

Arizona Kidney Disease and Hypertension Centers, LLC

Bienvenido a AKDHC! Nuestro objetivo es ofrecer la mejor atención posible en un ambiente profesional y amigable.

Por favor revise el siguiente resumen de facturación y pago:

Pago:

Necesita pagar en el momento de servicio, a menos que otro acuerdo se haya hecho. Usted es responsable de todas las tarifas asociadas con la atención médica.

Información sobre seguros:

Si estamos cobrando a su seguro médico, por favor proporcione a la recepción cambios acerca de su seguro médico o cambios que se produzcan. Se tomará copias de sus tarjetas de aseguranza durante cada visita con su doctor, para asegurar procedimientos de cobros apropiados.

Co-Pagos:

Para las visitas de médicos, su co-pago se recoge en el momento del servicio. Usted será facturado por cualquier co-pago asociado a los servicios siguientes.

Control de Anemia

Visitas en la Oficina con medicamentos inyectables

Ultrasonidos

Fístulas, Mapa de sus Venas

Centro de Cirugía AKDHC

Procedimientos de Acceso de Diálisis

Investigación Clínica

CKD (Insuficiencia Renal Crónica), Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)

Gestión Trasplante

Referencia al Centro de trasplante a través de inmunosupresión mantenimiento y prevención de las complicaciones

Servicios Educativos

Programa sobre la progresión y prevención de la enfermedad renal. Información sobre las modalidades de diálisis.

Cobertura de Seguro Médico:

Cobertura de seguro médico no garantiza pago completo por los servicios recibido. Si su seguro médico no cubre el total usted será responsable de lo restante. Si desea obtener información acerca de su pago responsable de cualquiera de los servicios anteriores, incluyendo visitas consultorio médico, por favor póngase en contacto con nuestra oficina de facturación al 602-997-1098. Nuestro personal estará encantado de responder a sus preguntas.

Si podemos ayudar de cualquier manera, por favor, no tarde en preguntar, y le damos las gracias por elegir AKDHC para su atención médica.

Arizona Kidney Disease and Hypertension Centers, LLC

A Nuestros Pacientes:

Gracias por elegir nuestro médico como su proveedor de nefrología. Una parte importante de su plan de cuidados es información sobre responsabilidad financiera en lo que se refiere su cuidado de nefrología. Nos gustaría compartir con ustedes nuestros procedimientos de cobranza de co-pago y co-seguro médico.

Como un proveedor contratado por la compañía de seguro médico, estamos obligados contractualmente a cobrar una parte de los pagos de usted. Estas partes pueden ser de dos tipos diferentes de pago:

Co-Pagos:

Como red de médicos de su seguro médico, estamos obligados a coleccionar el co-pago en el momento del servicio. Co-pagos generalmente se asocian con visitas médicas y son pagaderos en el momento de servicio.

Co-Seguro

Además de co-pagos, algunos seguros médicos tienen un co-seguro que se debe como parte de los servicios recibidos. Un procedimiento común que entregamos en nuestra oficina que está asociado un co-seguro es una inyección para anemia. Su co-seguro es debido en el momento de la inyección.

Portal de pacientes

El Portal del Paciente le da acceso seguro y conveniente a su información de salud. Pacientes pueden usar su portal para revisar, descargar, y transmitir su información de salud. También podrán enviar mensajes seguros a su doctor.

Estamos comprometidos a proporcionar servicios de alta calidad a nuestros pacientes y nos esforzamos por ofrecer la mejor comunicación posible con respecto a nuestros procedimientos de facturación.

Gracias por su cooperación en este asunto. Si tiene alguna pregunta relativa a este procedimiento, por favor no dude en ponerse en contacto con nuestro departamento de facturación 602-997-1098.

Arizona Kidney Disease and Hypertension Centers, LLC.

Arizona Kidney Disease and Hypertension Centers, LLC

Historial del Paciente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **DOB:** _____

IDIOMA PREFERIDO: _____ **NECESITA INTÉRPRETE? Sí No**

NOMBRE DE FARMACIA/CALLES ENCRUCIJADA: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____ **TELÉFONO:** _____

DIRECCIÓN DE MÉDICO PRIMARIO: _____ **FAX:** _____

LABORATORIO PREFERIDO/CALLES ENCRUCIJADA: _____

CENTRO DE RADIOLOGÍA/CALLES ENCRUCIJADA: _____

RAZA/ETNIA

RAZA	<input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Nativos de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Negarse a contestar
ORIGEN ÉTNICO	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negarse a contestar

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Por favor anote los nombres de los medicamentos con alergia o reacción específica que usted ha tenido

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	ALERGIA o REACCIÓN

¿Ha tenido alguna reacción al recibir tinta de contraste oral o intravenoso?

