

Austin Springs Women's Health

DEMOGRAFÍA: Estado civil: Casado soltero separado viuda divorciada

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Teléfono #: _____ Etnia: _____ Raza: _____

Correo electrónico: _____ Proveedor de atención primaria: _____

Dirección postal: _____ Código postal: _____ Farmacia #: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (Introduzca primero el seguro primario y luego el secundario)

Nombre del seguro: _____ ID del suscriptor: _____

Titular de la directiva: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Dirección de notificaciones: PO BOX: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Teléfono # _____

Relación: _____ ¿Está bien dejar un mensaje detallado? **SÍ** **NO**

HIPAA-ACKNOWLEDGEMENT DE RECIBO- AVISO DE PRIVACIDAD

Debido a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus sus días) de 1996, cada paciente debe completar y actualizar anualmente la siguiente información. Inicie sesión en: www.austinwomenshealthcare.com para obtener una copia de la Noticia of Privacy Práctica.

Se me ha dado la oportunidad de leer y recibir una copia del Aviso de Política de Privacidad de Austin Springs. Entiendo que Austin Springs Women's Health solo usará y/o divulgará PHI (información médica protegida) para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. _____ inicial

Esta publicación autoriza a Austin Springs Women's Health y sus proveedores a discutir información médica sobre mi atención, facturación, condición médica, tratamiento o diagnóstico con lo siguiente:

Yo solo cónyuge _____ Padre _____ Otro: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Con este formulario reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Austin Springs Women's Health. Autorizo la liberación y divulgación de partes de mi expediente médico necesarias para mí. Esta autorización otorga a Austin Springs el derecho de solicitar y recibir información médica de otras entidades de tarjetas de salud y proveedor para incluir, pero no limitado a, copias de resultados de laboratorio, informes de pruebas diagnósticas, películas/imágenes, ad otra información clínica que Austin Springs Women's Health, sus médicos y representantes consideren necesaria. Puedo inspeccionar mi información médica protegida, solicitar más información y revocar esta autorización, según lo permitido por el Reglamento Federal de Privacidad y de acuerdo con la Política de Privacidad de Salud de la Mujer de Austin Springs. _____ inicial

Austin Springs Women's Health

PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Autorizo a la práctica anteriormente nombrada a divulgar cualquier información adquirida durante mi tratamiento a mi compañía de seguros, empleador, médicos, instituciones o pagadores externos, según sea necesario para ciertas reclamaciones presentadas. Entiendo que, a pesar de que puedo tener algún tipo de seguro y autorizar a esta oficina a presentar cargos en mi nombre. También soy responsable del pago como copagos, deducibles, coseguros y cargos dentro y fuera de la red. Por la presente asigno al médico todos los pagos por los servicios médicos prestados. Soy consciente de que se requiere copago cada visita, y si no hay cobertura de seguro, se requiere el pago completo de los servicios prestados a menos que se hayan discutido los arreglos de pago previos. También seré responsable de todos los cargos de cobro, en caso de que mi cuenta sea asignada a una Agencia de Cobro, MSB _____ inicial

CONSENTIMIENTO PARA LLAMAR

Al inicialización a continuación, doy permiso para que Austin Springs Women's Health utilice la información proporcionada como parte del proceso de check-in para enviar un correo electrónico, enviar un mensaje al portal del paciente y llamar al paciente. Esto incluye: La entrada de cualquier número de contacto telefónico constituye un consentimiento por escrito para recibir cualquier llamada telefónica automática, pregrabada y de voz artificial iniciada por la Práctica. Para modificar o revocar el consentimiento, visite el Portal del Paciente "Preferencia de Contacto". _____ inicial

En caso de que no se haya registrado en el portal de su paciente, podemos dejar un mensaje detallado de cualquier laboratorio normal, imágenes o información médica con respecto a su condición médica o tratamiento. (Consulte nuestra Política de resultados de laboratorio en nuestra oficina).

