



# Bienvenido a Alpha Wound Care Solutions and Wellness

¡Estamos OBSESIONADOS con la atención al paciente! Todo comienza con conocerlo, para asegurarnos de brindar la mejor atención posible. Hay mucho aquí, pero sabemos que puedes hacerlo! Pcontrato de arrendamiento llenar la información a continuación tan completamente como sea posible. Como siempre, si usted tiene alguna pregunta, todos nosotros ayudaremos (pero tal vez no todos nosotros a la vez).

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

## Historial de Heridas

Ubicación de la herida: \_\_\_\_\_

¿Cuándo notaste la herida por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se ha curado y luego reabierto?  Sí  No

¿Cómo empezó tu herida?

- |                                      |   |   |  |
|--------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mordedura   | <input type="checkbox"/> Ampolla              | <input type="checkbox"/> Morete                 | <input type="checkbox"/> Quemadura térmica |
| <input type="checkbox"/> Chichón     | <input type="checkbox"/> Quemadura Química    | <input type="checkbox"/> Calzado                | <input type="checkbox"/> Trauma            |
| <input type="checkbox"/> Congelación | <input type="checkbox"/> Poco a poco apareció | <input type="checkbox"/> No conocido            | <input type="checkbox"/> Quirúrgico        |
| <input type="checkbox"/> Espinilla   | <input type="checkbox"/> Presión              | <input type="checkbox"/> Quemadura de Radiación | <input type="checkbox"/> Otra lesión       |

¿Estás tomando antibióticos?  No  Sí

En caso afirmativo, ¿qué antibióticos?

¿Has estado tratando tu herida hasta ahora?  No  Sí

En caso afirmativo, ¿con qué?

¿Has hecho algún trabajo de laboratorio en el último mes?  No  Sí

En caso afirmativo, ¿qué laboratorio?

¿Qué médico u consultorio? \_\_\_\_\_

¿Te han hecho algún análisis de flujo sanguíneo en las piernas?  No  Sí

En caso afirmativo, fecha: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿dónde se hizo: \_\_\_\_\_ ¿Quién ordenó? \_\_\_\_\_

¿Has tenido algún otro problema con tu herida?

- Infección  Hinchazón  Drenando  Olor  Otros

## Historia de la Hospitalización

¿Ha tenido alguna visita al hospital / Atención Urgente en los últimos 90 días?  No  Sí

Fecha:	Razón por la que estabas en el Hospital	Ubicación:

## Cirugías

Fecha:	Procedimiento:

## Uso social

¿Fuma cigarrillos o cigarrillos electrónicos ("vape")?  No  Sí

Si es así, ¿cuántos paquetes al día o a la semana? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_

Si procede, ¿a qué edad empezaste? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad se detuvo? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol?  No  Sí

¿Cuántas bebidas por día? \_\_\_\_\_

¿Cuántas bebidas al mes?

De 2 a 4 veces al mes: \_\_\_\_\_

De 3 a 4 veces a la semana: \_\_\_\_\_

4 o más veces a la semana: \_\_\_\_\_

¿Usas drogas recreativas?  Sí  No

En caso afirmativo, escribe los tipos de drogas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Lista de verificación de salud del paciente

Indique si ha experimentado alguna de las siguientes opciones...