No Sí por favor identifique reacción:

ALERGIAS A LOS ALIMENTOS

Sírvese facilitar una lista de los alimentos con la alergia o reacción específica que ha experimentado

ALIMENTOS	ALERGIA o REACCIÓN

LISTA DE MEDICAMENTOS

Por favor traiga una lista de sus medicamentos

NOMBRE DEL MEDICAMENTO / SUPLEMENTO / VIT.	FUERZA (mg)	FRECUENCIA

Arizona Kidney Disease and Hypertension Centers, LLC

HISTORIA DE NSAID

¿Está o ha tomado cualquiera de los siguientes medicamentos en el pasado?

<input type="checkbox"/> Advil / Co-Advil	<input type="checkbox"/> Disalcid	<input type="checkbox"/> Indomethicin
<input type="checkbox"/> Aleve/Anaprox/Naprosyn/Naproxen	<input type="checkbox"/> Emprin/Genprin	<input type="checkbox"/> Meloxicam/ Mobic
<input type="checkbox"/> Ansaid	<input type="checkbox"/> Etodolac/Lodine	<input type="checkbox"/> Midol-IB/Pampri-IB
<input type="checkbox"/> Arthrotec/Cataflam/Diclofenac/Voltaren	<input type="checkbox"/> Feldene/ Piroxicam	<input type="checkbox"/> Ponstel
<input type="checkbox"/> Asprin/Easpirin/Ecotrin/ Zorprin	<input type="checkbox"/> Fenoprofen/ Nalfon	<input type="checkbox"/> Relafen
<input type="checkbox"/> Baclofen/Kemstro/ Lioresal	<input type="checkbox"/> Flurbiprofen	<input type="checkbox"/> Robaxin
<input type="checkbox"/> Bextra	<input type="checkbox"/> Halprin/Iburin	<input type="checkbox"/> Salsitab
<input type="checkbox"/> Butazolidin	<input type="checkbox"/> Ibuprofen/Motrin/Rufen/Trendar/Medipren	<input type="checkbox"/> Sulidac/Clinoril
<input type="checkbox"/> Celebrex/ Celecoxib	<input type="checkbox"/> Indocin/Indomethicin/Rheumacin	<input type="checkbox"/> Tolectin
<input type="checkbox"/> DayPro	<input type="checkbox"/> Magnaprin	<input type="checkbox"/> Toradol
<input type="checkbox"/> Diflunisal/ Dolobid	<input type="checkbox"/> Meclomen	<input type="checkbox"/> Trilisate

Tylenol y Extra Strength Tylenol es el medicamento de elección para el manejo de dolor para las personas con problemas de riñón

HISTORIA FAMILIAR

Adoptivo Historia Familiar desconocida

	Vida	Fallecido	Edad al momento de Muerte	Causa de Muerte
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sírvase indicar si un miembro de la familia ha tenido alguno de los siguientes:

	Padre	Madre	Hermanos	Hermanas	Los niños	Otros (identificar)
Diabetes, Tipo I:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes, Tipo II:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Alta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del corazón (tipo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal (identificar el tipo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diálisis (identifica la causa):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer (identificar el tipo):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIA SOCIAL

Tabaquismo:

- Cada día fumador: paquetes fumados por día _____ Año: _____
- Algún día fumador: paquetes por semana _____ Año: _____
- Fumador en el pasado: comenzó el año: _____ años fuma: _____ Paquetes fumados por día _____
- Nunca ha fumado
- Intenso de tabaco usado: comenzó el año: _____ fumando mínimo usuario: comenzó el año: _____

Consumo de Alcohol:

- No hay antecedentes de consumo de alcohol
- Actualmente consume alcohol (cantidad y frecuencia): _____
- Antiguo Bebedor: sobria desde: _____ cantidad anterior y frecuencia: _____
- Alcohólica en Recuperación: sobria desde: _____ cantidad anterior y frecuencia: _____
- Rehabilitación: Año que recibió tratamiento para el abuso de alcohol: _____

El uso indebido de drogas:

