadar Ejercicios Aeróbicos Estiramiento/Yoga

Ejercicios de Fortalecimiento Otro

¿Tiene dificultad para ver? sí no

¿Usa anteojos o lentes de contacto? sí no

Fecha del último examen de la vista con un optometrista o un oftalmólogo:

Llenó el cuestionario adjunto (PHQ2 o 9); vio el formulario adjunto llenado sí no

¿Tiene Instrucciones por Anticipado (testamento vital, formulario MOST)? sí no

OTROS EXÁMENES DE RUTINA

Colonoscopia: _____ Prueba de sangre oculta en heces: _____

Densitometría ósea: _____

Mamografía: _____ Prueba de Papanicolau: _____

Examen de Próstata: _____ Prueba del PSA: _____

Examen de la Vista para la
Detección del Glaucoma: _____ Prueba de Glucosa: _____

PARA PACIENTES DIABÉTICOS

Examen de los Pies: _____ HgbA1c: _____

Referencia a Oftalmología: _____ Microalbuminuria: _____

Prevención de Accidentes:

¿Usa el cinturón de seguridad en el automóvil? sí no

¿Tiene detectores de humo en casa? sí no

¿Tiene detectores de monóxido de carbono? sí no

¿Tiene un arma de fuego en casa? sí no Si la respuesta es sí, ¿está guardada

bajo llave? sí no

Opcional: En el consultorio, le indicarán cómo llenar esta página.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS (Marque todos los que tiene actualmente)				
GENERALES	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Reciente Aumento o Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/> Fatiga/Cansancio
CABEZA Y CARA	<input type="checkbox"/> Dolor Facial	<input type="checkbox"/> Presión Facial		
OJOS	<input type="checkbox"/> Dolor Ocular <input type="checkbox"/> Ojo Enrojecido	<input type="checkbox"/> Supuración del Ojo	<input type="checkbox"/> Picazón de Ojo <input type="checkbox"/> Visión Borrosa	<input type="checkbox"/> Problemas de la Vista
OTORRINOLARINGOLOGÍA (OÍDO, NARIZ, GARGANTA)	<input type="checkbox"/> Dolor de Oído <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición	<input type="checkbox"/> Congestión Nasal <input type="checkbox"/> Secreción Nasal	<input type="checkbox"/> Estornudos <input type="checkbox"/> Dolor o Picazón en la Garganta	<input type="checkbox"/> Ronquera
CORAZÓN	<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Frecuencia Cardíaca <input type="checkbox"/> Frecuencia Cardíaca Baja	<input type="checkbox"/> Vahídos	<input type="checkbox"/> Hinchazón en las Piernas
PULMONES	<input type="checkbox"/> Disnea (Dificultad para Respirar)	<input type="checkbox"/> Sibilancias	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Tos Nocturna
SISTEMA GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Hinchazón Abdominal/Cólicos	<input type="checkbox"/> Dolor Menstrual <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Heces Oscuras o Sangre en las Heces (melena)
SISTEMA GENITOURINARIO	<input type="checkbox"/> Disuria (dolor al orinar) <input type="checkbox"/> Frecuencia Urinaria <input type="checkbox"/> Necesidad Urgente de Orinar	<input type="checkbox"/> Dolor Pélvico <input type="checkbox"/> Orina Oscura <input type="checkbox"/> Sangre en la Orina <input type="checkbox"/> Nocturia (despertarse por la noche para orinar)	<input type="checkbox"/> Secreción Vaginal <input type="checkbox"/> Problemas con el Ciclo Menstrual	<input type="checkbox"/> Sangrando Vaginal Anormal <input type="checkbox"/> Bultos o dolor en los testículos
ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones/Extremidades <input type="checkbox"/> Dolores Musculares	<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda <input type="checkbox"/> Hinchazón en las Articulaciones	<input type="checkbox"/> Rigidez Articular <input type="checkbox"/> Espasmos Musculares en la Espalda	<input type="checkbox"/> Hinchazón en las Extremidades <input type="checkbox"/> Cojera
PIEL	<input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Lesiones	<input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Picazón	<input type="checkbox"/> Llagas en la Boca <input type="checkbox"/> Lesiones Genitales	<input type="checkbox"/> Bultos en los Senos <input type="checkbox"/> Dolor en los Senos
PROBLEMAS NEUROLÓGICOS	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Insensibilidad en las Piernas <input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Dificultad para Caminar <input type="checkbox"/> Tropiezos/Caídas
PSIQUIATRÍA	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Suicidio
SISTEMA ENDOCRINO	<input type="checkbox"/> Sofocos	<input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos	<input type="checkbox"/> Debilidad Muscular	<input type="checkbox"/> Debilidad Generalizada
SANGRE Y LINFA	<input type="checkbox"/> Ganglios Hinchados	<input type="checkbox"/> Propensión al Sangrado	<input type="checkbox"/> Propensión a los Hematomas	<input type="checkbox"/> Ictericia (coloración amarillenta de la piel)
INFORMACIÓN ADICIONAL				

