



Historia del Paciente

Nombre: _____ Género: Hombre / Mujer

Fecha de Nacimiento: _____ Número del seguro social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Números de Teléfono: (Hogar) _____ (Cel/Trabajo) _____

Correo Electrónico: _____

Cuál es el nombre del doctor que le refirió aquí? _____

Cuáles son los síntomas que lo trajeron a nuestro centro? _____

Cuándo ocurrió primero? _____

Fue herido usted? Sí / No

Si contesta "Sí" especifica cuando y cómo: _____

La Historia médica: (Circule uno)

Diabetes	Sí / No	Glaucoma	Sí / No
Enfermedad del Hígado	Sí / No	Alta presión	Sí / No
Enfermedad renal	Sí / No	Ataquees	Sí / No
Hepatitis	Sí / No	HIV	Sí / No
Enfermedad cardíaca	Sí / No	Paralisis Cerebral	Sí / No

Si contesta "Sí," lista el tipo _____

Historia de Cáncer Sí / No

¿Si contesta "Sí", que tipo de tratamiento para el cancer _____

¿Tiene usted alguna alergia conocida? Sí / No

Si contesta "Sí", lista todas alergias conocidas: _____

Alergia al medio de contraste de yodo? Sí / No

Si , explica la reacción: _____

Esta tomando algun medicamento? Sí / No

Si contesta "Sí", liste todos los medicamentos y cuales ha tomado hoy:



¿Pertenece a visita actual ha tenido usted cualquiera de los exámenes siguientes?

Cat Scan	Sí / No	MRI	Sí / No
Rayo-X	Sí / No	Ultrasonido	Sí / No

Si contesta "sí", cuándo? _____

Dónde? _____

Resultados? _____

Has tenido alguna cirugías? Sí / No (circule uno)

Si contesta "Sí", lista y fecha de todas las cirugías: _____

Pacientes femeninos solamente:

La fecha de último período menstrual: _____

Existe alguna posibilidad que este en cinta? Sí / No Embarazos totales: _____

Aborto? Sí / No Cuántos? _____

Ligación Tubal? Sí / No

Ha tenido una histerectomía? Sí / No

Fueron los ovarios quitados? Sí / No Cuál? _____

Usa un IUD? Sí / No

Usa anticonceptivos? Sí / No

Solo pacientes con aseguranza*:

Nombre de la aseguranza: _____

Nombre del principal en la polisa: _____

Relacion con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguro social: _____

***NOTA: Informacion del principal en la polisa es necesaria para el reclamo a la aseguranza.**



El Registro de Revelaciones del Paciente

En general la regla de privacidad de HIPAA da el derecho de solicitar una restricción en usos y revelaciones de su información protegida de la salud.

EL DIAGNOSTICO SE LE MANDARA VIA FAX AUTOMATICAMENTE A SU DOCTOR

Personas aparte del pasiente y su doctor que son autorizadas a recibir informacion:

Nombre de la Persona / Relación / Organización

Nombre de Contacto de emergencia

Teléfono de Contacto de emergencia

_____ Yo no autorizo la información siguiente a ser revelada a cualquier otros partidos solo yo como el paciente.

Reconozco que la informacion anterior es correcta.

Firma

Fecha