



Por favor complete el formulario en su totalidad

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ M.I.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Apto. #: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Método preferido de contacto: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Correo electrónico

Dirección de correo electrónico: _____

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero

Número de Seguro Social: _____

Estado civil: ☐ Divorciado(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Otro

Nombre del empleador: _____

Nombre de contacto de emergencia y teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Parte responsable — si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre o tutor que traiga al paciente aparecerá como garante

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Teléfono: _____

Dirección del responsable: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Relación con el paciente: _____

Información adicional (por favor llene todas las secciones a continuación)

Raza (por favor seleccione): ☐ Blanco ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático

☐ Hispano ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

☐ Otro ☐ Rechazar

Etnicidad (por favor seleccione uno): ☐ Hispano o Latino ☐ No es hispano o latino ☐ Rechazar

Idioma preferido (seleccione uno): ☐ Inglés ☐ Español ☐ Bosnio ☐ Ruso ☐ Indio (incluyendo hindi y tamil) ☐ Lengua de señas

Nombre preferido de la farmacia y ubicación: _____

Información de seguros

Seguro Médico Primario	Seguro Médico Secundario
Compañía de seguro: _____	Compañía de seguro: _____
ID de miembro y número de grupo: _____	ID de miembro y número de grupo: _____
Nombre del titular de la póliza: _____	Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento del titular: _____	Fecha de nacimiento del titular: _____
Relación del paciente con el titular: _____	Relación del paciente con el titular: _____

Nombre: _____ Alergias: _____

Por favor, enumere TODOS los medicamentos que está tomando actualmente, recetados y/o de venta libre. Trate de ser lo más específico posible.

Medicación	Dosificación	Vía	Frecuencia

Historial médico personal: (por favor, marque todo lo que se aplica)

TDAH	EPOC/Enfisema	Colesterol alto	Artritis reumatoide
Alcoholismo	Demencia	VIH	Trastorno convulsivo
Alergias estacionales	Depresión	Hepatitis	Apnea del sueño
Anemia	Diabetes: 1 o 2	Síndrome del intestino irritable	Derrame cerebral
Ansiedad	Diverticulitis	Lupus	Trastorno tiroideo
Arritmia (latidos irregulares del corazón)	TVP (coágulo de sangre)	Enfermedad hepática	Colitis ulcerosa
Artritis	ERGE (reflujo ácido)	Degeneración macular	Osteopenia/Osteoporosis
Asma	Glaucoma	Neuropatía	Úlcera péptica
Bipolar	Enfermedad cardíaca	Enfermedad de Parkinson	Psoriasis
Problemas de vejiga / incontinencia	Ataque al corazón (IM)	Enfermedad vascular periférica	Embolia pulmonar (EP)
Problemas de sangrado	Hernia hiatal	Presión arterial alta	Cálculos renales
Cáncer:	Cefaleas	Enfermedad de Crohn	Nefropatía

Otros problemas médicos no mencionados anteriormente:

Historia quirúrgica: por favor, enumere todas las cirugías anteriores y las fechas aproximadas

Historia social / cultural

¿Hay algún problema de visión que afecte su comunicación? ☐ Sí ☐ No

¿Hay algún problema de audición que afecte su comunicación? ☐ Sí ☐ No

¿Hay alguna limitación para entender o seguir instrucciones (escritas o verbales)? ☐ Sí ☐ No

Situación de vida actual (marque todo lo que se aplica): ☐ Hogar unifamiliar ☐ Hogar multigeneracional ☐ Refugio ☐ Sin hogar ☐ Centro de enfermería especializada ☐ Otro:

Consumo de tabaco: ☐ Actual ☐ Pasado ☐ Nunca

Tipo: _____ Cantidad/día: _____ Número de años: _____

Alcohol: ☐ Actual ☐ Pasado ☐ Nunca

Bebidas por semana: _____

Uso recreativo de drogas: ☐ Actual ☐ Pasado ☐ Nunca

Tipo: _____

¿Es usted sexualmente activo? ☐ Sí ☐ No

¿Hay algún problema o preocupación personal en el hogar, el trabajo o la escuela que le gustaría discutir? ☐ Sí ☐ No

¿Hay alguna preocupación cultural o religiosa relacionada con nuestra prestación de atención? ☐ Sí ☐ No

¿Hay algún problema financiero que afecte directamente su capacidad para manejar su salud? ☐ Sí ☐ No

¿Con qué frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita? ☐ Siempre ☐ Por lo general ☐ A veces ☐ Rara vez ☐ Nunca

Comentarios (siéntase libre de comentar sobre cualquier respuesta marcada como "sí" arriba):

