

Paquete de información del cliente

Fecha: _____

Sabemos que el papeleo no es divertido, pero muchas gracias por tomar el 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 SUPÓ 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? _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida / Aumento de Peso | <input type="checkbox"/> Salivación excesiva | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos / Fiebre | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Soplo |
| <input type="checkbox"/> Fatiga / Falta de energía | <input type="checkbox"/> Saciedad en el estómago | <input type="checkbox"/> Ritmo cardiaco anormal |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Vómito de sangre | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta / Problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Calambres abdominales | <input type="checkbox"/> Trastornos mentales |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolor después de comer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Olvido |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Despertar inusual temprano en la mañana |
| <input type="checkbox"/> Producción de esputo | <input type="checkbox"/> Cambio en el ancho / diámetro de las heces | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Picazón / dolor rectal | <input type="checkbox"/> Micción incompleta |
| <input type="checkbox"/> Sibilancia | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Micción frecuente |
| <input type="checkbox"/> Piel seca | <input type="checkbox"/> Movimientos intestinales dolorosos | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón |
| <input type="checkbox"/> Comezón en la piel | <input type="checkbox"/> Heces en forma de listón | <input type="checkbox"/> Diabetes / problemas de azúcar en la sangre |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sangre visible en las heces | <input type="checkbox"/> Moco / baba en las heces |
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Movimiento intestinal incompleto | <input type="checkbox"/> Heces oscuras / alquitranadas |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Tiroídes baja | <input type="checkbox"/> Hinchazón abdominal |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Dolor muscular | <input type="checkbox"/> Exceso de gases / hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Nauseas | <input type="checkbox"/> Rigididad de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Sequedad de la boca |
| <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Euctos excesivos | |
| <input type="checkbox"/> Acidez / Indigestión | <input type="checkbox"/> Mal aliento | |
| | <input type="checkbox"/> Ronquera | |
| | <input type="checkbox"/> Palpitación del corazón | |

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 anótelos 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 médica 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.

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Nombre de la farmacia: _____

Ubicación de la farmacia: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS Y DOSIS ACTUALES

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, seré 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 fallecido? Sí No

¿Hija fallecida? Sí No

¿Madre viva con problemas? Sí No

¿Madre fallecida? Sí No

¿Padre vivo con problemas? Sí No

¿Padre fallecido? Sí No