

**South Logan Family Practice
MedNow Clinics**

Hoja De Informacion

Información Del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Direccion: _____ (Ciudad, Estado, Codigo): _____
Seguro social: _____ Sexo: M/F Estado civil: Soltero/ Casado/ Viudo/ Divorciado
Telefono del hogar: _____ Celular: _____ Nombre preferido: _____
Apellido de Soltera: _____ Situacion de empleo: Empleado/ Estudiante tiempo parcial/ Estudiante tiempo completo

Información Sobre el Empleo

Empleo: _____ Ocupacion: _____
Direccion: _____ # de telefono: _____

Información del Seguro Medico

Nombre del asegurado: _____ Relacion al paciente: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ #Seguro social: _____ #de telefono: _____
Compania de seguro medico: _____ #ID: _____ #grupo: _____
Direccion: _____

Información de su Esposo/Esposa

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Direccion: _____ (Ciudad/Estado/Codigo): _____
#Seguro social: _____ Empleo: _____ Telefono del empleador: _____

Persona de Llamar en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion al paciente: _____
Direccion: _____ (Ciudad/Estado/Codigo): _____

¿Cómo fue referido a nuestra oficina?

Por un Abogado Por un Doctor Por un Paciente Otro

Consentimiento para el Tratamiento / Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios

Yo voluntariamente doy consentimiento para recibir servicios de atención médica y de salud que pueden incluir procedimientos de diagnóstico, el examen y el tratamiento. Por este medio cedo, transferir, y establecer a South Logan Family Practice todos mis derechos, títulos e intereses a mi beneficios de reembolso médico en mi póliza de seguro. Esta autorización será válida hasta que un aviso por escrito se da por mí, revocando esta autorización. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos si son o no son cubiertos por el seguro.

Yo declaro que he leído esta forma y entiendo su contenido.

Paciente o persona legalmente autorizado: _____ Fecha: _____

South Logan Family Practice Center

895 S. Logan St.
Denver, Co 80209
(303) 733-3764

Consentimiento formulario para llamar

South Logan a veces necesita llamarle. Con llenar la informacion abajo podemos servirle mejor.

Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento _____

En el esfuerzo para proteger su privacidad:

- *No dejaremos mensajes de información de salud con nadie, excepto el paciente o tutor legal.
- *No dejaremos ninguna información sobre su salud en la maquina de mensajes/correo de voz.
- *No se comunicará con usted por correo

*****ALMENOS*****

Que tengamos su permiso por escrito para hacerlo. Por favor, lea a continuación y considerar cuidadosamente a quién usted quiere tener acceso a su información médica.

Yo, _____ le dare a South Logan Family Practice mi permiso para dejar mensajes en los teléfonos con respecto a mi atención médica con los siguientes. Entiendo completamente que este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito.

(Por favor marque todos los lugares que podemos comunicarnos con usted y/o dejar un mensaje)

Numero del hogar: _____

Numero de celular: _____ Servicio de celular: _____

Esposo/Esposa (Nombre): _____ #: _____

Otros: _____ #: _____

Vía email: _____

Nombre de farmacia? _____ Intersecciones? _____

Si usted no desea ser contactado por teléfono, por favor firme: X _____

(Al seleccionar cualquiera de ningún contacto por teléfono o por correo electrónico se convierte en SU responsabilidad de obtener cualquier y toda la información médica de nuestra oficina)

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

HISTORIA DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ALERGIAS

NINGUNO: _____

MEDICAMENTOS

NINGUNO: _____

¿Qué medicamentos está tomando (incluyendo píldoras anticonceptivas, hierbas, vitaminas, suplementos dietéticos, y sin receta médica)?