<p><b>General:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fiebre</li> <li><input type="checkbox"/> Escalofríos</li> <li><input type="checkbox"/> Suda</li> <li><input type="checkbox"/> Fatiga</li> <li><input type="checkbox"/> Malestar</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida de peso</li> <li><input type="checkbox"/> Anemia</li> <li><input type="checkbox"/> Hierro bajo</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes</li> <li><input type="checkbox"/> Hipotensión (presión arterial baja)</li> <li><input type="checkbox"/> Vasculitis (inflamación de los vasos sanguíneos)</li> <li><input type="checkbox"/> Cirrosis (Problemas hepáticos)</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Terminal (enfermedad renal)</li> <li><input type="checkbox"/> Diálisis</li> <li><input type="checkbox"/> Lupus</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer / Quimioterapia</li> </ul>	<p><b>Respiratorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dificultad para respirar</li> <li><input type="checkbox"/> Tos Crónica</li> <li><input type="checkbox"/> Asma</li> <li><input type="checkbox"/> Silbidos al respirar</li> <li><input type="checkbox"/> Aspiración</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas crónicos de los senos nasales/ congestión</li> <li><input type="checkbox"/> Neumotórax (pulmón colapsado)</li> <li><input type="checkbox"/> Apnea del sueño (Dejar de respirar wen dormir)</li> <li><input type="checkbox"/> Tuberculosis (Infección en los pulmones)</li> </ul> <p><b>Cardiovascular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Molestias en el pecho</li> <li><input type="checkbox"/> Angina de pecho (dolor de pecho)</li> <li><input type="checkbox"/> Palpitaciones</li> <li><input type="checkbox"/> Arritmia (latidos del corazón omitidos)</li> <li><input type="checkbox"/> Hinchazón en tobillos o pies</li> <li><input type="checkbox"/> Sensación de aleteo en el pecho</li> <li><input type="checkbox"/> Fibrilación auricular (frecuencia cardíaca rápida)</li> <li><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias (enfermedad cardíaca)</li> <li><input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (Ataque al corazón)</li> </ul>	<p><b>Neurológico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Convulsiones</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida de memoria</li> <li><input type="checkbox"/> Vértigo</li> <li><input type="checkbox"/> Debilidad</li> <li><input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo</li> <li><input type="checkbox"/> Derrame Cerebral</li> <li><input type="checkbox"/> Paraplejia / Cuadriplejia (No puede mover brazos y piernas)</li> <li><input type="checkbox"/> HTN, HLD, CVA o TIA cuando?</li> </ul> <hr/> <p><b>Psicológico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> depresión</li> <li><input type="checkbox"/> ansiedad</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida de memoria</li> <li><input type="checkbox"/> Estrés inusual</li> <li><input type="checkbox"/> Alteración mental</li> </ul> <p><b>Musculoesquelético:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Artritis</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor de Espalda</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor Articular</li> <li><input type="checkbox"/> Debilidad Muscular</li> </ul>
<p><b>extremidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Edema</li> <li><input type="checkbox"/> Úlceras abiertas</li> <li><input type="checkbox"/> Gangrena</li> <li><input type="checkbox"/> Piel decolorada o azul</li> <li><input type="checkbox"/> Hemofilia (Trastorno hemorrágico)</li> <li><input type="checkbox"/> Linfedema (Hinchazón en piernas o brazos)</li> <li><input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda (coágulo de sangre en la pierna)</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial Periférica (Problema con el flujo sanguíneo a las piernas)</li> <li><input type="checkbox"/> Síndrome de Raynaud (Problema con el flujo sanguíneo a los dedos de las manos o los dedos de los pies)</li> <li><input type="checkbox"/> Esclerodermia (Trastorno de la piel)</li> <li><input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide (Hinchazón de las articulaciones)</li> </ul>	<p><b>Extremidades Continuadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad Venosa Periférica (Problema con los vasos sanguíneos de las piernas)</li> <li><input type="checkbox"/> Flebitis (inflamación de las venas de las piernas)</li> <li><input type="checkbox"/> Gota (Dolor en los dedos grandes)</li> </ul>	<p><b>Enfermedad Infecciosa:</b></p> <p>Expuesto a o sido diagnosticado recientemente con... (circule uno)</p> <p><b>C-diff (<i>Clostridium difficile</i>)</b>  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p><b>Hepatitis</b>  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p><b>VIH</b>  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p><b>MRSA</b>  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si circuló SÍ para cualquiera de los anteriores, por favor explique:</p> <hr/> <hr/> <hr/>

## Historial de medicamentos / alergias

¿Está tomando aspirina actualmente?  Sí  No

Por favor enumere todos los MEDICAMENTOS que toma de forma rutinaria (incluida la quimioterapia actual y anterior):

<u>Nombre del Medicamento</u>	<u>Dosis (mg)</u>	<u>Cuántas Veces al Día</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Alergias a los medicamentos:**

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

**Otras alergias:**

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

**Vacunas:**

¿Cuándo fue tu última vacuna contra la gripe? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue tu última vacuna contra la neumonía? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido la vacuna Covid 19? \_\_\_\_\_