Certifico que la información incluida en este formulario es correcta a mi leal saber y entender. No voy a considerar responsable a mi médico ni a ningún miembro de su personal de errores u omisiones que yo pueda haber hecho al llenar este formulario.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____












Cuestionario de Salud del Paciente 2 (PHQ-2)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestó alguno de los siguientes problemas?

(Marque con un círculo su respuesta)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sensación de decaimiento, depresión o desesperanza	0	1	2	3

Cuestionario de Determinantes Sociales de la Salud

		SÍ / NO
	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos de lo que creía que debía porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	En los últimos 12 meses, ¿su compañía de servicios públicos le ha cortado el servicio porque usted no pagó sus facturas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Le preocupa que en los próximos 2 meses podría no tener una vivienda estable ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Los problemas para conseguir a alguien que cuide a sus hijos le dificultan trabajar o estudiar? (si no tiene hijos, deje esta pregunta en blanco)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	En los últimos 12 meses, ¿ha necesitado consultar a un médico, pero no ha podido debido al costo ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez no ha podido recibir atención de la salud porque no tenía ningún medio de transporte ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Alguna vez necesita ayuda para leer los documentos que le proporcionan en el hospital ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Tiene miedo de poder lastimarse en su casa o edificio de departamentos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Considera que le falta un sistema de apoyo social adecuado ? Por ejemplo: sus amigos, su familia o la comunidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Si marcó Sí en alguna de las casillas anteriores, ¿le gustaría recibir ayuda con cualquiera de estas necesidades?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Alguna de sus necesidades es urgente ? Por ejemplo: No tengo comida para esta noche; no tengo un lugar para dormir esta noche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ninguna ^{1 o más veces}

HOMBRES:	En el último año, ¿cuántas veces ha tomado 5 o más bebidas alcohólicas en un día ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MUJERES:	En el último año, ¿cuántas veces ha tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un día ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TODOS:	En el último año, ¿cuántas veces ha consumido una droga recreativa o ha usado un medicamento de venta con receta por motivos no médicos ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**** ¿No es paciente de Medicare? Devuelva este paquete completo a la recepción o al asistente médico que le está ayudando. ****

**** ¿Es Paciente de Medicare? Continúe en la página siguiente. ****

Actividades Independientes de la Vida Diaria

¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades? (si la respuesta a alguna pregunta es sí, explique)

- Comer sí no _____
- Trasladarse de la cama a la silla sí no _____
- Vestirse sí no _____
- Bañarse sí no _____
- Ir al baño sí no _____
- Continencia sí no _____
- Usar el Teléfono sí no _____
- Hacer las compras sí no _____
- Preparar las Comidas sí no _____
- Hacer las tareas domésticas sí no _____
- Lavar la ropa sí no _____
- Conducir/tomar un taxi o autobús sí no _____
- Tomar Medicamentos sí no _____
- Manejar las Finanzas sí no _____
- ¿Se ha caído alguna vez? sí no _____
- ¿Tiene dificultad para oír? sí no _____
- ¿Usa un aparato auditivo? sí no _____
- ¿Usa dentaduras? sí no _____