- No hay antecedentes de uso de drogas ilícitas
- Uso actual: Tipo de droga _____, frecuencia: _____ Fechas/años de uso _____

Arizona Kidney Disease and Hypertension Centers, LLC

<input type="checkbox"/> Uso anterior: Tipo de droga _____, frecuencia: _____ Fechas/años de uso _____
<input type="checkbox"/> Rehabilitación: año que recibió tratamiento para el uso indebido de drogas: _____
¿Claustrofobia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Educación: apunte ultimo año completado <input type="checkbox"/> Primaria _____ <input type="checkbox"/> Secundaria _____ <input type="checkbox"/> universidad de 2 años <input type="checkbox"/> universidad de 4 años <input type="checkbox"/> estudios de posgrado
Situación en el empleo actualmente (marque uno): <input type="checkbox"/> Empleados <input type="checkbox"/> Jubilados <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Discapacitados
Empleador: _____
Estado Civil (marque uno): <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solo, nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja domestica
Directivas Avansadas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIAL DE SIRUGIAS

Nombre	Fecha de la cirugía
<input type="checkbox"/> Cirugía Suprarrenal	
<input type="checkbox"/> Amputación Tipo:	
<input type="checkbox"/> Metal en cuerpo, donde?	
<input type="checkbox"/> reparación de la válvula aórtica	
<input type="checkbox"/> Apéndice Cirugía	
<input type="checkbox"/> Fístula AV, Ubicación: Año:	
<input type="checkbox"/> Injerto AV, Ubicación: Año:	
<input type="checkbox"/> Revisión La vejiga (RTUV-T)	
<input type="checkbox"/> Cáncer extracción, especificar el tipo:	
<input type="checkbox"/> Angioplastia carótida	
<input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria/stent	
<input type="checkbox"/> La endarterectomía carotidea	
<input type="checkbox"/> La vesícula biliar Cirugía	
<input type="checkbox"/> Cirugía de Colon	
<input type="checkbox"/> Cistoscopia	
<input type="checkbox"/> AICD implante (desfibrilador)	
<input type="checkbox"/> Cirugía de ojo	
<input type="checkbox"/> Bypass Gástrico	
<input type="checkbox"/> Cirugía de revascularización coronaria (CABG).	
<input type="checkbox"/> Trasplante de Corazón - Instalación:	
<input type="checkbox"/> Cateterización del corazón	
<input type="checkbox"/> Catéter hemodiálisis	
<input type="checkbox"/> Cirugía de la hernia	
<input type="checkbox"/> Extracción del útero (histerectomía)	
<input type="checkbox"/> Ablación renal	
<input type="checkbox"/> Arteria renal Angioplastia	
<input type="checkbox"/> Biopsia del riñón	
<input type="checkbox"/> Biopsia de Seno	
<input type="checkbox"/> Extracción del tumor de seno	
<input type="checkbox"/> Biopsia de ganglio (centinela)	
<input type="checkbox"/> Piedra en el riñón (litotricia)	
<input type="checkbox"/> Trasplante de hígado :	
<input type="checkbox"/> Reparación de la Válvula Mitral	
<input type="checkbox"/> Sustitución de la Válvula Mitral	
<input type="checkbox"/> Extirpación del Riñón	
<input type="checkbox"/> Cirugía ortopédica	
<input type="checkbox"/> CIE/Marcapasos	
<input type="checkbox"/> Trasplante de páncreas	