Número de teléfono: _____ Trabajo personal en casa de celda

En el caso de que un miembro de la familia o cuidador asista a mis visitas a la oficina y esté en la sala de exámenes en el momento de mi evaluación y/o tratamiento, le doy permiso a Austin Springs Women's Health y su proveedor para discutir libremente mi condición, tratamiento o diagnóstico con esa persona: Si NO

Política y acuerdo de medicamentos recetados

El siguiente es un esquema de nuestra política de recarga de medicamentos recetados para los proveedores de Austin Springs Women's Health.

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____

- Si necesita una recarga de sus medicamentos, por favor, llame primero a su farmacia. A continuación, la farmacia nos enviará por fax o nos llamará con toda la información que necesitamos para poder rellenar.
- Tenga en cuenta que no podemos rellenar medicamentos después del horario comercial o los fines de semana. Asegúrese de ponerse en contacto con su farmacia al menos **7 días** antes de quedarse sin medicamentos. Eso debería dar tiempo suficiente para que se procese la recarga. Si está en su última recarga, DEBE HACER UNA CITA PARA UNA RECARGA DE SEGUIMIENTO /PRESCRIPCIÓN O UN EXAMEN WELL WOMAN.
- **Medicamentos narcóticos: Tendrá que venir a una cita.**

En caso de emergencia, situación potencialmente mortal o síntomas preocupantes, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. He leído, entiendo y acepto la política de medicamentos recetados anteriormente.

Firma: _____ Date: _____

Austin Springs Women's Health

Autoridad de Medicamentos: Estamos implementando un nuevo programa de Registros Médicos Electrónicos que importará automáticamente su historial de medicamentos de fuentes de terceros (es decir, farmacias) Con el fin de transferirle medicamentos actuales y pasados al nuevo sistema debemos tener su autoridad. A la inicialización, nos permite transferir su historial de medicamentos a su tabla personal con Austin Springs Women's Health y sus proveedores _____ (inicial)

Servicios de laboratorio: Nuestra oficina utiliza **Pathgroup Laboratorios** (entidad independiente), que acepta la mayoría de los seguros, si desea utilizar un laboratorio diferente, notifique a nuestra recepción. Se le facturará por separado por su análisis de sangre, patología y culturas. Puede comunicarse con su departamento de facturación para cualquier consulta de facturación: 888-474-5227

Políticas de pacientes

Austin Springs Women's Health y sus proveedores otorgan una alta prioridad al servicio al cliente. Estamos disponibles para responder a sus llamadas que no son de emergencia, de 8:00 AM a 4:30 PM, de lunes a jueves. **Después de horas ¿qué haces? Llamada: 512-660-6301.** Para situaciones de emergencia, marque 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Política financiera

Todos los pagos vencen en el momento del servicio. Esto incluía copagos, deducibles y saldos vencidos. Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio con su seguro y determinar si su seguro está DENTRO O FUERA DE LA RED. Muchos seguros tienen "plazos de presentación oportunos". Si no se nos proporciona información precisa en el momento del servicio, usted puede ser responsable del pago completo de todos los servicios prestados. Tenga en cuenta que su seguro es un CONTRATO entre usted y la compañía de seguros. No todos los seguros cubren todos los procedimientos. Si bien hacemos buena fe para verificar la cobertura, no podemos garantizar que la información que nos ha dado su o la compañía de seguros sea correcta. Es su responsabilidad saber qué servicios pueden o no estar cubiertos por su seguro.

Pacientes sin seguro

A los pacientes sin seguro se les ofrecerá un descuento de pago rápido SOLO si el saldo adeudado se paga en su totalidad. Si el saldo no se puede pagar en su totalidad en el momento del servicio, se establecerá un plan de pago, y se le evaluará el monto total adeudado sin ningún descuento.

Pagos

Todos los pagos vencen en el momento del servicio a menos que se realicen acuerdos previos. Solo aceptamos tarjetas de débito y crédito. **No se acepta efectivo** ni cheques. Los saldos pendientes, incluidos los deducibles, vencen dentro de los **30** días posteriores a la declaración. Si el pago no se recibe dentro de los 45 días, se cobrará una tarifa administrativa de **\$25** en la cuenta. Todo el saldo que alcance los 90 días de vencimiento se enviará a nuestra agencia de cobro "MSB". Si experimenta circunstancias fuera de su control, por favor contáctenos nuestra oficina de facturación y estaremos encantados de hacer el arreglo. **TODAS** las declaraciones y/o saldos pendientes están disponibles a través del portal de su paciente. Se enviará un documento de cortesía cuando se solicite.

