

Datos Personales

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Inicial 2° nombre: _____ Apellido: _____

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

Domicilio: _____

Calle _____ *Depto. #* _____ *Ciudad/Estado/Zona Postal* _____

Teléfono de hogar: _____ Teléfono laboral: _____

Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Género: M F Idioma: Inglés Español Otro: _____ Estado civil: S C V D O

Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano o Latino Declinar Desconocido

Raza: Blanco Asiático Indígena Americano / Nativo de Alaska Negro/Afroamericano
 Declinar Desconocido Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico

Oficio: _____ Jubilado: _____ SI _____ NO De: _____

Nombre de la Empresa: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Datos del Responsable Financiero

Nombre del responsable financiero: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguro Social: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Relación al paciente: _____

Datos del Seguro Medico

Seguro Primario: _____ Dirección: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación al paciente: _____

Seguro Secundario: _____ Dirección: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación al paciente: _____

Diseminación de Información

La persona que se indica a continuación tiene mi consentimiento para recibir información médica, concerniente al paciente arriba indicado, en persona o por teléfono. Asimismo podrán recoger las recetas necesarias (con la excepción de sustancias controladas), radiografías y formularios de laboratorio.

Nombre

Relación al paciente

Número de teléfono

Autorización para fracturar/pagar: Autorizo a IMS y a sus afiliadas a divulgar cualquier información que se requiera en el transcurso de mi examinación o tratamiento que pudiera incluir VIH, enfermedades contagiosas, o información sobre el abuso de drogas. Asimismo autorizo el pago directo a la oficina administrativa de IMS y sus afiliados por beneficios para servicios quirúrgicos y de salud, de haberlos, que de otra manera fuesen pagaderos a mi favor por servicios prestados. Entiendo que yo soy el responsable financiero por todo cargo no cubierto por mi seguro. Asimismo comprendo que soy responsable por todo cargo incurrido en la cobranza de mi(s) cuenta(s) por la consulta/servicios de hoy, y todas las consultas/servicios futuros con IMS. También seré responsable de los cargos incurridos si mi cuenta(s) fuese trasladada a una agencia de cobro externa. Se acumularan cargos financieras después de 90 días en cualquier saldo impagado que sea responsabilidad del paciente.

Firma del Paciente o guardián

Nombre del paciente

Fecha

Directivas Anticipadas

¿Tiene un testamento en vida? ____ SI ____ NO

¿Entrego una copia?: ____ SI ____ NO

¿Cuenta con poder legal para la atención medica? ____ SI ____ NO

¿Entrego un copia?: ____ SI ____ NO

¿Es donador de órganos? ____ SI ____ NO

¿Entrego copia de su tarjeta de donante? ____ SI ____ NO

Vacunas y Exámenes

Sarampión						
Paperas						
Rubeola						
Neumonía						
Influenza						
Tétanos y Difteria						
Papanicolaou/Antígeno						
Prostático Especifico						
Colon						
Mamografía						

Polio			
Tétanos, Difteria, Tos Ferina Entera			
Hepatitis B			
Haemophilus Influenza tipo B			

Mantenimiento y Promoción de la Salud

Edad

Marque todos los que sean pertinentes :

16-18	Asesoría - hábitos de vida saludables; consumo de tabaco, conducta sexual, cinturones de seguridad, consumo de alcohol, cuidado dental, abuso de sustancias, armas	
	Pruebas - Orina, colesterol, y azúcar sanguínea	
	Examen - soplo cardiaco, presión sanguínea, examen testicular	
18-30	Asesoría - hábitos de vida saludables; consumo de tabaco, conducta sexual, cinturones de seguridad, consumo de alcohol, cuidado dental, abuso de sustancias, armas	
	Pruebas - Orina, colesterol, y azúcar sanguínea	
	Examen - presión sanguínea, frotis de Papanicolaou cada dos años con un examen físico completo	
30-40	Asesoría - hábitos de vida saludables; consumo de tabaco, conducta sexual, cinturones de seguridad, consumo de alcohol, cuidado dental, abuso de sustancias, armas, ejercicio, alimentación, vacuna contra el tétano	
	Pruebas - mamografía inicial, colesterol, análisis de sangre cada tres años	
	Examen - primer examen clínico de mama, frotis de Papanicolaou cada dos años, dos exámenes físicos completos	
40-50	Asesoría - hábitos de vida saludables; consumo de tabaco, conducta sexual, cinturones de seguridad, consumo de alcohol, cuidado dental, revisión para el glaucoma, abuso de sustancias, ejercicio, alimentación, vacuna contra el tétano	
	Pruebas - APE, monografías anuales, colesterol, y análisis de sangre	
	Examen - Cuatro exámenes físicos completos incluyendo frotis de Papanicolaou, examen de la próstata	
50-65	Asesoría - hábitos de vida saludable, consumo de tabaco, conducta sexual, cinturones de seguridad, consumo de alcohol, cuidado dental, revisión para el glaucoma, menopausia, abuso de sustancias, ejercicio, alimentación, vacuna contra el tétano	
	Pruebas - análisis de sangre anualmente, mamografía o APE, colonoscopia cada 3-5 años	
	Examen - Cuatro exámenes físicos completos incluyendo un examen rectal, frotis de Papanicolaou, examen de la próstata	
65+	Asesoría - hábitos de vida saludable, consumo de tabaco, cinturones de seguridad, consumo de alcohol, revisión para el glaucoma, revisión auditiva, depresión, ejercicio, prevención de las caídas	
	Pruebas - mamografía has los 75 años, análisis de sangre anualmente, colonoscopia cada 3-5 años	
	Examen - concluir frotis de Papanicolaou, físico anualmente	
	Otros: vacuna contra la influenza anualmente, vacuna contra la neumonía (una vez), vacuna contra el tétano	