CONDICIONES ACTUALES DE LA SALUD

SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD
		Pulso cardíaco irregular			Problemas de la próstata
		Insuficiencia cardíaca congestiva			Gota
		Ataque del corazón			Artritis
		Soplo cardíaco			Enfermedad de la piel, Tipo:
		Fiebre reumática			Derrame cerebral
		Niveles altos de colesterol			Epilepsia / Convulsiones
		La presión arterial alta			Diabetes /Alto de azúcar en la sangre
		Asma			Problemas de la tiroides, alta o baja
		Enfisema/ Bronquitis Crónica			Anemia / bajo en la sangre
		Coágulos de sangre en el pulmón			Problemas de sangrado, Tipo:
		Coágulos de sangre en las piernas			Transfusión de sangre
		Tuberculosis			Ansiedad
		Piedras en la vesícula biliar			Depresión
		Enfermedad hepática, Tipo:			Glaucoma
		Úlceras en el intestino / Estómago			Otros:
		El sangrado de colon			
		Enfermedad de los riñones, Tipo:			
		Piedras en los riñones			

CIRUGÍAS

SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD
		Cirugía de catarata, izquierda o derecha			reemplazo de la articulación de la rodilla/cadera
		Amígdalas			Cirugía de la espalda
		Cirugía de la arteria del cuello			Cirugía de próstata
		Cirugía a corazón abierto/cateterismo			Cirugía de hernia
		Apendectomía			Vasectomía
		Extirpado la vesícula biliar			Histerectomía
		Cirugía abdominal			Otros:
		Reparación de los huesos rotos			
		Cirugía articular			

HISTORIA DE LA FAMILIA

SI	NO	ENFERMEDAD	Relación a Usted	SI	NO	ENFERMEDAD	Relación a Usted
		Ataque del corazón				Problemas de sangrado	
		La presión arterial alta				Anemia falciforme	
		Niveles altos de colesterol				Diabetes /Alto de azúcar	
		Asma				Problemas de la tiroides	
		Tuberculosis				Cáncer, Tipo:	
		Enfermedad hepática				Cáncer, Tipo:	
		Enfermedad de los riñones				Abuso de alcohol	
		Gota/ Artritis				Ansiedad/ Depresión	
		Osteoporosis				Glaucoma	
		Derrame cerebral				Otros:	
		Epilepsia / Convulsiones					

OTRA HISTORIA

Ejercicio: Nunca Rara vez Otro: _____
¿Cuándo fue su última vacuna del: Tétano____, (Nunca)___ / Hepatitis B____,(Nunca)___
Neumonía____,(Nunca)___ Influenza____, (Nunca)___
Fumar:
¿Ha fumado alguna vez? Si No ¿Cuántos años ha fumado?____ ¿Cuándo
dejó de fumar?_____
¿Cuántos paquetes por día fuma ahora?____ ¿Utiliza el tabaco sin humo? Si No

Las siguientes preguntas son muy importantes y confidenciales. Por favor, conteste con precisión.

Alcohol / Drogas:

¿Bebe? Si No ¿Cuánto?_____ ¿Con qué frecuencia?_____
¿Usa usted drogas? Si No ¿Cuánto?_____ ¿Con qué frecuencia?_____ ¿Qué
tipo?_____ ¿Qué drogas ha usado en el
pasado?_____

SÓLO PACIENTES FEMENINO

de embarazos:_____ # de partos:_____ # de abortos electivos:_____ # de abortos
involuntarios:_____

¿Cuándo fue su última menstruación?_____ ¿Qué edad tenía usted cuando pasó por la menopausia?_____

¿Cuándo fue su último Papanicolau?_____ ¿Ha tenido alguna vez un Papanicolau anormal? Si
No

En caso afirmativo, ¿cuándo fue la prueba de Papanicolau anormal?_____

¿Cuál fue la anomalía?_____

¿Qué tipo de tratamiento recibió?_____

¿Cuándo fue su última mamografía?_____ ¿Alguna vez ha tenido un resultado anormal en una mamografía? Si
No

En caso afirmativo, ¿cuándo fue la mamografía?_____

La información anterior es correcta y actualizada a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Paciente/Guardian

Fecha

He revisado la historia anterior.

Iniciales del Doctor

Fecha

South Logan Family Practice Center
895 S. Logan St.
Denver, Co 80209

**Formulario Para La Confirmación Por Escrito
De Haber Recibido Aviso De Las Prácticas De Privacidad.**

Yo _____, he recibido una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad
Nombre Del Paciente
de South Logan Family Practice Center.

Firma del Paciente

Fecha