Affiliates of Family Medicine
Forma De Registración

(Por favor imprimir)

Fecha de Hoy	Fecha de primer cita

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del Paciente	Primer Nombre	MI	□ Sr.. □ Sra.	□ Srta. □ Srto.	Status Matrimonial □ Soltero/a □ Casado/a □ Divorciado/a □ Viudo/a

Fecha de Nacimiento _____/_____/_____	Seguro Social # _____-_____-_____	Licencia de Conducir #

Idioma de Preferencia	Raza	Etnicidad

Apellido de Conyuge	Primer Nombre	MI	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento:

Apellido del Responsable de Póliza	Primer Nombre	MI	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento:

Dirección	Número de Teléfono	Número de Celular

Ciudad	Estado	Código Postal	Correo Electrónico

Ocupación/Trabajo	Nombre y Dirección del Empleador	Telefono del Empleador

¿Cómo escuchó de nosotros? □ Dr. □ Compañía de seguros □ Hospital □ Familia/Amigo □ Cerca de Casa o Trabajo □ Otro

Nombre de Farmacia	Teléfono de Farmacia	Nombre de otros miembros de la familia vistos aquí

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o pariente local	Relación con el Paciente	Teléfono #	Teléfono alternativo

AVISO Y CONSENTIMIENTO

Usted tiene el derecho, como paciente, de estar informado sobre su condición y el tratamiento médico recomendado para que usted pueda tomar la decisión de someterse o no al tratamiento o procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta declaración no tiene la intención de asustarlo ni alarmarlo; es simplemente un esfuerzo para que esté mejor informado para que pueda dar o negar su consentimiento para el tratamiento.

- Solicito voluntariamente_____como mi proveedor, y los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica que consideren necesarios para prestar servicios de atención médica primaria.
- Voluntariamente consiento y autorizo que mis servicios de atención médica sean prestados por el proveedor de atención médica mencionada anteriormente.
- Entiendo que mi proveedor puede descubrir otras o diferentes condiciones que requieren procedimientos adicionales o diferentes a los planificados. Autorizo a mi proveedor, y a dichos asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica a realizar cualquier otro tratamiento o procedimiento que sea aconsejable a su juicio profesional.
- Entiendo que no se me ha hecho ninguna garantía en cuanto a los resultados de mi tratamiento o cura.
- Certifico que se me ha explicado completamente este formulario, que lo he leído o me lo han leído, que se han llenado los espacios en blanco y que entiendo su contenido.
- Se me ha dado, o se me dará, la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición(es), el(los) procedimiento(s) que se usará(n) o el tratamiento que se me brindará, y los riesgos y peligros involucrados. Creo que tengo suficiente información para dar consentimiento informado.

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a Affiliates of Family Medicine. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También me autorizo a liberar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

X

Firma de Paciente/Guardián **Fecha de Hoy**

Affiliates of Family Medicine

Cuestionario de Salud Página 1

Por favor complete lo mejor que pueda

¿Es alérgico a algún medicamento? □ Si □ No **Si la respuesta es sí, por favor describa a continuación:**

Nombre del Medicamento	Describa la reacción (i.e. urticaria, sarpullido, etc.)

Por favor, anote todas las medicinas que usted toma (incluya medicamentos de venta en las tiendas, suplementos y anticonceptivos):

Nombre de Medicamento	Dosis/Fuerza	Frecuencia	¿Razón porque?

HISTORIAL MÉDICO: Indique si le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades marcando la casilla.

Enfermedad	✔	Fecha de Diagnóstico	Enfermedad	✔	Fecha de Diagnóstico
Alcoholismo			Epilepsia / Convulsiones		
Alergias (no medicamentos)			Fiebre Reumática		
Alta Presión Sanguínea			Glaucoma / Enfermedad Ocular		
Amigdalitis			Gota		
Anemia			Hepatitis (tipo _____)		
Anorexia / Bulimia			Hernia		
Apendicitis			Infarto Cerebral/ Derrame Cerebral		
Artritis			Infecciones Frecuentes de Pulmón		
Asma			Infecciones Frecuentes de Riñón/ Vejiga		
Atención Psiquiátrica			Migrañas		
Cáncer (tipo _____)			Mononucleosis		
Cataratas			Neumonía		
Colesterol Alto			Paperas/ Mumps		
Dependencia Química			Quistes en los Ovarios		
Depresión/ Ansiedad			Reflujo Esofágico		
Diabetes			Rubéola		
Vesicula Biliar/ Piedras en la Vesícula			Sarampión		
Enfermedad de Transmisión Sexual			Sida/VIH		
Enfermedad del Hígado			Tiroides (tipo _____)		
Enfermedad del Pulmón			Tos Ferina		
Enfermedad/ Insuficiencia Renal			Tuberculosis		
Enfermedades Cardiacas			Úlcera Estomacal		
Enfisema/ EPOC / COPD			Varicela		