Historia familiar

Padre

Vivo: Edad _____	Fallecido: Edad _____			
Alcoholismo	Trastorno bipolar	Depresión	Colesterol alto	Osteoporosis
Anemia	Cáncer:	Diabetes: 1 o 2	Presión arterial alta	Derrame cerebral
Asma	Artritis	EPOC/Enfisema	Demencia	TVP (coágulo de sangre)
Enfermedad cardíaca	Nefropatía	Migrañas	Trastorno tiroideo	Otro:

Madre

Vivo: Edad _____	Fallecido: Edad _____			
Alcoholismo	Trastorno bipolar	Depresión	Colesterol alto	Osteoporosis
Anemia	Cáncer:	Diabetes: 1 o 2	Presión arterial alta	Derrame cerebral
Asma	Artritis	EPOC/Enfisema	Demencia	TVP (coágulo de sangre)
Enfermedad cardíaca	Nefropatía	Migrañas	Trastorno tiroideo	Otro:

Hermanos: _____

Enumere otros proveedores médicos que vea regularmente (ej. cardiólogo, salud mental, nefrólogo, dentista, etc.):

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Formulario de divulgación de información de salud

Por favor, imprima toda la información solicitada, luego firme y feche el formulario en la parte inferior de la página.

Nombre del paciente: _____ **DOB:** _____

Las siguientes personas tienen permiso para cualquier divulgación de mi información personal de salud y autorización para recoger cualquier registro médico relacionado con mi atención médica.

Nombre de la persona autorizada	Relación	Número de teléfono

- Vencimiento o terminación de la autorización: esta autorización permanecerá vigente hasta que usted, su representante personal, u otra persona o entidad legalmente autorizada para hacerlo por orden judicial o por ley, la revoque.
- Derecho a revocar o terminar: usted tiene el derecho de revocar o terminar esta autorización mediante la presentación de una solicitud por escrito en cualquier momento. Esto se puede hacer en persona o enviando una solicitud por correo a la ubicación de su oficina.

Divulgación: no tenemos control sobre la(s) persona(s) que ha indicado como su representante personal. Por lo tanto, su información de salud protegida divulgada bajo esta autorización ya no estará protegida por los requisitos de la Regla de Privacidad y ya no será responsabilidad de esta práctica.

Al firmar a continuación, estoy indicando que he leído la información anterior y reconozco y entiendo completamente el riesgo para mi información de salud protegida.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____

Solicitud de Registros Médicos

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección postal: _____ Correo electrónico: _____

Descripción de la información que se divulgará: Autorizo a la práctica a divulgar toda o parte de mi información de salud individualmente identificable descrita a continuación, la cual puede incluir información relacionada con enfermedades transmisibles como el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH") y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA"), enfermedades mentales (excepto notas de psicoterapia), dependencia química o alcohólica, resultados de pruebas de laboratorio, historial médico, tratamiento o cualquier otra información relacionada. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Además, entiendo que mi atención médica y el pago de la misma no se verán afectados si no firmo este formulario. También entiendo que una copia de esta autorización es tan válida como el original y que el proveedor no puede condicionar el tratamiento a mi decisión de firmar este formulario. Entiendo que si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, por ejemplo, una compañía de seguros o un proveedor de atención médica, la información divulgada puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales y estatales de privacidad. Mi proveedor no puede negarme el tratamiento si no firmo este formulario. Una copia de este formulario es tan válida como el original.

Información a divulgar (seleccione una opción): _____ Expediente completo del paciente ☐ Fecha(s) de tratamiento: De _____ a _____

Si se solicita información de facturación, marque aquí: _____

Motivo de la divulgación: A solicitud del individuo

(DE) La siguiente organización está autorizada a divulgar la información:

Nombre de la persona/entidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

******Autorizo a la entidad identificada anteriormente a divulgar o proporcionar información de salud protegida sobre mí a la persona/entidad que se indica a continuación.

(A) Quién está autorizado a recibir la información:

Nombre de la persona/entidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

****Nota:** Algunos métodos de transmisión por fax y correo electrónico no son seguros, y es posible que su información de salud protegida (PHI) se vea comprometida durante la transmisión desde nuestra práctica. No designe el fax o el correo electrónico como su método preferido si esto le preocupa. Esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha de la misma, a menos que usted especifique lo contrario. Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a la práctica. La revocación será efectiva a partir de la recepción de la notificación por escrito. No tenemos control sobre la(s) persona(s) que usted ha designado para recibir su PHI. Por lo tanto, la PHI divulgada bajo su autorización puede dejar de estar protegida por los requisitos de la Regla de Privacidad y ya no será responsabilidad de la práctica. Se entiende que puede aplicarse una tarifa por la obtención de los registros.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si usted no es el paciente:

*¿Cuál es su relación con el paciente? _____

*Si usted es el representante de decisiones de atención médica del paciente, proporcione un Poder Notarial Médico (Medical Power of Attorney).

*Si el paciente falleció y usted es el representante personal de su patrimonio, adjunte evidencia (por ejemplo, certificado de defunción).