

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 del paciente: _____

Investigación genética e historia de infección

Edad del paciente:

Será de 35 años o mayor al estimado fecha de parto? _____

Talasemia (Italiano, griego, Mediterráneo o fondo asiático): _____

Defecto del tubo neural (Meningomielocelo, espina bífida o anencefalia): _____

Defecto congénito del corazón: _____

Síndrome de Down: _____

Enfermedad de Tay-Sachs (eg., judía, Cajun, franco-canadiense): _____

Enfermedad de Canavan: _____

Enfermedad de células falciformes o rasgo (africano): _____

Hemofilia u otros trastornos de la sangre: _____

Distrofia muscular: _____

Fibrosis quística: _____

Corea de Huntington: _____

Retraso mental/autismo: _____

¿En caso afirmativo, era persona prueba de X frágil?: _____

Otro desorden genético o cromosómico heredado: _____

Trastorno metabólico materno (por ejemplo, la Diabetes tipo 1, PKU): _____

Paciente o padre del bebé tuvo un hijo con defectos de nacimiento no mencionados: _____

La pérdida recurrente del embarazo, o un mortinato: _____

Medicamentos (incluyendo suplementos, vitaminas, hierbas, medicamentos OTC), fármacos ilícitos/recreativos,

En caso afirmativo, agente y fuerza/dosis: _____

Cualquier otra historia genética: _____

Vivir con alguien con tuberculosis o expuesta a la tuberculosis: _____

Paciente o pareja tiene historia de Herpes Genital: _____

Enfermedad Viral o erupción desde el último período Menstrual: _____

Historia de enfermedades de transmisión sexual, gonorrea, clamidia, HPV, sífilis: _____

Otra historia de infección: _____

Historia de varicela: _____

Gatos en el hogar?: _____