

Imperial Cardiac Center Imperial Valley Family Care Medical Group, APC

Información Del Paciente

DOCTOR _____

FECHA _____

CUENTA DE PACIENTE _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

IMPRIMIR POR FAVOR

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
EDAD	NACIMIENTO	DIRECCIÓN			APT. No.
CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL	SEGURO SOCIAL	
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DE TRABAJO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado			
OCUPACIÓN DEL PACIENTE / EMPLEADOR			NOMBRE DE CÓNYUGE		
PERSONA PANA NOTIFICAR (NOMBRE / DIRECCIÓN DE UN PARIENTE QUE NO VIVA CON USTED)				NUMERO DE TELÉFONO	
QUIEN LO REFIRIÓ?	DIRECCIÓN				

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	SEGURO SOCIAL	RELACIÓN AL PACIENTE	
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NUMERO DE TELÉFONO	TELÉFONO TRABAJO	EMPLEADOR	DIRECCIÓN		
TARJETA VISA	CADUCIDAD	TARJETA MASTER	CADUCIDAD	FIRMA	

SEGURO – POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEQUÍO A LA RECEPCIONISTA

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMERA		DIRECCIÓN			
PÓLIZA O NUMERO DE CERTIFICADO	GRUPO	FECHA EFECTIVA	NOMBRE / NACIMIENTO ASEGURADO		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO SEGUNDA		DIRECCIÓN			
PÓLIZA O NUMERO DE CERTIFICADO	GRUPO	FECHA EFECTIVA	NOMBRE / NACIMIENTO ASEGURADO		

YO CONSIENTO EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA EL CUIDADO DE EL PACIENTE NOMBRADO.

YO AUTORIZO LA ENTREGA DE EXPEDIENTES MEDICOS A EL MEDICO DELA FAMILIA O AL MEDICO REFERIDO Y A MI COMPANIA DE SEGURO SI LO DESEA.

YO TENGO CONOCIMIENTO DE TODOS LOS CARGOS FINANCIEROS OFRECIDOS POR EL MEDICO Y AUTORIZO TRANSFERIR TODAS LAS CANTIDADES NO PAGADAS A MI TARJETA VISA/MASTER DESPUES DE 120 DIAS DESPUES DEL SERVICIO.

YO ENTLENDO QUE LOS PAGOS DE CARGOS OBTENIDOS SON VENCIDOS A LA HORA DE LOS SERVICIOS SI NO SE HAN HECHO ARREGLOS FINANCIEROS ANTES DEL TRATAMIENTO.

YO AUTORIZO ADELANTADAMENTE Y REQUIERO QUE LOS PAGOS DE ASEGURANZA SEAN HECHOS DIRECTAMENTE A IMPERIAL VALLEY FAMILY CARE MEDICAL GROUP, APC.

FIRMA _____

FECHA _____

Imperial Cardiac Center Imperial Valley Family Care Medical Group

INFORMACIÓN PERSONAL

SU NOMBRE:	LA FECHA:
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:
<input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/>	
SU OCUPACIÓN:	¿POR CUANTO TIEMPO?

ENFERMEDADES	SU HISTORIA MEDICA	HERIDAS
ANEMIA <input type="checkbox"/>	CANCER <input type="checkbox"/>	HERIDAS DE LA CABEZA <input type="checkbox"/>
PROBLEMAS DEL CORAZÓN <input type="checkbox"/>	ULCERAS DEL ESTOMAGO <input type="checkbox"/>	HUEZOS QUEBRADOS <input type="checkbox"/>
ALTA PRESIÓN <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES SEXUALES <input type="checkbox"/>	HERIDAS DE LA ESPALDA <input type="checkbox"/>
DIABETES <input type="checkbox"/>	PULMONÍA <input type="checkbox"/>	CIRUGÍAS / OPERACIONES
TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/>	HEPATITIS <input type="checkbox"/>	HERNIA <input type="checkbox"/>
EMBOLIA <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE LOS RIÑONES <input type="checkbox"/>	VESÍCULA <input type="checkbox"/>
ULCERAS DEL ESTOMAGO <input type="checkbox"/>	ASMA <input type="checkbox"/>	HISTERECTOMÍA <input type="checkbox"/>
EL SARAMPIÓN <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE LA ESPALDA <input type="checkbox"/>	APENDECTOMÍA <input type="checkbox"/>
LAS PAPERAS <input type="checkbox"/>	TRANSFUSIONES DE SANGRE <input type="checkbox"/>	PRÓSTATA <input type="checkbox"/>
ARTRITIS <input type="checkbox"/>		OTRO:
DOLORES DE CABEZA (JAQUECAS) <input type="checkbox"/>		