Pago automático conveniente

Conserve su tarjeta de crédito registrada en un entorno cifrado seguro. Esta función está disponible para garantizar que todos nuestros pagos se reciban a tiempo y le ayuda a evitar cargos administrativos si se pagan después de 45 días. Al inscribirse en conveniente pago automático, podemos usarlo para cobrar copagos y facturar su seguro primero y notificarle por correo electrónico 5 días antes de que su tarjeta de crédito se cobre por los saldos adeudados.

Pagadores de terceros

Nuestra oficina no factura a terceros pagadores (TPA) como PIP (Protección contra Lesiones Personales) por un accidente automovilístico o abogados.

Cheques devueltos

Los cheques que nos devuelva el banco evaluarán una tarifa de cheque devuelto de \$75 además del monto original del cheque.

Austin Springs Women's Health

Citas perdidas

Nos understand habrá momentos en que no se puede mantener una cita programada. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, le solicitamos que notifique a nuestra oficina con 24 horas de antelación para evitar una tarifa de cancelación de **\$50**. Citas por ultrasonido: **tarifa de cancelación de \$75**. Cita de cirugía/procedimiento: **tarifa de cancelación de \$150**. Si su cita está hecha para "el mismo día" y no puede conservarla, llame para cancelar dentro de un mínimo de tres horas de anticipación en los pedidos para que otro paciente sea programado. Si no llama o se presenta a su cita, consideraremos esto como un "no llamar sin show". Si esto sucede 3 veces, entonces el consultorio puede terminar la relación médico-paciente.

Política tardía

Estamos comprometidos a prestar un servicio rápido, y trabajaremos extremadamente duro, salvo emergencias, para mantenernos a tiempo. Podemos pedirle que re programe si llega a su cita más de 15 minutos después de su cita programada.

Terminación de la relación médico-paciente

Nuestra oficina valora su relación con el paciente y quiere proteger el derecho del paciente. Terminaremos la relación del paciente con la causa y después de una cuidadosa consideración. Las razones para la terminación incluyen repetidamente no presentarse a citas programadas, no cumplir con la tarjeta médica recomendada, solicitar registros médicos a otro OBGYN, ser hostil o abusivo con el personal, no pagar los saldos vencidos dentro de los 6 meses posteriores a la declaración.

Continuación de las políticas de pacientes

Servicios fuera de horario

Si necesita asistencia médica después de las 4:30 pm de lunes a jueves o después de las 2 pm los viernes o el fin de semana, ofrecemos servicios de llamadas virtuales fuera de horario. Esta es una tarifa nominal de \$75 y se facturará como autopago.

Si tiene una emergencia, como dolor en el pecho, dificultad para respirar intensa, dolor de cabeza intenso o sangrado, llame al 911 o diríjase directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Siempre puede llamar a la oficina con cualquier pregunta sobre problemas médicos agudos después de horas. Si el médico no está en la oficina, llame a nuestro **Servicio de Guardia: 512-660-6301**.

Cargos por lanzamiento de registros médicos y formularios

Proporcionaremos copias de sus registros médicos dentro de los 15 días hábiles posteriores a la publicación del registro firmado y el cargo nominal. Lanzamiento del proveedor a los registros del proveedor; no hay **ningún cargo**. Para que los pacientes obtengan registros médicos, hay una tarifa de **\$25**, papeleo de FMLA/Discapacidad: se cobrará **una tarifa de \$25** antes de enviar por fax o liberar documentación (Por favor, permita 5-7 días hábiles para completar. **Todos los saldos pendientes DEBEN pagarse en su totalidad antes de transferir los registros médicos.**

Al marcar la casilla, usted acepta que la tarjeta de crédito registrada se ejecute el mismo día de transferencia de registros médicos y o formularios de FMLA/Discapacidad.

