



Información Personal

Nombre del Paciente: _____ Inicial: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social #: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____
Calle Apt # Ciudad/Estado/Zip

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

*Género: Masculino / Femenino *Idioma: Inlges / Español *Estado Civil: Soltero / Casado / Viudo / Divorciado / Separado

Raza/Etnicidad: ___ Blanco ___ Negro/africano-americanos ___ Indio Americano ___ Nativo de Alaska ___ Asiático
___ Nativos de Hawai y de las Islas Del Pacífico ___ hispano/latino ___ Other _____

Ocupación: _____ Jubilado: ___ SÍ ___ NO En: _____

Nombre del empleador: _____ # de Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Informacion de La Parte Responsable Financiera

Nombre del responsable financiero: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social #: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ # de Teléfono: _____

Relación al paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información del seguro medico

Seguro primario: _____ Dirección: _____

Políza #: _____ Grupo #: _____

Nombre Tenedor de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación al paciente: _____

Seguro secundario: _____ Dirección: _____

Políza #: _____ Grupo #: _____

Nombre Tenedor de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación al paciente: _____

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN Y PAGO: POR LA PRESENTE AUTORIZO EL IMS Y SUS FILIALES PARA LIBERAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA EN EL CURSO DE MI EXAMEN O TRATAMIENTO QUE PUEDE INCLUIR, VIH, ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, O INFORMACIÓN SOBRE EL USO INDEBIDO DE DROGAS. TAMBIÉN SE AUTORIZA EL PAGO DIRECTAMENTE A LA OFICINA DE NEGOCIOS DE IMS Y SUS FILIALES PARA LA CIRUGÍA Y/O BENEFICIOS MÉDICOS, si los hubiere, DE LO CONTRARIO PAGAR A MÍ POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. **YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR MI SEGURO. ADEMÁS, YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS GASTOS QUE SE REALICEN EN LA COLECCIÓN DE MI(S) cuenta(S) DE ESTA VISITA, Y TODAS LAS VISITAS FUTURAS CON LA IMS, Y PAGARÁ TODOS LOS GASTOS DEBEN RADICATORIA MI(S) cuenta(S) CON UN SERVICIO DE RECOLECCIÓN. CARGOS POR FINANCIAMIENTO COMENZARÁ A ACUMULAR N CUALQUIER PACIENTE UPAlD RESPONSABILIDAD SALDOS DESPUÉS DE 90 DÍAS.**

PACIENTE/GUARDIÁN FIRMA

FECHA NOMBRE IMPRESO

Firma Del Testigo: _____ **Fecha:** _____

Declaracion de voluntad anticipada

¿Tiene usted un testamento de vida? _____ SÍ _____ NO Copia actualizada: _____ SÍ _____ NO

¿Tiene un poder notarial duradero para la atención de la salud? _____ SÍ _____ NO Copia actualizada: _____ SÍ _____ NO

¿Es usted un donante de órganos? _____ SÍ _____ tarjeta de donante/preveera copia: _____ SÍ _____ NO

Historial médico

Current Past

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthritis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Birth Defect |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bladder/Urinary Problem |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bleeding Disorder |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Broken Bones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chest Pain |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | COPD |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depression |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enphysema |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsy |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fibromyalgia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Goiter |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Headaches |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hearing Impaired |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Attack |

Current Past

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Disease |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hernia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hypertension |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Irritable Bowel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kidney Disease |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lyme Disease |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prostate |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seizures |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skin Disorder |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sleep Disorder |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stomach Ulcer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stroke |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TB |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thyroid Disease |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Valley Fever |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vision Impairment |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Weight Loss/Gain |

Vacunas & Inyecciones

| | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Sarampión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Polio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Paperas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DPT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Rubéola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIB <input type="checkbox"/> |
| Neumonía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Influenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Td | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| PAP/PSA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Colon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Mammo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Historia Quirúrgica

| | | | | |
|--|---------|---------------------------------------|---------|------------|
| Extirpación del apéndice _____ | | Reparación de la hernia _____ | | |
| Reparación ósea _____ | | Cirugía de cadera (círculo) _____ | Derecho | Izquierda |
| Biopsia de mama _____ | | Histerectomía _____ | | |
| Cirugía de cataratas _____ | | Cirugía de la rodilla (círculo) _____ | Derecho | Izquierda |
| Colon Total/Parcial _____ | | La mastectomía (círculo) _____ | Parcial | Modificado |
| Extracción (Colectomía) _____ | | | Total | Radical |
| Dilatación y Curetaje _____ | | Extirpación de la próstata _____ | | |
| Fístula Inserción _____ | | Injerto de piel _____ | | |
| Cirugía del pie (círculo) _____ | Derecho | Extirpación del Bazo _____ | | Izquierda |
| La vesícula biliar Extracción _____ | | Amigdalectomía _____ | | |
| Injerto de derivación cardíaca _____ | | Desbridamiento herida _____ | | |
| Reemplazo de Válvula del Corazón _____ | | Otros _____ | | |

Historia Social

Consumo de Alcohol: Frecuente NUNCA SOCIAL Previo de consumo de alcohol: _____

Consumo de Tabaco: FUMADOR EX FUMADOR NUNCA FUMADO

Tipo: cigarrillos Cigarros Otros: _____ Cantidad y frecuencia: _____

Previo consumo de tabaco: _____ Cantidad previa: _____

Uso de cafeína: Frecuente SOCIAL NUNCA Explicar: _____

Alergias

Desconosco tener alergias a alimentos/ animales: Desconosco alergias a medicamentos/drugas:

Por favor, especifique los alimentos/ animals que es alergico(a): _____

Por favor especifique cualquier medicamento/druga que es alergico(a) : _____

Medicación actual

¿Tiene actualmente una Medi-port? _____ SÍ _____ NO

| | |
|--|---------------------------------------|
| _____ | _____ |
| Medicamento/Frecuencia de dosificación | medicación/Frecuencia de dosificación |
| _____ | _____ |
| Medicamento/Frecuencia de dosificación | medicación/Frecuencia de dosificación |
| _____ | _____ |
| Medicamento/Frecuencia de dosificación | medicación/Frecuencia de dosificación |



Información de Farmacia preferida

Farmacia Nombre: _____ Teléfono #: _____ Fax #: _____

Dirección / Calles principales principales transversales: _____

Ciudad /Estado: _____ Código postal: _____

FARMACIA POR CORREO: _____

Teléfono #: _____ Fax #: _____

Dirección: _____

Ciudad /Estado: _____ Código postal: _____