## Información Demográfica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial de Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Permisos:**

Casa  Móvil  Trabajo

*Concedo permiso para tener mensajes de voz y/o de texto que puedan contener información de salud personal que queda en los teléfonos seleccionados.*

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado

Ocupación: \_\_\_\_\_  Empleado  Jubilado  Estudiante:  Tiempo completo  Tiempo Parcial

*Para que nuestra práctica de atención médica cumpla con los requisitos de calificación bajo la Ley de Recuperación y Reinversión Americana del 2009, estamos obligados a obtener la siguiente información:*

1. Origen Étnico:  Hispano/a o latino/a  No Hispano  No desea responder
  
2. Raza:  Indio Americano o Nativo de Alaska  Negro o Afroamericano  
 Asiático/a  Blanco/a  Otra Raza  
 Nativo Hawaiano u otros de la Isla del Pacífico  No desean responder
  
3. Idioma:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

## Lista de Farmacia Preferida

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Información Médica

### Médico de Atención Primaria

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Médico de Referencia

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Médicos Adicionales

Cardiólogo:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Podólogo:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Vascular:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Enfermedades Infecciosas:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Especialista de Dolor:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### **Liberación de los Registros:**

Por la presente autorizo a Alpha Wound Care Solutions and Wellness, LLC a revelar mis registros médicos incluyendo información sobre mi estado, tratamiento, imágenes y diagnóstico a los médicos anteriores.

## Información del Seguro

**Seguro Principal:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:     Propio     Cónyuge     Padre     Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

*Si es diferente del paciente:*

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:     Propio     Cónyuge     Padre     Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

*Si es diferente del paciente:*

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Parte Responsable - Persona responsable de recibir los estados financieros.**

Propio

Otros - Por favor complete la información a continuación

Nombre:

\_\_\_\_\_

Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ # de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo a Alpha Wound Care Solutions and Wellness, LLC a divulgar información médica/de salud de:

Nombre completo del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Esta información se dará a conocer a:

Destinatario: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Destinatario: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Destinatario: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he acordado divulgar a la parte antes mencionada puede incluir información clínica sensible obtenida durante las fechas enumeradas a continuación. Estos pueden incluir o no tratamiento de sustancias u otros abusos, VIH, trastornos psiquiátricos, enfermedades de transmisión sexual, etc., a menos que en este caso excepto:

Esta versión incluye todos los documentos creados por Alpha Wound Care Solutions and Wellness, LLC, tales como, pero no limitado a:

- Notas de oficina, gráfico y progreso
  - Informes de ultrasonido
  - Todos los documentos que Alpha Wound Care Solutions and Wellness, LLC ha pedido en su nombre.
- Cubriendo registros de:
- La fecha de su creación por Advanced Wound Institute ya sea en el pasado o en el futuro.

*ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE SER REVOCADA POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO. ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN VIGOR A MENOS QUE SE REVOQUE LO CONTRARIO.*

Firma (Persona que autoriza la liberación): \_\_\_\_\_

Fecha de Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

## Directiva Médica Avanzada y Poder Notarial

¿Tiene una Directiva Médica Anticipada?  Sí  No (Debe marcar uno)

En caso afirmativo, Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene un Poder Médico de Salud?  Sí  No (Debe marcar uno)

En caso afirmativo, Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



# ACUERDO PARA RECIBIR ATENCIÓN DE HERIDAS

Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente Nombre del Proveedor

Entiendo que me están viendo para el tratamiento de cuidado de heridas con el fin de ayudar a la curación de mi(s) herida(s). Se sabe que este tratamiento sólo es eficaz cuando se proporciona de forma regular. Los lapsos en mi tratamiento, como días perdidos o días esporádicos, o el incumplimiento del plan de atención pueden resultar en que esta terapia sea menos efectiva o ineficaz. Por lo tanto, entiendo que para que mi tratamiento valga la pena, es importante que reciba tratamiento según lo programado y siga las instrucciones de tratamiento proporcionadas.

**Servicios de Cuidado de Heridas:** El tratamiento para el cuidado de heridas puede incluir, pero no se limitará al desbridamiento agudo, cambios en el apósito, biopsias, injertos de piel, apagado de carga, terapia de presión negativa y dispositivos de compresión.