HISTORIAL QUIRÚRGICA: Indique cualquier operación, hospitalización o procedimiento que haya tenido con la fecha (MM/AA)

CIRUGIA/ HOSPITALIZACION	FECHA	DESCRIPCIÓN	CIRUGIA/ HOSPITALIZACION	FECHA	DESCRIPCIÓN

Firma de Paciente/Guardian: X_____ **Fecha:**_____

Affiliates of Family Medicine

Cuestionario de Salud Página 2

Por favor complete lo mejor que pueda

HISTORIAL FAMILIAR: Indique si sus parientes consanguíneos han tenido alguno de los siguientes

Enfermedad	Relación	Enfermedad	Relación
Sida/ VIH		Glaucoma/ Enfermedad Ocular	
Artritis		Enfermedades Cardiacas	
Asma		Alta Presión Sanguínea	
Desorden Sangrante		Enfermedad Renal	
Enfermedad gastrointestinal		Enfermedad del Pulmón	
Epilepsia / Convulsiones		Atención Psiquiátrica	
Dependencia Química		Derrame Cerebral	
Depresión/ Ansiedad		Problemas de Tiroides	
Diabetes		Tuberculosis	
Cáncer (tipo _____)		¿Otra enfermedad ?	

HÁBITOS SOCIALES: ¿Ha utilizado alguno de los siguientes?

Substancias	Aplique Uno	¿Cantidad por día?	¿Por cuánto tiempo?	Cuando paro?
Alcohol	□ Si □ No			
Productos de Tabaco	□ Si □ No			
Cafeína	□ Si □ No			
Drogas Clandestinas (tipo _____)	□ Si □ No			

¿Eres Sexualmente activo? □ Si □ No **¿Cuántas parejas has tenido en el último año?**_____

¿Ejerces precauciones de sexo seguro? □ Si □ No **¿Le gustaría información sobre las precauciones de sexo seguro?** □ Si □ No

PREVENTIVO: Indique la última vez que tuvo los siguientes exámenes o vacunas (MM/AA) Dependiendo de la edad.

Examen	Fecha	Resultado?	Vacunas	Fecha
Examen de Colesterol			Tétano, Difteria, y Tos Ferina	
Examen de la vista con Dilatación			Vacuna de Influenza/Gripe	
Colonoscopia			Vacuna del Hepatitis B	
Examen de Tuberculosis			Vacuna de Neumonía	
Stool Occult Blood Testing			Vacuna de la Culebrilla	
Examen de Próstata (Solo Hombres)			Vacuna del Papiloma Humano	
Nivel de PSA (Solo Hombres)				

SOLO PACIENTES FEMENINOS- HISTORIAL GINECOLÓGICOS: Responda las siguientes preguntas solo si aplica para usted.

Examen	Fecha	Resultado	¿Realizado por quien?
Papanicolaou			
Examen de Seno			
Mamograma			
Osteoporosis DEXA Scan			
Examen de STD y HPV			

¿A qué edad inició su ciclo menstrual? _____ **¿Es regular cada mes?** □ Si □ No

¿A qué edad inicio de la menopausia? _____ **Histerectomía?** □ Si □ No **¿Ha tomado terapia de estrógeno?** □ Si □ No

¿Método anticonceptivo preferido? _____ **¿Alguna vez ha tenido un DIU?** □ Si □ No

¿Ligadura de trompas? □ Si □ No **Número de Embarazos** _____ **Número de nacidos vivos** _____ **Cesárea** □ Si □ No

¿Ha tenido algún aborto espontáneo o complicaciones con embarazos o partos? □ Si □ No

Si respondio que si, explique :_____

Firma de Paciente/Guardian_____**Fecha:**_____