

# Registro de pacientes

Today's Date: \_\_\_\_\_



## Información para el paciente:

E-mail del paciente: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Paciente referido por: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ otros (viuda, divorciada, separado) \_\_\_\_\_ Paciente PCP: \_\_\_\_\_

Nombre del Esposo (a): \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

## Informacion de Trabajo:

Nombre del trabajo: \_\_\_\_\_ Direccion de Trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

## Información del seguro:

Nombre del Plan de seguro: \_\_\_\_\_ Numero del Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del titular del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de Trabajo del asegurado: \_\_\_\_\_ Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

## Cada una de las siguientes afirmaciones Lea cuidadosamente y firmar como su autorización, entendimiento y acuerdo para cada declaración.

ASIGNACIÓN y liberación: por la presente asigno mis beneficios de seguro a pagar directamente al médico. También autorizo al médico para liberar cualquier información necesaria para procesar reclamos a mi empleador, el empleador o aseguradora.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ASSIGNMENT de beneficiario de MEDICARE y liberación: solicito pago de beneficios de Medicare autorizados a mí o a mi nombre para cualquiera de los servicios me proporcionada por la Dr. Vidalia Butler-Poku, M.D y o el Dr. George Figueroa, MD. Autorizo a cualquier poseedor de información médica u otro sobre mí para liberar cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o prestaciones de servicios relacionados a Medicare y a sus agentes.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

OBLIGACIÓN financiera: herby reconozco que entiendo que puede haber servicios siempre que no serán cubiertos por mi compañía de seguros y entender que soy totalmente responsable por cualquier y todos los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros. Entiendo que puede solicitar pago en el momento del servicio o puede ser facturado por tales servicios posteriormente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO para el tratamiento: por la presente autorizo al médico, enfermeras, asistentes médicos y personal para llevar a cabo tales exámenes y para administrar medicamentos y tratamiento como lo estimen necesario y conveniente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Directiva avanzada: ¿Tienes una directiva anticipada (Testamento en vida/poder legal)?

NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ Sí, por favor proporcione una copia de nuestros registros.

## COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

¿Nos podemos dejar un mensaje en su buzón de voz o contestador? \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

¿Hay alguien que no sea usted que usted nos autoriza a hablar con en nombre de su atención médica. Si es así, por favor indique nombre y relación:

\_\_\_\_\_  
Por favor escriba nombre

\_\_\_\_\_  
Relacion

¿Tiene otras restricciones de comunicación o autorización que te gustaría conocer? \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Para que es su visita hoy? \_\_\_\_\_ Niene alergias a alguna medicina? \_\_\_\_\_  
 Quien es su doctor primario? \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_  
 Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Localizacion: \_\_\_\_\_  
 Como escuchaste de la oficina? \_\_\_\_\_

**Historia Social**

Ocupacion \_\_\_\_\_  
 Educacion \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: Soltero, Casado, Divorciado, Viudo  
 Vives sola o con otros: \_\_\_\_\_  
 Numero de hijos: \_\_\_\_\_  
 Estas empleada: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Haces Ejercicios: Nunca, Ocasionalmente, Moderado, Laborioso  
 Dieta Especial? \_\_\_\_\_  
 Estres General: Bajo, Mediano, Alto  
 Fumas? \_\_\_\_\_  
 Cuanto fumas? \_\_\_\_\_  
 Desde cuando fumas? \_\_\_\_\_  
 Mascas tabaco? \_\_\_\_\_  
 Alcohol: Nunca, Ocasionalmente, Moderado, Laborioso  
 Cafeína: Nunca, Ocasionalmente, Moderado, Laborioso  
 Drogas Ilícitas \_\_\_\_\_  
 Orientación Sexual: Heterosexual, Homosexual, Bisexual  
 Sexualmente activa: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Usa protection durante el sexo?: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Chequea sus senos todos los meses? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Usas el cinturón de seguridad? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Una transfusion de sangre es aceptable en una emergencia? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Advance Directive? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Plan de parto? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Tiene/Vive con gatos? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Cambio en la familia/situacion social? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Viaja frecuente por avion? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Algun riesgo para la salud? \_\_\_\_\_  
 Tiene exposicion al humo pasivo? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Tiene detectores de humo en la casa? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Antecedentes Ginecológicos**

Ultimo Periodo \_\_\_\_\_  
 Frecuencia \_\_\_\_\_  
 Cuantos dias duras? \_\_\_\_\_  
 Edad a su primer periodo: \_\_\_\_\_  
 Edad a su primer embarazo: \_\_\_\_\_  
 Pildora Anticonceptiva: \_\_\_\_\_  
 Edad de Menopausia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de papanicolao: \_\_\_\_\_  
 Fecha de mamograma: \_\_\_\_\_  
 Localizacion de mamograma: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Obstétricos**

Numero de Embarazos: \_\_\_\_\_  
 Embarazos Completos: \_\_\_\_\_  
 Prematuro: \_\_\_\_\_  
 Aborto Involuntario: \_\_\_\_\_  
 Aborto: \_\_\_\_\_  
 Gemelos: \_\_\_\_\_

**Historia de Cirugias**

**Nombre de la cirugia**

**Fecha de la cirugia**

**Lista de medicamentos que se toma todo los dias**

Nombre de la cirugia	Fecha de la cirugia	Lista de medicamentos que se toma todo los dias
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____