

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo : _____

Estado Marital: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Sexo: Hombre Mujer

Domicilio: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel # : _____ Cell # : _____

Fecha Nacimiento : _____ Seguro# : _____

Empleo: _____ Teléfono # : _____

Ocupación: _____ Email: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

Responsable de Aseguranza : _____ Fecha Nacimiento: _____

Seguro # : _____ Empleo: _____

Relación a Paciente: _____ Aseguranza : _____

ID # : _____ Grupo # : _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación a paciente: _____

Tel # : _____ Cell or Trabajo # : _____

INFORMACION DE DOCTORES

Doctor de Cabecera: _____ Tel # _____ Fax # _____

Referido Por : _____ Tel # _____ Fax # _____

Consentimiento Para Uso y Revelación de Información Personal

Esta forma autoriza a nuestra oficina para usar y revelar su información médica personal para uso de operaciones médicas, tratamientos y actividad de pagos.

Yo _____, doy mi consentimiento por escrito para que mi información medica personal sea utilizada para los propósitos mencionados arriba.

Y para proteger mi privacidad, Es mi deseo que se me contacte en las siguientes maneras solamente:

(cheque los que apliquen)

- Numero telefónico de Casa
- Numero de Cellular
- Numero de Trabajo
- Comunicación Escrita

Yo autorizo a Yasser Salem, MD Inc. de compartir toda o alguna información pertinente a mi información médica incluyendo tratamientos y resultados a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Asignación de Pago al Doctor

Autorizo pago directo a Yasser Salem, MD Inc. de todos los servicios provistos a mi o mis dependes. Estoy de acuerdo que será mi responsabilidad pagar por cobros en mi cuenta no pagados o cubiertos por mi aseguranza médica, tal como co pays, deductibles, y cargos rechazados. A menos de que un acuerdo anterior que indique diferente se establezca por escrito.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

HISTORIA MEDICA

NOMBRE: _____

Peso: _____ **Altura:** _____ **Edad:** _____

Medicamentos

NOMBRE	RASON

Allergias a medicina: _____

Cirugias Previas

Procedimiento/ Cirugia	Fecha

TOMA ALCOHOL? _____

FUMA CIGARROS? _____

Condiciones Medicas

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Reflujo Acido |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor Muculario | <input type="checkbox"/> Comeson |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Alegrias | <input type="checkbox"/> Nauseas |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Falta de Aliento |
| <input type="checkbox"/> Problemas Urinario | <input type="checkbox"/> Cambio de Peso Abnormal | <input type="checkbox"/> Sangrado Abnormal |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Glandula del Cuello | <input type="checkbox"/> Venas Varicosas |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal | <input type="checkbox"/> Problemas Neurologicos | <input type="checkbox"/> Dolor Abdomenal |

Mujeres Solamente

Hijos: ____

Madre vive:	SI	NO
Padre vive:	SI	NO

Historial Familiar