Arizona Kidney Disease and Hypertension Centers, LLC

<input type="checkbox"/> Cirugía de paratiroides			
<input type="checkbox"/> Catéter Peritoneal			
<input type="checkbox"/> Extirpación de la próstata			
<input type="checkbox"/> Trasplante de Riñón izquierdo/derecho, Trasplante Tipo:			
<input type="checkbox"/> Cirugía de tiroides			
<input type="checkbox"/> Stent Ureteral			
<input type="checkbox"/> Cirugía Vascular			
HISTORIAL MÉDICO			
RENAL (riñón) -HIPERTENSIÓN-DIABETES			
¿Tiene una historia de enfermedad renal? No Sí (<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> marque todas las que correspondan por la parte inferior)			
Nombre	Fecha Diagnosticado	Nombre	Fecha Diagnosticado
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Aguda		<input type="checkbox"/> Nefropatía Membranosa	
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica		<input type="checkbox"/> Síndrome nefrótico	
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal en estado terminal		<input type="checkbox"/> Nefritis lúpica	
<input type="checkbox"/> La glomerulonefritis crónica		<input type="checkbox"/> Enfermedad poliquística del riñón	
<input type="checkbox"/> Glomerulonefritis - FSGN		<input type="checkbox"/> Cálculos Renales	
<input type="checkbox"/> Glomerulonefritis (GNRP)		<input type="checkbox"/> Quiste renal (s)	
<input type="checkbox"/> Nefropatía por IgA		<input type="checkbox"/> Anemia Crónica	
<input type="checkbox"/> Nefritis Intersticial		<input type="checkbox"/> anemia, deficiencia de hierro	
<input type="checkbox"/> Hipertensión o Presión Arterial Alta		<input type="checkbox"/> Proteinuria (proteína en orina)	
<input type="checkbox"/> Tumor del riñones			
ENDOCRINO			
<input type="checkbox"/> Tumor de la glándula suprarrenal		<input type="checkbox"/> aldosterona Desequilibrio - Alta	
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1		<input type="checkbox"/> Paratiroides Hiperactiva	
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2		<input type="checkbox"/> Desequilibrio Tiroides - Alta	
<input type="checkbox"/> Nefropatía Diabética		<input type="checkbox"/> aldosterona Desequilibrio - Baja	
<input type="checkbox"/> Daño del Nervio Diabético		<input type="checkbox"/> Desequilibrio Tiroides - Baja	
<input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética			
DESEQUILIBRIO DE electrolitos			
<input type="checkbox"/> Calcio - Alto		<input type="checkbox"/> Potasio - Bajo	
<input type="checkbox"/> Potasio - Alto		<input type="checkbox"/> Magnesio - Bajo	
<input type="checkbox"/> Magnesio - Alto		<input type="checkbox"/> Sodio - Bajo	
<input type="checkbox"/> Sodio - Alto		<input type="checkbox"/> Fosfaturia - Baja	
<input type="checkbox"/> Fosfaturia - Alta		<input type="checkbox"/> Trastorno Metabólico	
<input type="checkbox"/> Calcio - Bajo			
CORAZÓN			
<input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes		<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	
<input type="checkbox"/> Arritmias		<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria	
<input type="checkbox"/> Bradicardia (ritmo cardíaco lento)		<input type="checkbox"/> Soplo en el corazón	
<input type="checkbox"/> Cardiomiopatía		<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	
<input type="checkbox"/> Estenosis de la arteria carótida		<input type="checkbox"/> Taquicardia (frecuencia cardíaca rápida)	
<input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita		<input type="checkbox"/> Trastorno de la válvula	
VASCULAR			
<input type="checkbox"/> Ataque cerebral (Accidente cerebrovascular (ACV), Ataque isquémico transitorio (AIT))		<input type="checkbox"/> Neuropatía Periférica	
<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (coágulos sanguíneos)		<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica (EVP)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad arterial periférica (PAD)		<input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa/ Estasis venosa/vena varicosa	