Tarjeta de seguro/tarjeta de identificación

Se requiere una tarjeta de seguro actual en cada cita y un documento de identidad válido (no caducado) es vital para garantizar que los servicios se facturen correctamente. Si una paciente no tiene una copia actual de su tarjeta de seguro, tiene la opción de pagar en su totalidad por ese día. Una vez recibido, facturaremos el seguro y reembolsaremos el monto de autopago una vez que su compañía de seguros pague el reclamo.

Plan HMO/Autorización Previa

Es responsabilidad del paciente conocer sus beneficios. Póngase en contacto con el número de servicio de los miembros en el reverso de la tarjeta de seguro. Su representante de seguros entrará en detalle con sus beneficios y le informará de su responsabilidad con el paciente. Es responsabilidad del paciente recuperar una referencia de su proveedor de atención primaria antes de su cita con su proveedor. Si una referencia no está presente y su reclamo es denegado. Usted será responsable de todas las reclamaciones denegadas. Llame antes de su visita.

Austin Springs Women's Health

Consentimiento para el tratamiento

Por la presente consiente voluntariamente el tratamiento. Permiso que Austin Springs Women's Health y sus proveedores, empleados, personal médico y otros involucrados en mi atención me traten de maneras que ellos juzgan que son beneficiosas para mí. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y a recibir información sobre mi cuidado y tratamiento, y el derecho a retirar mi consentimiento para tratamiento o pruebas.

Consiente exámenes, análisis de sangre (incluyendo análisis de sangre para enfermedades transmisibles como hepatitis y VIH/SIDA cuando el personal de atención médica ha estado expuesto a mi sangre y/o fluidos corporales), procedimientos de laboratorio e imágenes, medicamentos, perfusiones, atención de enfermería y otros servicios o tratamientos prestados por mi médico.

Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo además que no se ha garantizado o se puede hacer en cuanto a los resultados de los tratamientos, cuidados o exámenes en el centro.

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior, lo entiende, acepta sus términos, ha recibido una copia de la misma y es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente ya que su agente ejecuta lo anterior. _____

Consentimiento de telesalud Consiento

Consentimiento del profesional de enfermería para el tratamiento

Este centro cuenta con personal de enfermería para ayudar en el suministro de atención médica. Los profesionales de enfermería no están doctorando. Una enfermera practicante es una enfermera registrada con licencia bajo la Junta de Enfermería, que ha recibido educación avanzada y formación en la prestación de atención médica. Bajo la supervisión de un médico, un profesional de enfermería puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, así como proporcionar atención de mantenimiento de la salud. La "supervisión" no requiere la presencia física constante del médico supervisor, sino más bien supervisar las actividades y aceptar la responsabilidad de los servicios médicos prestados. Estos servicios pueden incluir, entre otros: obtener historias y realizar exámenes físicos, ordenar y/o realizar diagnósticos y procedimientos terapéuticos, formular un diagnóstico de trabajo, desarrollar e implementar un plan de tratamiento, monitorear la eficacia de las intervenciones terapéuticas, ofrecer asesoramiento y educación, suministrar medicamentos de muestra y escribir recetas, hacer referencias apropiadas, proporcionar atención prenatal y salud de la mujer, y realizar procedimientos de oficina (es decir, inserción, colocación y eliminación de DIU, colposcopia, EMB, biopsias de la piel).

Tarjeta de crédito en la política de archivos

Cargo máximo en 365 días: \$3000

Esto no es un recibo. Este es un acuerdo que acepta pagar por los servicios una vez que se haya determinado la responsabilidad del paciente. Los términos de estos acuerdos se describen a continuación.