Examen de Audición

- ¿La gente se queja de que usted pone el volumen del televisor demasiado alto? sí no
- ¿Le pide a la gente que repita lo que ha dicho? sí no
- ¿Tiene dificultad para oír en un entorno ruidoso? sí no
- ¿Usted o los miembros de su familia creen que tiene dificultad para oír? sí no

Planificación de la Atención por Anticipado

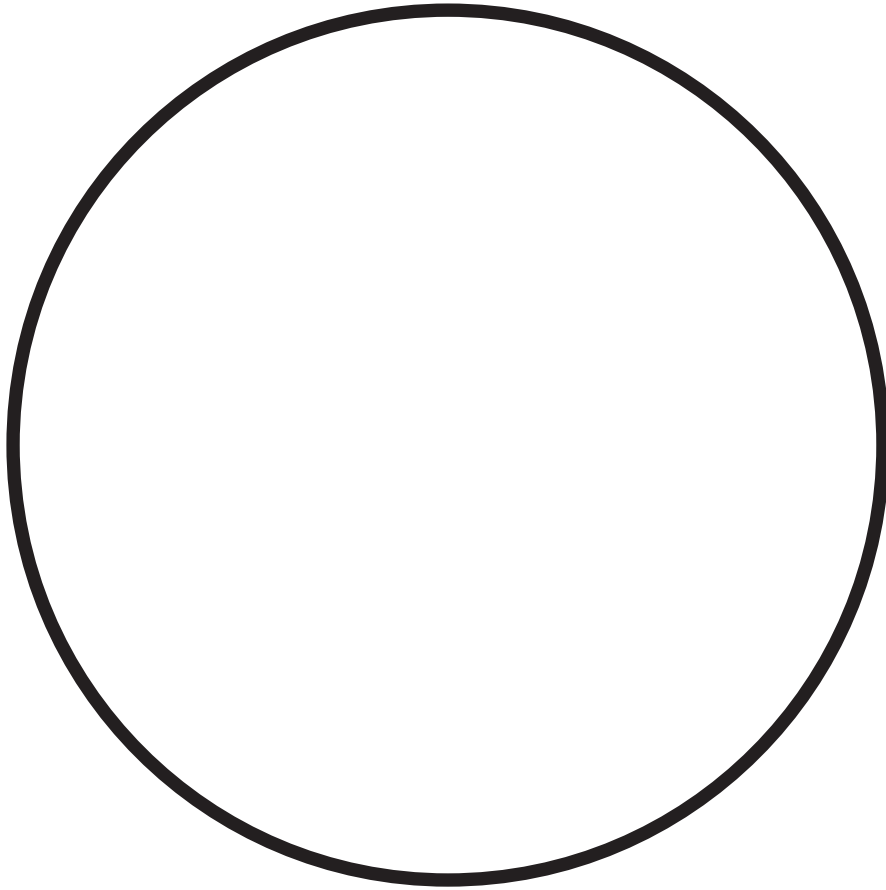
Las Instrucciones por Anticipado son documentos legales que le permiten poner por escrito el tipo de atención de la salud que desearía si estuviera demasiado enfermo para tomar decisiones por sí mismo.

Específicamente, un Poder Médico Duradero le permite nombrar a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica si usted ya no puede hablar por sí mismo. Otro documento que se llama Testamento Vital (en Colorado, a veces se denomina "Declaración sobre el Tratamiento Médico") le permite expresar sus deseos sobre la atención médica en caso de que presente una condición terminal o se encuentre en un estado vegetativo persistente. Si usted ya tiene estos documentos, es importante que lleve una copia para su historia clínica.

- ¿Tiene un Poder Médico Duradero? Si lo tiene, lleve una copia de este documento para su historia clínica. sí no
- ¿Tiene un Testamento Vital (también conocido como "Declaración sobre el Tratamiento Médico")? sí no
- Si ha llenado Instrucciones por Anticipado, ¿ha expresado que desea que no lo reanimen? sí no
- Si no ha llenado Instrucciones por Anticipado, ¿desea obtener más información sobre cómo hacerlo? sí no

Evaluación Cognitiva

Dibuje un reloj con todos los números donde deben ir.
Luego dibuje las agujas del reloj de manera que indiquen las 11:10.



