



Paquete de información del cliente

Fecha: _____

Sabemos que el papeleo no es divertido, muchas gracias por su tiempo.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono móvil: _____

Fecha de nacimiento: __/__/__ Seguridad Social: __/__/__ Correo electrónico: _____

Estado civil: _____ Nombre del cónyuge: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono o dirección: _____

POR FAVOR CUÉNTENOS - ¿CÓMO SUPO DE NOSOTROS?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Referencia de un médico (Dr. _____) | <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Amigo o familia | <input type="checkbox"/> Libro de cupones de Pearland's Best |
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Nuestro sitio web | <input type="checkbox"/> Publicidad en una revista | <input type="checkbox"/> Otra publicidad |
| <input type="checkbox"/> Por Correo Postal | <input type="checkbox"/> Evento (ej. Senior Fest) | <input type="checkbox"/> Referencia en Sala de Emergencias | <input type="checkbox"/> Condujo por nuestra oficina |
| <input type="checkbox"/> Directorio Telefónico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estado del empleo (Check) Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Retirado Empleado independiente



INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor marque una

- ¿Auto pago? (Sin seguro) ¿Asegurado? (tiene seguro)

Por favor, proporcione una copia de su tarjeta de seguro si aplica.

PARA REGISTROS (USO DE OFICINA)

Ver copia adjunta de la tarjeta de seguro para la información del seguro

Seguro Primario: _____ Número de Póliza: _____

Seguro Secundario: _____ Número de Póliza: _____

Número de Medicaid: _____ Número de Referencia: _____

Médico de Atención Primaria: _____ ¿Ellos lo refirieron? Sí No

INFORMACIÓN DEL HISTORIAL DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sus Síntomas: Marque todos los síntomas que le correspondan – ¡POR FAVOR lea cuidadosamente!

¿Por qué motivo está usted aquí hoy? _____

- Pérdida / Aumento de Peso
- Escalofríos / Fiebre
- Fatiga / Falta de energía

- Mareos
- Insomnio
- Convulsiones
- Dolor de cabeza frecuente

- Tos
- Producción de esputo
- Dolor en el pecho
- Sibilancia

- Piel seca
- Comezón en la piel
- Hepatitis**
- Ictericia
- Transfusión de sangre
- Cirrosis

- Náuseas
- Vómito
- Acidez / Indigestión

- Salivación excesiva
- Pérdida de apetito
- Saciedad en el estómago
- Vómito de sangre
- Calambres abdominales
- Dolor después de comer
- Estreñimiento
- Diarrea
- Cambio en el ancho / diámetro de las heces

- Picazón / dolor rectal
- Hemorroides
- Movimientos intestinales dolorosos
- Heces en forma de listón
- Sangre visible en las heces
- Movimiento intestinal incompleto
- Tiroides baja
- Dolor muscular
- Rigidez de las articulaciones

- Eructos excesivos
- Mal aliento
- Ronquera
- Palpitación del corazón

- Falta de aliento
- Soplo
- Ritmo cardíaco anormal
- Presión arterial alta / Problemas cardíacos**

- Trastornos mentales
 - Depresión
 - Ansiedad

- Olvido
- Despertar inusual temprano en la mañana

- Dolor al orinar
- Micción incompleta
- Micción frecuente
- Problemas de riñón
- Diabetes / problemas de azúcar en la sangre
- Moco / baba en las heces
- Heces oscuras / alquitranadas

- Hinchazón abdominal
- Exceso de gases / hinchazón
- Sequedad de la boca



Muy importante: Por favor responda Sí/No a lo siguiente

Sí No

1. ¿Alguna vez ha tenido problemas de presión arterial o del corazón?
2. Según su conocimiento, ¿tiene alguna alergia a algo? (Si es así, por favor anótelo abajo)

3. ¿Alguna vez ha tenido una operación en su vida? Por favor, explique abajo:

4. Por favor marque si toma algún medicamento, inyecciones o píldoras para lo siguiente:

Corazón Riñones Pulmones Diabetes Ojos Presión alta

5. ¿Usted fuma? (Si es así, ¿Cuántos paquetes al día? _____)

6. ¿Usted toma? (Si es así, ¿qué tan frecuente? _____)

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de seguridad social: _____

Esta documentación se utiliza para que podamos obtener sus registros médicos de su médico actual o anterior. Usted tiene el derecho de rehusarse a firmar; sin embargo, si usted está de acuerdo con las opciones marcadas abajo, por favor firme para que nosotros podamos recibir información de su historial médico de sus otros médicos.