LISTA DE MEDICINAS	MEDICINAS	HABITOS PERSONALES
	ALERGIÁS	FUMA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	PENICILINA <input type="checkbox"/>	TOMA ALCOHOL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	SULFA <input type="checkbox"/>	USA DROGAS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	OTRAS ALERGIAS:	USA CINTURONES DE CARRO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MEDICINAS QUE TOMA QUE NO REQUIERE RECETA:		

HISTORIA DE FAMILIA

PADRE: VIVE - SU SALUD:	MADRE: VIVE - SU SALUD
MUERTO - CAUSA:	MUERTA - CAUSA:
HERMANOS / HERMANAS:	
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EMBOLIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ANEMIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CANCER DE INTESTINOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CANCER DE LOS PECHOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DIABETES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	ALTA PRESIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

JLJ: 04-94 DATA\FORMSHLTH_HXS.DOC

Patient History Questionnaire
(Favor de llenar el otro lado)

SINTOMAS

MARQUE SÍ O NO:

GENERAL			INTESTINOS		
CAMBIO DE PESO	Sí	No	CAMBIO DE APETITO	Sí	No
MORETES O HEMORRAGIAS ANORMALES	Sí	No	DIFICULTADES TRAGANDO	Sí	No
FIEBRE	Sí	No	ARDOR EN EL ESTOMAGO	Sí	No
CABEZA Y NERVIOS			MUCHOS GASES	Sí	No
			NAUSEA	Sí	No
DEPRIMIDO	Sí	No	VOMITO	Sí	No
DIFICULTADES DURMIENDO	Sí	No	VOMITO CON SANGRE	Sí	No
DIFICULTADES DE SU MEMORIA	Sí	No	DIARREA	Sí	No
DOLOR DE CABEZA	Sí	No	ESTREÑIMIENTO	Sí	No
MAREOS O DESMAYOS	Sí	No	HEMORROIDES	Sí	No
ENFERMEDADES O HERIDAS DE LOS OJOS	Sí	No	EXCREMENTO NEGRO O CON SANGRE	Sí	No
PROBLEMAS DE VISTA	Sí	No	ORINARIO		
USA LENTES	Sí	No			
PROBLEMAS DE LOS OIDOS	Sí	No	ORINA FRECUENTEMENTE	Sí	No
RUIDO EN LOS OIDOS	Sí	No	ORINA FRECUENTEMENTE DE NOCHE	Sí	No
SANGRANDO DE LA NARIZ	Sí	No	DOLOR CUANDO ORINA	Sí	No
PROBLEMAS CON ENCÍAS	Sí	No	SANGRE EN LA ORINA	Sí	No
PECHOS			PERDIDA DE LA ORINA	Sí	No
			RELACIONES SEXUALES	Sí	No
BOLAS O QUISTES	Sí	No	USA PROTECCION	Sí	No
DESECHO	Sí	No	PIEL Y HUEZOS		
CORAZON Y PULMONES					
CORTO DE RESPIRACION	Sí	No	DOLOR EN LOS HUEZOS	Sí	No
CORTO DE RESPIRACION CUANDO ACOSTADO	Sí	No	TIEZO O HINCHADO	Sí	No
ASMA	Sí	No	DOLOR O DEBILIDAD EN LOS MUSCULOS	Sí	No
MUCHA TOS	Sí	No	DOLOR O RONCHAS DE PIEL	Sí	No
SANGRE EN LA FLEMA	Sí	No	DOLOR EN LAS PIERNAS	Sí	No
DOLOR DE PECHO	Sí	No	CALAMBRES EN LOS MUSCULOS	Sí	No
PALPITACIONES DEL CORAZON	Sí	No	GYNECOLOGIA		
SIGNATURE / INITIALS OF MD REVIEWING:					
			EDAD CUANDO EMPIEZO A REGLAR	_____	
			PRIMER DIA DE SU ULTIMA REGLA	_____	
			CUANTOS DIAS DURA	_____	
			DOLOR O COLICOS	Sí	No
			NÚMERO DE EMBARAZOS	_____	
			NÚMERO DE ABORTOS	_____	
			NÚMERO DE HIJOS VIVOS	_____	



