



**INFORMACION DEL PACIENTE**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:**    MENOR    SOLTERO    CASADO    DIVORCIADO    VIUDO

NOMBRE DE PADRES/GUARDIAN \_\_\_\_\_  
SSN# \_\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_ LENGUAJE PREFERIDO \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR \_\_\_\_\_ # DE TRABAJO \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18)**

NOMBRE \_\_\_\_\_  
RELACION \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

### Historial del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Dominio de la mano: o Derecho o Izquierdo  
 Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_  
 ? Quien te refirió a nuestra clínica? \_\_\_\_\_  
 ¿Consulta a otros especialistas médicos (es decir, cardiólogo, etc.)? Si es así por favor  
 enumere \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_

Medicamentos/dosis actuales que toman: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cirugías/Fechas anteriores: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Historial de tabaquismo: ¿Fuma? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto al día? \_\_\_\_\_  
 ¿Si es así, cuanto tiempo ha fumado? \_\_\_\_\_  
 ¿Ex fumadores hace cuánto tiempo renunciaste? \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol: ¿No bebes? \_\_\_\_\_  
 Menos de 6 a la semana \_\_\_\_\_ 6 o más a la semana \_\_\_\_\_  
 Tipo de alcohol \_\_\_\_\_

***Historial Médico Personal: ¿Alguna vez ha tenido o tiene ahora?: (Marque Si o No)***

	Si	No		Si	No
1. Dificultad para Respirar			22. Cicatrizacion excesiva/queloide		
3. Asthma			24. Vómitos con sangre/heces negras		
4. Bronquitis cronica			25. Aumento o pérdida de peso reciente		
5. Resfriado/tos frecuente			26. Hemorrhoids		
6. Cardiopatía			27. Hernia		
7. Presion arterial alta o baja			28. Problemas Renales o Nefritis		
8. Sondas/soplos de valvulas cardiacas			29. Miccion dolorosa o con sangre		
9. Problema/enfermedad de los senos			30. Problemas de espalda		
10. Dolor Abdominal			31. Venas Varicosas		
11. Hinchazon de tobillos			32. Coagulos de sangre		
12. Moretones con facilidad			33. Radioterapia		
13. Sangrado excesivo			34. Epilepsia o Convulsiones		
14. Anemia o Enfermedad de Sangre			35. Problemas emocionales/psiquiatricos		
15. Enfermedad de Tiroides			36. Dolores de cabeza frecuentes o severos		
16. Erupcion			37. SIDA o VIH		
17. Diabetes			38. Paralisis facial o entumecimiento		
18. Cancer de Piel			39. Actividad limitada		
19. Arthritis/Problemas en Huezos			40. Problemas de anestesia		
20. Diarrea cronica/Trb intestinal			41. Ampollas de herpes o fiebre		
21. Hepatitis/ictericia			42. Desorden alimenticio		



## INFORMATION Y CONSENTIMIENTO

Se le da a Ud. Información en esta forma de consentimiento para que pueda informarse mejor sobre los servicios de salud que Ud. Recibirá luego que Ude. Este seguro (a) de haber entendido la información sobre los servicios, y si está de acuerdo en recibirlos, debe firmar esta forma indicar que la entiende y consiente a los servicios.

Dr. Jay Blasingame anima a las personas a que busquen su propio médico para exámenes de salud y tratamiento de problemas de salud. Servicios en la clínica son primeramente dirigidas a la prevención de problemas de salud para aquellas personas que no tienen acceso a un médico. La clínica no puede tomar la responsabilidad de pagar por atención médica que Ud. Reciba afuera de esta clínica, incluyendo otros procedimientos de cirugía, a menos que se haya dado previa autorización.

**EXCEPCION DE PRUEBAS PREMINARE:** Entre sus tratamientos la clínica usara pruebas preliminares, las cuales son un método de endentecer a esas personas que se encuentran en riesgo de enfermedades comunes. De esta manera la clínica le puede avisar para que Ud. Busque tratamiento de su propio medico lo más pronto posible. Estas pruebas prestan un valioso servicio al descubrir ciertas enfermedades y es posible que no se edifiquen algunas enfermedades que se buscan. Estas pruebas no se consideran como un examen completo de carácter diagnóstico.

**CONSENTIMIENTO GENERAL:** Doy permiso a la clínica, a sus empleados y otras personas médicas que prestan servicios bajo su patrocinio, para que hagan evaluaciones o exámenes físicos para llevar acabo exámenes de laboratorio o otras pruebas, para dar inyecciones, medicinas, otros tratamientos y prestar otros servicios de salud al paciente nombrado en esta forma.

**CONSENTIMIENTO CONFIRMADO:** Además del consentimiento general dado, entiendo que formas especiales de consentimiento confirmado deben de ser leídas y firmadas. Enfermedades comunicables serán reportadas como es un requisé de la ley sin tener en cuenta el consentimiento del cliente.

**PREGUNTAS:** Certifico que esta forma me ha sido explicada ampliamente o que la forma se me ha leído y que la entiendo. Todos los espacios indicados fueron marcados antes que yo firmara esta forma.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Yo por la presente concederos permiso a la autoridad de Ochiltree Hospital District y el personal médico a realizar tal médico o procedimiento han sido los resultados que puedan ser obtenidos y puesto en libertad tal información contenida en este reporte hacia los médicos atendiendo o médicos de compañía o compañía de aseguranza mientras sea necesario para realizar los reclamos de Hospital. Yo por lo presente autorizo pago directamente a Ochiltree Hospital District de cualquier beneficio mi aseguranza tenga para el Hospital, de otra manera pagable a mí. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos de hospital.



### CUESTIONARIO PARA PACIENTES

1. Enumere los miembros de la familia, u otras personas, si las hay, a quienes podemos informar sobre su condición medica general y su diagnóstico (incluido el tratamiento, el pago y las operaciones de atención medica):



2. Enumere los miembros de la familia u otras personas importantes, si las hay, a quienes podemos informar sobre su afección medica **SOLO EN CASO DE EMERGENCIA:**

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

3. Escriba en letra de imprenta la dirección a la que le gustaría que le enviaran su estado de cuenta y/o correspondencia de nuestra oficina si no es su casa.



4. Escriba en letra de imprenta el número de teléfono al que desea recibir llamadas sobre sus citas, resultados de laboratorio y radiografías, u otra información de atención medica si no es el número de teléfono de su casa.



5. ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales (es decir, recordatorios de citas) en su contestador automático telefónico, correo de voz? ¿O con alguien que conteste el teléfono de su casa?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (tutor si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Guardián \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

