

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ edad _____ fecha de nacimiento _____

Domicilio _____ ciudad _____

estado _____ código postal _____ - _____

Dirección de correo electrónico _____

Número de seguro social _____ número telefónico _____ teléfono celular/pager _____

Empleador _____ ocupación _____ número de trabajo _____

Origen étnico _____ idioma de preferencia _____

Farmacia de preferencia _____ /laboratorio _____

(Márca uno) Casado Divorciado Separado Soltero Viuda

Nombre de su esposo/a o pariente _____ su número telefónico _____

Empleador de su esposo/a o pariente _____ su número de trabajo _____

En caso de emergencia llamar a _____

Relación de usted? _____ número telefónico _____

Nombre del médico quien lo refirió a la oficina _____ número telefónico _____

Nombre de su médico principal _____ número telefónico _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Nombre de seguro médico principal _____

HMO _____ PPO _____ Worker's Comp _____ Private _____ Pre-Authorization _____

Nombre de seguro médico secundario _____

Autorización _____ Número _____

POR FAVOR DE DAR SU TARJETA DE SEGURO MÉDICO A LA RECEPCIONISTA PARA COPIAR

Al firmar abajo, yo reconozco que la información que he dado a Surgical Associates of Monterey Bay, es correcto y la verdad. Por medio del presente autorizo que mis beneficios del seguro médico se paguen directamente al Surgical Associates of Monterey Bay. También autorizo al Surgical Associates of Monterey Bay para que le den a la compañía de seguro médico cualquier información que se requiera para procesar este cobro. Yo también autorizo a Surgical Associates of Monterey Bay que electrónicamente coordine mi historia de medicamentos con los sistemas nacionales de farmacia para el propósito del tratamiento recibido.

Firma _____ Fecha _____

Surgical Associates of Monterey Bay

Información Médica del Paciente

Nombre _____ Número telefónico _____
Fecha _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Altura _____ Peso _____

Historia Médica

Nombre de su médico _____

Nombres de otros médicos que le han tratado _____

Liste todas las enfermedades médicas que ha tenido:

Liste todas las cirugías que ha tenido incluyendo **la fecha y el nombre del hospital:**

Liste todas las medicinas que toma (Incluyendo las que no requieran receta, medicamentos de yerbas y vitaminas):

Es alérgico usted a alguna medicina? No Sí Cual(es)?: _____

Es alérgico a: Huevos? Mariscos? Soya? Latex? No Sí Cual(es)?: _____

Historia Familiar

Liste las edades de los miembros familiares y todos los problemas médicos que han tenido: (diabetes, cancer, enfermedad del corazón)

Madre _____ Hermana(s) _____

Padre _____ Hermano(s) _____

Hijo(s) _____ Hija(s) _____

Historia Social

Empleo? _____

Sí No

Fuma? Cuantos paquetes cada día? _____ Por cuantos años? _____

Toma alcohol? Cuantas bebidas cada semana? _____

Toma café, té, o otra bebida que contiene cafeína? Cuantas bebidas cada día? _____

Sumario de Salud *Alguna vez a tenido...*

Sí No

Ha bajado de peso sin ninguna explicación?

Problemas con los ojos? (glaucoma, cataratas)?

Problemas dentales?

Latido o episodios de entumecimiento?

Infecciones/congestión de la nariz?

Dolor de pecho? Corazón?

Infarto?

Presión del sangre alto?

Otros problemas del corazón?

Un exámen de la función del corazón?

Asma o dificultades de respiro?

Una toz crónica? Falta de respiro en reposo?

Acidez del estómago o reflujo?

Dolor crónico del estómago?

Colonoscopia o enema de bario?

Estreñimiento o diarrea crónica?

Heces fecales negras o sangrientes?

Problemas del hígado o icterico?

Sangre en el orina?

Calculo renal?

Infecciones de la vejiga o los riñones?

Sí No

Problemas con los músculos o coyunturas?

Problemas con la espalda o el cuello?

Problemas de la piel o algún sarpullido?

Problemas/enfermedades de los senos?

Desmayo o episodios de mareado?

Ataques epilépticos?

Dolores de la cabeza crónicos?

Ha visitado un/a psiquiatra?

Tiene diabetes?

Problemas del tiroide or paratiroide?

Hemorragia o problemas de coágulo?

Anemia?

Ha sido expuesto/a a la SIDA o hepatitis?

Debildades del sistema inmune?

Otros problemas medicos _____

Puede estar embarazada hoy? _____

Cuantas veces ha estado embarazada? _____

Bebes _____ "Miscarriages" _____ Abortos _____

Cuantos años tenía con el primer bebe? _____

Amamantó? _____ Por cuantos meses? _____

A que edad empezó a menstruar? _____

Fecha de su última regla? _____