Evaluación del Riesgo de Caída

¿Se ha caído en los últimos 12 meses? _____

En los últimos 12 meses, ¿tuvo algún problema con el equilibrio o para caminar? _____

Evaluación del Riesgo de Tener Problemas de Vejiga

En los últimos 6 meses, ¿tuvo incontinencia urinaria? _____

Durante los últimos 6 meses, ¿la incontinencia urinaria lo ha obligado a realizar cambios en sus actividades diarias o ha interferido en el sueño? _____

**** Gracias por ayudarnos a actualizar su información de salud personal. La parte que le corresponde está lista. Devuélvala a la recepción o al asistente médico que le está ayudando. Su proveedor lo atenderá en breve**.**

Lista de Tareas del Equipo: **Proveedor (en negrita)** y asistente médico (subrayado)

Revisar...

- DataCore: HCC y Deficiencias en la Calidad (antes de la visita)
- Formulario SDOH/PHQ2/Riesgo de Caídas/Mini-Cog**
- Posibles factores de Riesgo para lo siguiente:**
 - Depresión _____
 - Caídas _____
 - Trastorno Cognitivo _____
 - ADL/IADL _____
 - Otro _____
- Signos Vitales, incluso el Dolor y el IMC**
 - Si el IMC indica obesidad, evalúe/agregue la HCC adecuada
- Consultas y Registros Hospitalarios** (¿hay que agregar un nuevo diagnóstico a la Lista de Problemas?)
- Vacunas (actualizar según sea necesario)**
 - Según corresponda _____
- Antecedentes:
 - Del paciente _____
 - Familiares _____
 - Sociales _____

Encargarse de...

- Deficiencias según la HCC en DataCore
- Actualizar la Lista de Problemas**
- Conciliación de Medicamentos y Resurtidos**
 - Analizar el Cumplimiento, las Preguntas, los Obstáculos para Resurtir los Medicamentos, Recomendar OptumRx (ahorros en costos) y recetar resurtidos de 100 días
- Cronograma de Pruebas de Detección (5-10 años): Establecer O Actualizar**
- Organigramas**

Evaluar...

- Si hay deficiencias según las Medidas de HEDIS**
 - Indicar/Realizar según sea necesario _____
- La elegibilidad para:**
 - QuantaFlo _____
 - NeuroMetrix (Marcapasos) _____
 - Retinavue _____
- La necesidad/El uso de Vitamina D y Calcio, y la necesidad de Hacer Ejercicios con Pesas**
- El Riesgo del Consumo de Alcohol**
- El Riesgo del Consumo de Tabaco**
 - Proporcionar información para dejar de Consumir si está indicado
- Enfermedad Avanzada y Condiciones de Debilidad**
 - Agregar a la Lista de Problemas Activos según corresponda

Realizar...

- Pendientes:
 - Pruebas de Laboratorio _____
 - Exámenes de Diagnóstico _____
 - Solicitudes o Resultados Pendientes _____
- Encuesta de Resultados de Salud (HOS):**
 - Actividad Física _____
 - Salud Mental _____
 - Caídas _____
 - Incontinencia Urinaria/Salud de la Vejiga _____
- Averiguación y Asesoramiento sobre los Asuntos del Final de la Vida**
 - ¿Hay registradas Instrucciones por Anticipado/MOST?
- Referencias en el sistema**

Adicionales...

- Pacientes Diabéticos:**
 - Examen de los pies (si es necesario) _____
 - Examen de la vista al día _____
 - Controlar que tenga los valores ideales de A1c y de presión arterial _____
 - Análisis de microalbuminuria anual realizado _____
 - ¿Toma estatinas? _____
- Pacientes con ASCVD:**
 - **Recetar/Resurtir Estatina de Intensidad Alta o Moderada**
 - **Evaluar y Agregar los diagnósticos por exclusión aplicables**
 - (p. ej., Mialgia inducida por estatina)

Recordatorios para el Final de la Cita...