Términos del acuerdo:

Fecha de vigencia: Su primer día de cita programada

Fecha de caducidad: Un año

Acepto permitir que la práctica cargue mi tarjeta durante el período efectivo para el saldo adeudado, según lo determinado por la adjudicación final de todas las reclamaciones, incluyendo bajo este contrato. Acepto el monto final de la adjudicación según lo definido por mi compañía de seguros, con excepción como se indica a continuación. Acepto estos cargos en las siguientes condiciones:

- La cantidad cobrada a mi tarjeta no cesará el monto máximo en dólares acordado.
- Mi tarjeta de crédito será almacenada por Elavon, Inc., un procesador seguro de tarjetas de crédito afiliado dentro del Banco de EE. UU. que se asocia con la práctica de cobrar pagos.
- Recibiré una factura de la práctica a través del portal del paciente para cualquier saldo mayor que el dólar máximo del que soy responsable una vez que se haya ejecutado la transacción.
- Puedo cancelar este acuerdo en cualquier momento poniéndome en contacto con la práctica.

Hemos implementado una política que requiere una tarjeta de crédito que se mantiene en el archivo a partir del 01/01/2020. Como usted puede ser consciente, el mercado de atención médica actual ha dado lugar a pólizas de seguro que transfieren cada vez más costos a usted, el asegurado. Algunos planes de seguro requerían deducible y copago en cantidades no conocidas por usted o nosotros en el momento de su visita. Al igual que los hoteles y las agencias de alquiler de coches, se le pide un número de tarjeta de crédito en el momento de hacer el registro y la información será segura hasta que su seguro haya pagado su parte y nos notifique el monto de su parte, recibirá un estado de cuenta. En ese momento, cualquier saldo restante adeudado por usted se cargará a su tarjeta de crédito, y una copia del cargo se le enviará por correo. Esta es una ventaja, ya que hace que la caja sea más fácil, rápida y eficiente. Esto de ninguna manera comprometerá su capacidad para disputar un cargo o cuestionar la determinación de su compañía de seguros del pago. Los pacientes con cobertura de Medicaid ACTIVO verificado están exentos de tener una tarjeta registrada. Si tiene alguna pregunta sobre este método de pago, no dude en hacer.

Austin Springs Women's Health

Historia de Health

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la visita: _____

Signos vitales: Ht: _____ Peso actual: _____ Síntomas COVID-19? _____

¿Médicos anteriores le gustaría que recuperáramos los registros médicos en su nombre? Sí No

¿Alergias a los medicamentos? _____

Medicamentos con dosis: (Indique la frecuencia con la que está tomando sus medicamentos)

Nombre de la medicación	Con qué frecuencia:	Nombre de la medicación	Con qué frecuencia:

Vacunas: Vacuna contra la gripe: _____ TDAP: _____ VPH: _____ COVID: _____

Historia clínica: (¿Con qué has sido diagnóstico por tus médicos actuales o anteriores)

Antecedentes familiares: (Diabetes, presión arterial alta, cáncer, trastornos mentales, tiroides, etc.)

Relativa	Diagnóstico	Edad	Vivo o fallecido
Madre			
Padre			
Abuela Materna			
Abuelo Materno			
Abuela paterna			
Abuelo paterno			
Tía/Tío Materno			
Tía/tío paterno			
Hermanos			

Austin Springs Women's Health

Historia gítana: Historia social:

Último período menstrual:		Tabaco o vapeo (¿Qué año empezaste? /¿Con qué frecuencia?)	
¿Cuántos días dura tu ciclo?		¿Alcohol? (¿Con qué frecuencia? / Licor, Cerveza o Vino?)	
¿Ciclos menstruales dolorosos?		¿Drogas ilícitas? (Marihuana, cocaína, píldoras, etc.) (¿Con qué frecuencia?)	
¿Cuántos años tenías cuando empezaste tu ciclo por primera vez?		¿Ingesta de cafeína? - ¿Con qué frecuencia? (Té/Soda agua/café, píldoras de cafeína)	
¿Menopausia? ¿Edad?		¿Nivel de ejercicio? - ¿Con qué frecuencia? ¿Qué tipo de ejercicio?	
Última prueba de Papanicolaou:		¿Estado civil? (Casado, soltero, comprometido, divorciado, viuda)	
¿Antecedentes de papanicolaou anormal?		¿Antecedentes de violencia doméstica?	
Sexualmente activo:		¿Nivel educativo?	
¿Relaciones sexuales dolorosas?		¿Ocupación?	
Orientación sexual:		¿Hay alguna religión específica que necesitemos acatar para su atención médica?	
Parejas sexuales de por vida:		¿Llevas puesto el cinturón de seguridad mientras conduces?	
¿Historia de las ETS?		¿Aceptaría una transfusión de sangre en caso de emergencia?	
¿Forma actual de anticonceptivos?			
¿Antecedentes de infertilidad, quiste ovárico o SOP?			
¿Antecedentes de fibromas o endometriosis?			