Arizona Kidney Disease and Hypertension Centers, LLC

PULMONAR/PULMONES			
<input type="checkbox"/> asma		<input type="checkbox"/> Cicatrización pulmonar (fibrosis)	
<input type="checkbox"/> EPOC/enfisema		<input type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> Apnea Obstructiva del Sueño		<input type="checkbox"/> Fiebre del Valle	
<input type="checkbox"/> Hipertensión pulmonar			
GASTROINTESTINAL			
<input type="checkbox"/> Cirrosis		<input type="checkbox"/> Enfermedad de Reflujo gástrico esofágico (ERGE).	
<input type="checkbox"/> Colon Úlceras/Colitis		<input type="checkbox"/> Sangrado gastrointestinal	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn		<input type="checkbox"/> Hepatitis (tipo)	
<input type="checkbox"/> Diverticulitis		<input type="checkbox"/> Síndrome de intestino irritable (SII)	
<input type="checkbox"/> Diverticulosis		<input type="checkbox"/> Úlcera péptica y úlcera de estómago	
APARATO genitourinario/urológico			
<input type="checkbox"/> Hipertrofia Prostática Benigna (HPB)		<input type="checkbox"/> Hematuria (sangre en la orina)	
<input type="checkbox"/> Incontinencia de orina		<input type="checkbox"/> Hidronefrosis (líquido en el riñón)	
<input type="checkbox"/> Cistitis		<input type="checkbox"/> Múltiples infecciones de orina	
REUMATOLOGÍA			
<input type="checkbox"/> Eritematoso		<input type="checkbox"/> Esclerodermia	
<input type="checkbox"/> fibromialgia		<input type="checkbox"/> Síndrome de Sjorgen	
<input type="checkbox"/> Gota		<input type="checkbox"/> Lupus sistémico	
<input type="checkbox"/> HIV		<input type="checkbox"/> Granulomatosis de Wegener	
<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide			
ESQUELETO			
<input type="checkbox"/> Enfermedad degenerativa de las articulaciones		<input type="checkbox"/> Osteopenia	
<input type="checkbox"/> cifosis		<input type="checkbox"/> Osteoporosis	
<input type="checkbox"/> osteoartritis		<input type="checkbox"/> Escoliosis	
EL Cancer			
<input type="checkbox"/> Vejiga		<input type="checkbox"/> Ovario/ Útero/ Cuello uterino	
<input type="checkbox"/> Seno		<input type="checkbox"/> Páncreas	
<input type="checkbox"/> Colon		<input type="checkbox"/> Próstata	
<input type="checkbox"/> Pulmón		<input type="checkbox"/> Renal (del riñón)	
OTROS			
<input type="checkbox"/> Ansiedad/ Depresión		<input type="checkbox"/> Medicamentos antiinflamatorios	
<input type="checkbox"/> Sordo		<input type="checkbox"/> La obesidad	
<input type="checkbox"/> Colesterol alto		<input type="checkbox"/> Deficiencia de Vitamina D	
Otros:			

AKDHC ha adoptado normas relativas a ciertas cuestiones que se han planteado en los formularios contenidos en este paquete. Para ayudar a nuestros pacientes comprender mejor algunas de esas normas, la siguiente información puede ser de utilidad.

La diferencia entre raza y etnicidad	
Raza	Raza es un indicio de la herencia con la que se ha nacido, independientemente de su ubicación o comportamiento aprendido. Raza no puede ser alterada.
Origen étnico	La etnia es acerca del conocimiento comportamientos culturales celebrado en todas las regiones del mundo. Origen étnico puede ser alterada o imitaba a través de las distintas opciones y creencias.
Fuente: http://www.differencebetween.net/science/nature/difference-between-ethnicity-and-race	

Arizona Kidney Disease and Hypertension Centers, LLC

Guía de referencia Carrera

Indios Americanos o nativos de Alaska	Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluyendo América Central), y que mantiene afiliación tribal o compromiso de la comunidad.
Asia	Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam
Negros o afroamericanos	Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. Términos como "Haitiano" se pueden utilizar además de "negros".
Hispano o Latino	Una persona de Cuba, México, Puerto Rico, del Sur o Centro America, o de otra cultura u origen Español, independientemente de raza. El término "origen Español", se puede utilizar además de "hispano o latino".
Nativos de Hawái u otras islas Pacíficas	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa, o de otras islas del Pacífico.
Blanco	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el medio Oriente, o en el Norte de África.

Guía de Referencia de Tabaquismo

Fumador actual de cada día	Una persona que ha fumado al menos 100 cigarrillos durante su vida y todavía fuma regularmente cada día.
Fumador actual, algunas veces al día	Una persona que ha fumado al menos 100 cigarrillos durante su vida y todavía fuma periódicamente, pero constantemente.
Fumador en el pasado	Una persona que ha fumado al menos 100 cigarrillos durante su vida, pero no fuman actualmente.
Nunca Fumador	Un individuo que no haya humo 100 o más cigarrillos durante su vida.
Fumador empedernido, se desconoce la situación actual	Una persona que ha fumado al menos 100 cigarrillos durante su vida, pero si en la actualidad sigue fumando es desconocido
Sabe si alguna vez ha fumado	Desconoce si el individuo ha fumado alguna vez
Persona fumadora pesada	Una persona que fuma más de 10 cigarrillos por día, o un equivalente (pero menos definir concretamente) la cantidad de humo de cigarro o. Esta opción también se puede seleccionar para identificar tabaco de mascar.
Fumador de tabaco	Una persona que fuma menos de 10 cigarrillos al día, o un equivalente (pero menos definir concretamente) la cantidad de humo de cigarro o. Esta opción también se puede seleccionar para identificar tabaco de mascar.

Fuente: Centro de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés)

http://www.cdc.gov/nchs/nhis/tobacco/tobacco_recodes.htm