- Recursos: Beneficio de Productos de Venta sin Receta, suscripción a Gimnasios, Telemedicina**
- Hablar sobre "Call Us First" y sobre el uso Apropiado de la Sala de Emergencias/la Atención de Urgencia/DispatchHealth, etc.
- Pedirle al paciente que programe la próxima cita en la recepción antes de irse
- Otras necesidades específicas del paciente:
 - _____
 - _____
 - _____

Notas para el Equipo Clínico...

Cronograma del Plan de Prevención Personalizado: Entregar una copia al Paciente

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del Servicio: _____

Presión arterial	Temp. °F	IMC kg/m ²	Peso lb	Altura ft in
Prueba	Criterios del Paciente		Última Vez que se Realizó	Recomendación
Evaluación de Depresión	PHQ-2: Anualmente (llenado por el asistente médico)		<input type="checkbox"/> hoy	
Calendario de Vacunas	Antigripal: Una vez por temporada de otoño o invierno		<input type="checkbox"/> hoy	
	Contra la pulmonía: Una vez después de los 65 años y al menos 5 años después de la última vez que se aplicó, PPV23, PCV13 (una vez)		<input type="checkbox"/> hoy	
	Tdap: Cubierta por la Parte D de Medicare		<input type="checkbox"/> hoy	
	Contra el herpes zóster: Cubierta por la Parte D de Medicare		<input type="checkbox"/> hoy	
	Contra la hepatitis B: Según el Proveedor			
Evaluación de Trastornos Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> Observación Directa: Anualmente Mini Cog/MMSE/MoCA: Según el Proveedor 		<input type="checkbox"/> hoy	
Análisis de Colesterol	Lipidograma: Cada 5 años, si está indicado, (documentar por qué si no corresponde)		<input type="checkbox"/> hoy	
Prueba de Detección de la Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Glucemia en Ayunas o A1c cada 3 años si es de alto riesgo Prueba de Tolerancia a la Glucosa: Según el Proveedor 		<input type="checkbox"/> hoy	
Pruebas de Detección de Cáncer Colorrectal	<ul style="list-style-type: none"> Prueba de Sangre Oculta en Heces: Anualmente Sigmoidoscopia con Prueba de Sangre Oculta en Heces: Cada 4 años Colonoscopia de Detección: Cada 10 años Cologuard (nueva prueba, 11 marcadores): cada 3 años 			
Exámenes de Detección de Osteoporosis	Densitometría ósea: Según el Proveedor			
Examen de Detección del Glaucoma	Consultar a un especialista			
Examen de Detección del Cáncer de Seno	Mamografía: Cada 2 años (de los 50 a los 74 años)			
Examen de Detección del Cáncer de Cuello Uterino	Prueba de Papanicolaou: Según el Proveedor			
Prueba de Detección de Cáncer de Próstata	<ul style="list-style-type: none"> Prueba del Antígeno Prostático Específico: los menores de 70 años deben hacerla cada 2 a 4 años. Deben dejar de hacerla a partir de los 70 años 			
Control de la diabetes	Hemoglobina A1c: Según el Proveedor		<input type="checkbox"/> hoy	
	Lipidograma: Anualmente		<input type="checkbox"/> hoy	
	Análisis de Proteínas en la Orina: Anualmente		<input type="checkbox"/> hoy	
	Examen de los Pies: Anualmente		<input type="checkbox"/> hoy	
	Referencia a Oftalmología: Anualmente		<input type="checkbox"/> hoy	

Asesoramiento	Metas/Referencia
Asesoramiento para Dejar el Tabaco	
Asesoramiento sobre la Prevención de Caídas	
Asesoramiento Nutricional	
Asesoramiento sobre Hacer Ejercicio	
Instrucciones por Anticipado	
Resumen después de la Visita	<input type="checkbox"/> Se entregó al paciente <input type="checkbox"/> Se envió por correo al paciente una vez llenado