AVISO DE AUTORIZACIÓN

Este documento le autoriza a proporcionar una copia, resumen o narrativa de mi expediente médico según lo indicado por la(s) marca(s) de verificación a continuación o de otra manera dar cualquier información confidencial médicamente relevante.

Registros de atención desde la fecha: _____ hasta _____

Registros de la(s) siguiente(s) condición(es): _____

Otro (por favor especifique): _____

VIH / Sida: Doy mi consentimiento para revelar cualquier resultado positivo o negativo de infección por VIH o SIDA, los anticuerpos por SIDA o infección con cualquier otro agente causante del SIDA con el resto de mis registros médicos.

(x) Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



LIBERAR A

Esta información puede ser revelada a la(s) siguiente(s) persona(s) / entidad:

Dr. N. Meah
109 Parking Way
Lake Jackson, TX
77566
Fax: (979)292-0488

Dr. U. Siddiqui
109 Parking Way
Lake Jackson, TX
77566
Fax: (979)292-0488

Yuni Hwang, AGNP
109 Parking Way
Lake Jackson, TX
77566
Fax: (979)292-0488

Familia / Cónyuge: _____
Otro (por favor rellene si es relevante): _____

Las razones o propósito de esta divulgación de información son los siguientes:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Entiendo que ustedes van a proporcionar esta información dentro de los 15 días desde la recepción de la solicitud y que una tarifa por el suministro de esta información puede ser cargada al paciente solicitante de acuerdo a las resoluciones establecidas por la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Texas.



RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Por favor lea y marque todos los ítems

He llenado el paquete de información

He recibido y revisado mi paquete de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Este documento describe mis derechos como paciente.

He recibido y revisado el Aviso de las Políticas de Privacidad. Este documento describe cómo será usada mi información médica. Comprendo que es mi responsabilidad proporcionarle a este centro médico todas las referencias necesarias.

Yo he autorizado a esta entidad para recibir pagos de beneficios por servicios rendidos a mi persona. Cualquier información médica necesaria para determinar la elegibilidad o pagos de beneficios para procesar mis reclamos puede ser proporcionada. Entiendo que algunos servicios médicos que se consideren necesarios por mi médico no pueden ser considerados necesarios por mi compañía de seguros. En tales casos, es mi responsabilidad proporcionar el pago. Entiendo que algunos de los servicios pueden estar o no en la red.

Doy mi permiso para que este centro me examine y se le permita realizar cualquier prueba física o de laboratorio que se considere necesaria para mi tratamiento.

He leído y comprendo las notificaciones observables en las áreas de pacientes.

Comprendo que si mi médico no se encuentra disponible, será atendido por un enfermero de práctica. Comprendo que los enfermeros de práctica (de aquí en adelante conocidos como NP's) no son médicos y son enfermeros registrados con entrenamiento especial avanzado que les permite funcionar por parte de mi médico. Comprendo que mi NP será observado por mi médico y que consiento a los servicios de un NP o asistente de médico como sea necesario para mis cuidados de la salud.

Comprendo que si así lo deseo, puedo rehusarme a tratamiento y servicios por parte de un enfermero de práctica y programar una cita con mi médico en vez.

Al firmar abajo, yo certifico que he recibido, revisado y comprendo la información leída anteriormente.

Firma de paciente:

Fecha:

Nombre de Representante Legal:

Relación con el Representante:

Este formulario es requerido legalmente, le pedimos disculpas por el papeleo extra.

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Fecha:



¿Actualmente se encuentra bajo una inyección contra la gripe? Sí No

¿Ha tenido su vacuna contra la neumonía en los últimos 5 años? Sí No

Para mujeres únicamente

¿Se encuentra al día con su mamografía? Sí No

¿Tiene problemas de incontinencia urinaria? Sí No

¿Tiene osteoporosis? Sí No

¿Ha tenido exámenes de densidad de hueso? Sí No

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Háblenos de su historial familiar

¿Hijo vivo y sano? Sí No

¿Hijo vivo con problemas? Sí No

¿Hijo fallecido? Sí No

¿Hija viva y sana? Sí No

¿Hija viva con problemas? Sí No

¿Hija fallecida? Sí No

¿Madre viva y sana? Sí No

¿Madre viva con problemas? Sí No

¿Madre fallecida? Sí No

¿Padre vivo y sano? Sí No

¿Padre vivo con problemas? Sí No

¿Padre fallecido? Sí No