IMPERIAL VALLEY Family Care Medical Group

AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA USAR O REVELAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Yo, _____, comprendo que **Imperial Valley Family Care Medical Group** está autorizado por mí para que use o revele información médica para otros propósitos distintos al tratamiento, cobro, o el funcionamiento para la atención de mi salud. He leído esta autorización y entiendo cuál información utilizarán o revelarán, quién podrá usar y revelar la información, y a quienes será proporcionada. Yo, específicamente autorizo a cualquier empleado o dueño actual de **Imperial Valley Family Care Medical Group**, o a cualquier otra persona anotada abajo en la lista para revelar mi información médica protegida como se describe en este formato a los receptores anotados abajo. Yo entiendo que cuando la información es usada o proporcionada conforme a esta autorización, ésta puede ser sujeta a volver a ser revelada por quien la recibe y por lo tanto podrá no ser ya información de salud protegida. Entiendo además, que conservo el derecho de revocar esta autorización, siempre y cuando se haga de acuerdo a los siguientes pasos:

Descripción de la información que será usada o revelada (marcar las que apliquen):

- El expediente completo del paciente.
(NOTA : Esto requiere de una explicación de porqué el expediente completo puede ser revelado).
- La información demográfica del paciente. (marcar las que apliquen):
 - Nombre Domicilio Estado/Código Postal únicamente Teléfono
 - Edad Género Raza
 - Otros: _____
- Datos Médicos/Información relacionada a:
 - Enfermedad(es) Específica(s) _____
 - Servicio(s) Profesionales Específicos: _____
 - Medicamento(s) Específicos: _____
 - Otros: _____
- Otros: _____

Nombre(s) o tipo de persona(s) además de los actuales empleados o dueño(s) autorizados por medio de esta forma para usar o revelar la información médica protegida:

Nombre(s) o tipo de persona(s) autorizada(s) por medio de esta forma que pueden usar o revelar la información protegida del paciente:

Propósito(s) de la información:

(Marcar si es aplicable) Esta autorización es para ser utilizada para nuestro propio uso, e **Imperial Valley Family Care Medical Group** no condicionará el tratamiento o el cobro con esta autorización. Mas sin embargo, el paciente tiene el derecho de inspeccionar o copiar la información que será usada o proporcionada y puede rehusarse a firmar esta autorización.

(Marcar si es aplicable) El paciente comprende que **Imperial Valley Family Care Medical Group** puede recibir un beneficio financiero como resultado de revelar esta información debido a

(Marcar si es aplicable) Esta autorización permite a **Imperial Valley Family Care Medical Group** mandar la información médica protegida UNICAMENTE a esta dirección o número de fax:

Cualquier otra dirección o número de fax no está permitida por esta autorización.

El paciente tiene el derecho de revocar esta autorización por escrito, exceptuando hasta el punto en que se hayan tomado medidas confiando en esta autorización o, si es aplicable, durante el período de impugnación. A fin de que la revocación de esta autorización sea vigente, **Imperial Valley Family Care Medical Group** tiene que recibir la revocación por escrito.

La revocación debe incluir:

- Nombre del paciente, dirección, número de cuenta del paciente, si es aplicable.
- La fecha de vigencia de esta autorización, y los receptores de la información médica protegida conforme a esta autorización, y
- La fecha de revocación, y la firma del paciente.

Imperial Valley Family Care Medical Group aceptará revocaciones por escrito de esta autorización vía:

Correo Certificado de E.E.U.U..

Facsímil a este número: _____.

Todas las revocaciones deberán ser enviadas a **Imperial Valley Family Care Medical Group** dirigidas al Oficial de Privacidad, y no tendrán vigencia hasta que sean recibidas por el Oficial de Privacidad.

Esta autorización expirará el _____. Después de esta fecha, **Imperial Valley Family Care Medical Group** no podrá usar o revelar la información médica protegida del paciente sin antes obtener nuevamente una forma de autorización.

Yo entiendo completamente y acepto los términos de esta autorización.

Fecha

Firma del Paciente

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

La autorización es anexada al archivo médico del paciente el _____.

La autorización fue verificada por _____ en _____.