Historia quirúrgica: (Incluir cesáreas, abortos y D&C)- Tipo Ninguno si no hay antecedentes de cirugías.

Tipo de cirugías	Fecha	Hospital

Austin Springs Women's Health

Antecedentes médicos anteriores: (Compruebe todo lo que tiene antecedentes anteriores o actuales de)

Cáncer, Mama		Endocrinología -Osteopenia	
Cáncer, Cervical		Endocrinología- Osteoporosis	
Cáncer, Colon		Endocrinología-Otros	
Cáncer, Endometriosis/Útero		Endocrinología -Deficiencia de vitamina D	
Cáncer, Genética chequeo		Ojos-Glaucoma	
Cáncer, Pulmón		Ojos-Otros	
Cáncer, Otros		Pérdida de visión ocular/degeneración macular	
Cáncer, Ovarian		GI-Pólipos de Colon	
Cáncer, Piel		Colitis ulcerosa/GI-Chohn	
Cáncer vaginal		GI- Enfermedad de la vesícula biliar	
Cáncer, Arritmia cardíaca		GI-Hemorroides	
Tarjetaiology-Cardio Disease		GI-IBS	
Cardiología -Corazón Válvula murmur/Mitral Prolapsed		GI-Enfermedad hepática/Hepatitis	
Cardiología-Alta Presión sanguínea		GI-other	
Cardiología, Alto Cholesterol		GI-Re-flux / Úlceras	
Cardiología, Otros		Ginección-Displasia	
Dermatología, Acné		Iosis gyn-endometr	
Dermatología- Eczema/Psoriasis		Gyn-Fibroides	
Dermatología-Otros		Ginección ginecóloga	
ENT, Pérdida auditiva		Gyn -Otros	
ENT, Otros		Gyn -SOP	
ENT-Estacional Alergias/ Alergias Rinitis		Dobladillo enología- Anemia	
Endocrinología, Diabetes		Dobladillo enla ología-Trastorno hemorrágico	
Endocrinología - Intolerancia a la glucosa/Insulina Resistencia		Élmatology- Trastorno de coagulación de la sangre / Cara V Leiden	
Endocrinología, Historia de Diabetes gestacional		Hematología-Transfusión sanguínea	
Endocrinología - Hipertiroidismo		Hematología- DVT/Embolia Pulmonar	
Endocrinología-Hipotiroidismo		Hematología -Otros	
ID- Pollo PX/Tejas		Pulmonar- EPOC/Enfisema	
ID-VIH		Pulmonar-Otros	
ID-MRSA		Pulmonar -Apnea del Sueño	
ID-other		Reumatología-Artritis	
ID- Tuberculosis/PPD positivo		Reumatología - Enfermedad autoinmune	
Nefrología -Enfermedad renal		Reumatología -	

Austin Springs Women's Health

		Fibromialgia/Dolor crónico	
Neurología- Dolores de cabeza		Reumatología-Otros	
Neurología -Esclerosis Múltiple		Urología (sangre in suine)	
Neurología-Otros		Urología -Cistitis Intersticial	
Neurología- Convulsión/Epilepsia		Urología-Otros	
Neurología - Accidente cerebrovascular/AIT		Urología-UTI recurrente	
Orto -Artritis		Urología-Piedras	
Orto -Dolor crónico de espalda		Urología- Incontinencia urinaria	
Orto -Fracturas		Control de peso	
Orto -Otros		Psiquiátrica-Depresión	
Psiquiátrica-ADD/TDAH		Psiquiatría- Trastorno alimenticio	
Psiquiátrica-Ansiedad		Asma pulmonar	