Motivo de su Consulta

Razón principal por la consulta de hoy: _____

¿Cuándo comenzaron los síntomas? _____

¿El problema es resultado de alguna lesión o herida específica? SI NO

La lesión ocurrió debido a; El trabajo: SI NO Accidente automovilístico: SI NO

Fecha de lesión/accidente: _____

¿Recibió tratamiento en una sala de urgencias u hospital?: SI NO ¿en cuál? _____

Indique otros problemas que le gustaría discutir: _____

Historia Médica

Favor de indicar condiciones médicas actuales o antecedentes:

Actual	Antes	
		Anemia
		Artritis
		Asma
		Trastorno Genético/nacimiento
		Vejiga/problemas urinarios
		Coágulos sanguíneos
		Fracturas
		Cáncer
		Dolor de pecho
		Colitis
		EPOC
		Depresión
		Diabetes
		Enfisema
		Epilepsia
		Fibromialgia
		Bocio
		Dolores de cabeza
		Discapacidad auditiva
		Infarto Cardíaco

Actual	Antes	
		Enfermedad Cardíaca
		Hepatitis
		Hernia
		VIH/SIDA
		Hipertensión
		Síndrome de intestino irritable
		Enfermedad Hepática
		Lupus
		Enfermedad de Lyme
		Próstata
		Convulsión
		Trastorno de la piel
		Trastorno del sueño
		Úlcera de estómago
		Apoplejía
		Tuberculosis
		Enfermedad tiroidea
		Fiebre del Valle
		Deficiencias de la vista
		Aumento/Pérdida de peso

Historia Familiar

	Madre	Padre	Abuelo(a)	Hermano(a)	Hijo(a)
Alzheimer					
Artritis					
Asma					
Coágulos sanguíneos					
Cáncer					
EPOC					
Depresión					
Diabetes					
Epilepsia					
Trastorno Genético/nacimiento					
Trastorno GI					
Infarto Cardíaco					
Hipertensión					
Enfermedad Hepática					
Migraña					
Convulsión					
Apoplejía					
Otro					

Historial de Embarazos (Mujeres Solamente)

¿Alguna vez ha estado embarazada? ____ SI ____ NO

Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

	Año	¿Nacido vivo?		Vaginal	Cesárea	Aborto Espontáneo	Aborto	Muerte Fetal
		Si	No					
#1								
#2								
#3								
#4								
#5								
#6								
#7								
#8								
#9								
#10								

Cirugías Anteriores

Apendicetomía	_____	Reparación de hernia	_____
Reparación de Fractura	_____	Cirugía de cadera	<u>Derecho</u> <u>Izquierdo</u>
Biopsia de Seno	_____	Histerectomía	_____
Cirugía del Colon	_____	Cirugía de rodilla	<u>Derecho</u> <u>Izquierdo</u>
Extirpación del Colon	_____	Mastectomía	<u>Parcial</u> <u>Modificada</u>
Dilatación y Legrado	_____		<u>Total</u> <u>Radical</u>
Fistula	_____	Extirpación de la próstata	_____
Cirugía de pie	<u>Derecho</u> <u>Izquierdo</u>	Injerto de piel	_____
Extirpación de la vesícula biliar	_____	Extirpación del bazo	_____
Injerto de derivación coronaria	_____	Amigdalotomía	_____
Reemplazo de válvula cardíaca	_____	Desbridamiento de la herida	_____
Otras Cirugías:	_____		

Historia Social

¿Bebe alcohol?: FRECUENTE SOCIAL NUNCA Antecedentes de abuso del alcohol: _____

¿Consume Tabaco?: ACTUALMENTE ANTERIORMENTE NUNCA

Tipo: Cigarrillos Cigarros Otro: _____ Cantidad actual: _____

Historial de consumo de tabaco: _____ Cantidad anterior: _____

Consumo de cafeína: FRECUENTE SOCIAL NUNCA Explicación: _____

Alergias

No se conoce ninguna alergia a: Alimentos Mascotas/animales Medicamentos/fármacos

Por favor indique alergias alimenticias: _____

Por favor indique alergia a mascotas/animales: _____

Por favor indique alergia a medicamentos/fármacos: _____

Medicamentos

Favor de indicar todos los medicamentos que está tomando actualmente. Incluya antibióticos, fluidificantes de la sangre, insulina, medicinas para el corazón, aspirina, y cualquier otro medicamento sin receta médica, inclusive vitaminas, y suplementos minerales y herbales.

¿Tiene actualmente un reservorio? _____ SI _____ NO

Medicamento/Dosis	Frecuencia	Medicamento/Dosis	Frecuencia
Medicamento/Dosis	Frecuencia	Medicamento/Dosis	Frecuencia
Medicamento/Dosis	Frecuencia	Medicamento/Dosis	Frecuencia
Medicamento/Dosis	Frecuencia	Medicamento/Dosis	Frecuencia

Farmacia de Preferencia

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax #: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax #: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Farmacia de pedidos por correo: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax #: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____