

REGISTRO DEL PACIENTE

(Si se trata de un reclamo de indemnización laboral, notifíquenos al registrar su ingreso).

Para uso de la oficina solamente. Tabla n.º _____

Este formulario se debe completar antes de la consulta con el médico para garantizar que se obtengan registros precisos de su historia clínica y un compromiso de pago por parte de su compañía de seguros. Los acuerdos de pago se deben concretar al momento del servicio.

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

N.º de seguro social _____ Raza _____ Estado civil S C D V

Sexo M F Transgénero M F Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Correo electrónico _____

¿Cómo supo de nosotros? _____ ¿A qué proveedor vino a ver? _____

Información de contacto de emergencia

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Información del titular de la póliza (si no es el paciente)

Titular de la póliza/nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Parentesco con el paciente _____ N.º de seguro social _____ Sexo M F

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Indique si la información proporcionada corresponde al seguro primario o secundario. La información del seguro médico provista es completa. No poseo otra cobertura de atención médica. _____ Inicial

Médico de atención primaria

Teléfono _____

Derivado por Médico _____ Amigo _____ Sitio web _____

Nombre _____ Teléfono _____

Información del empleo

Empleador _____ Ocupación _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Información de la farmacia

Nombre _____ Teléfono _____

Doy mi permiso para que Surgical Group of North Texas, LLP y cualquier miembro del personal divulguen toda información relacionada con mi historia clínica o mis registros de facturación a las siguientes personas:

Firma _____ Fecha _____

HISTORIA CLÍNICA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Sexo M F Transgénero M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil S C D V

****Indique el motivo por el cual viene al médico hoy.**** _____

¿LE HAN REALIZADO ALGUNA CIRUGÍA PREVIAMENTE? (Marque todas las opciones que correspondan y especifique el año).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía _____ | <input type="checkbox"/> Hernia: <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Umbilical _____ |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de mama _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de cáncer de mama _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de abdomen abierto _____ |
| <input type="checkbox"/> Bypass coronario _____ | <input type="checkbox"/> Extirpación de un ovario: <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho _____ |
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar _____ | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD? (Marque o especifique lo que corresponda).

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca irregular | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

**** ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE SOMETIÓ A LO SIGUIENTE? ****

Año del último Papanicolau: _____ Año de la última mamografía: _____

Año de la última colonoscopia: _____ Año de la última vacuna antigripal: _____

Año de la última vacuna contra la neumonía: _____ ¿Ha viajado recientemente al Caribe, Centroamérica o América del Sur?

Sí No

HISTORIA CLÍNICA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Sexo M F Transgénero M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil S C D V

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? (Marque o especifique lo que corresponda).

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina (81 mg o 325 mg) | <input type="checkbox"/> Coumadin | <input type="checkbox"/> Effient | <input type="checkbox"/> Eliquis |
| <input type="checkbox"/> Plavix | <input type="checkbox"/> Pradaxa | <input type="checkbox"/> Otros anticoagulantes 7. _____ | |
| 1. _____ | 4. _____ | 8. _____ | |
| 2. _____ | 5. _____ | 9. _____ | |
| 3. _____ | 6. _____ | 10. _____ | |

¿PADECE ALGUNA ALERGI A O EFECTO ADVERSO PROVOCADOS POR EL MEDICAMENTO? Sí No

(Especifique a continuación).

HISTORIAL SOCIAL

- Consumo de tabaco Exfumador Sí No _____ paquetes/día _____ años Consumo de otra droga
- Consumo de alcohol Exalcohólico Sí No _____ copas/día _____
- Edad de la primera menstruación _____ Edad del primer parto _____ Premenopáusica Posmenopáusica

¿EXISTEN PROBLEMAS DE SALUD EN SU FAMILIA(ejemplo: padres, hermanos, hijos)? (Marque todas las opciones que correspondan y especifique su relación)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros cánceres _____ | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades _____ |

REVISIÓN DE SISTEMAS

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Sexo M F Transgénero M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil S C D V

¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS? (Marque todas las opciones que correspondan).

CONSTITUTIVO

- Escalofríos Fatiga Letargo Fiebre persistente
 Debilidad Pérdida de peso

OÍDOS, NARIZ, BOCA Y GARGANTA

- Secreción del oído Afonía Pérdida de la audición Dolor en la boca
 Congestión nasal Hemorragia nasal Problemas de sinusitis Dolor de garganta
 Inflamación de la garganta Dolor/inflamación de la lengua Dolor de dientes Cambios en la voz

ENDÓCRINO

- Tolerancia al frío Tolerancia al calor Aumento de la sed Aumento de la producción de orina
 Mal funcionamiento de la tiroides Aumento de peso Pérdida de peso

GASTROINTESTINAL

- Dolor abdominal Anorexia Sangre en las heces Constipación
 Diarrea Dolor al tragar Dolor rectal Reflujo
 Vómitos con sangre

GENITOURINARIO

- Sangre en la orina Evacuación frecuente de la orina Dolor al orinar Dolor testicular
 Inflamación de los testículos Urgencia por orinar Orinar por las noches

CARDÍACO

- Dolor o molestia en el pecho Incapacidad de acostarse horizontalmente Hinchazón de las piernas
 Palpitaciones Dificultad para respirar al esforzarse

PULMONAR

- Tos con sangre Tos seca Dolor al respirar Neumonía
 Tos con expectoración Dificultad para respirar Sibilancia

LOCOMOTOR

- Artritis Dolor de espalda Hinchazón de las extremidades Dolor articular
 Inflamación articular Dolor muscular Dolor de cuello

NEUROLÓGICO

- Problemas en la vejiga Problemas intestinales Confusión Desmayo
 Dolores de cabeza Sensación de mareo leve Adormecimiento Problemas para caminar
 Convulsiones Cambios en la visión Debilidad

PSICOLÓGICO

- Agitación Ansiedad Confusión Depresión
 Alucinaciones Insomnio Estrés

CUTÁNEO

- Escoriación Hematomas Picazón Laceraciones
 Sarpullidos