**Riesgos/Efectos Secundarios:** Puede incluir, pero no limitarse a: infección, dolor e inflamación continuos, cicatrización potencial, posible daño a los vasos sanguíneos o áreas circundantes como órganos y nervios, sangrado, reacción alérgica a los medicamentos, extracción de tejido sano, curación prolongada o falta de curación.

**Identificación del Paciente e Imágenes de Heridas:** El paciente entiende y consiente que las imágenes (digitales, películas, etc.), puedan ser tomadas del paciente y todas las heridas del paciente con sus características anatómicas circundantes. El paciente acepta además que su médico de referencia u otros médicos tratantes pueden recibir comunicaciones, incluidas estas imágenes, con respecto al plan de tratamiento y los resultados del paciente. Las imágenes se consideran parte del registro médico y serán manejadas de acuerdo con las leyes federales con respecto a la privacidad, seguridad y confidencialidad de dicha información. El paciente entiende que Alpha Wound Care Solutions and Wellness, LLC conservará los derechos de propiedad de estas imágenes, pero que se permitirá al paciente acceder a ellas u obtener copias. El paciente entiende que estas imágenes se almacenarán de una manera segura que protegerá la privacidad y que se conservarán durante el período de tiempo requerido por la ley. El paciente renuncia a cualquier, y todos los derechos a regalías u otra compensación por estas imágenes. Las imágenes que identifiquen al Paciente solo serán publicadas y/o utilizadas fuera de Alpha Wound Care Solutions and Wellness, LLC con previa autorización por escrito del Paciente o representante legal del Paciente.

Acepto ser un participante activo en mi cuidado. \_\_\_\_\_

Firma

Fecha

## Seguros y pagos

Responsabilidad Financiera: Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es en última instancia responsable del pago en su totalidad por todos los servicios médicos que se le proporcionen. Cualquier cargo no pagado por su compañía de seguros será su responsabilidad, excepto lo limitado según nuestro acuerdo de red específico con su compañía de seguros, si dicho acuerdo está en vigor.

Si no tiene seguro médico, o si su seguro médico no pagará por los servicios prestados por nosotros o si nos notifica que no nos comuniquemos o facturemos a su compañía de seguros, se le considera un paciente auto pagado. Sus cargos se basarán en nuestro horario de pago por cuenta propia actual (disponible en nuestra recepción). El pago debe abonarse en su totalidad en el momento del servicio.

Iniciando esta sección, usted reconoce que ha recibido una copia de nuestras Políticas Financieras para revisar.

Iniciales:

Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en: [www.healmywounds.com](http://www.healmywounds.com)

## Notificaciones Adicionales

Aviso de Práctica de Privacidad	
Iniciando esta sección, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Práctica de privacidad que incluye una Declaración de los Derechos del Paciente para revisar. Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en: <a href="http://www.alphawcsw.com">www.alphawcsw.com</a>	Iniciales:
Código de Conducta	
Iniciando esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Declaración del Código de Conducta para revisar. Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en: <a href="http://www.alphawcsw.com">www.alphawcsw.com</a>	Iniciales:
Uso de Medios	
Iniciando esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Declaración Uso de Medios para revisar. Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en: <a href="http://www.alphawcsw.com">www.alphawcsw.com</a>	Iniciales:

Al firmar a continuación, consiente voluntariamente todos los tratamientos médicos y quirúrgicos realizados por Alpha Wound Care Solutions and Wellness, LLC (también consiente servicios de rutina, procedimientos de diagnóstico, tratamiento médico, otros servicios de atención médica considerados necesarios por los proveedores de atención médica que me tratan. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y que el diagnóstico y el tratamiento pueden causar lesiones o incluso la muerte. Entiendo que tengo derecho a dar su consentimiento o a negarme a consentir cualquier cirugía, procedimiento o tratamiento propuesto, y a discutirlo con mi proveedor de atención médica. Entiendo que si un empleado o cualquier individuo asociado con Alpha Wound Care Solutions and Wellness, LLC está expuesto a mi sangre o fluidos corporales, se me hará la prueba de virus de la hepatitis y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

La información de este formulario es precisa hasta donde yo sé.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Representante Legalmente Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente / Represente Legalmente Autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente