

**INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE
POR FAVOR LETRA IMPRENTA - MAYUSCULAS**

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO _____ FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ EDAD ___

DIRECCION _____ APT# ___ SSN (número de seguro social) ___-___-___

CIUDAD _____ ESTADO ___ CODIGO POSTAL _____ TELEFONO DOMICILIO (____) _____

TELEFONO ALTERNO (____) _____ DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ OCUPACION _____

DIRECCION DEL TRABAJO _____ CIUDAD _____ ESTADO ___ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO TRABAJO (____) _____ EXT _____ ESTATUS MARITAL: SOLTERO CASADO VIUDO

GENERO: HOMBRE MUJER

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ TELEFONO _____

DIA QUE SINTOMAS EMPEZARON ___/___/___ COMO ESCUCHO SOBRE NOSOTROS? _____

MEDICO DE CABECERA/PRINCIPAL _____ TELEFONO _____

INFORMACION DE RECLAMO

ES SU CONDICION DEBIDO A: UN ACCIDENTE DE AUTO LESION PERSONAL LESION LABORAL OTRA

TIPO DE RECLAMO: EFECTIVO GROUP HEALTH INS (seguro "group health") LESION PERSONAL WORKER'S COMP (compensación laboral) MEDICARE

YO ESTARE PAGANDO: EFECTIVO CHEQUE VISA MASTERCARD AMEX DISCOVER OTHER

INFORMACION DEL SEGURO

RELACION CON EL ASEGURADO? USTED MISMO CONYUGE OTRA HIJO/A CONYUGE: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL ASEGURADO: EL MISMO QUE ARRIBA _____

SSN DEL ASEGURADO: MISMO QUE ARRIBA SSN ___-___-___

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: EL MISMO QUE ARRIBA ___/___/___

SEGURO PRIMARIO COMPANIA _____ DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO ___ CODIGO POSTAL _____ TELEFONO _____

NUMERO DE POLIZA _____ NUMERO DE GRUPO _____

SEGURO SECUNDARIO COMPANIA _____ DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO ___ CODIGO POSTAL _____ TELEFONO _____

NUMERO DE POLIZA _____ NUMERO DE GRUPO _____

AUTORIZACIONES

- A. Autorizo por este medio la entrega de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo y solicitar el pago de los beneficios del seguro a mi persona o a la parte que acepta la asignación.
- B. Autorizo el pago de cualquier beneficio médico proveniente de terceras partes por beneficios presentados en mi reclamo sean pagados directamente a esta oficina. Autorizo el pago directo a esta oficina de cualquier suma de dinero adeudado ahora o más adelante por mi abogado, sobre recuperaciones monetarias de cualquier liquidación en mi caso y por cualquier compañía de seguros obligada contractualmente a realizar pagos hacia mi persona o basados en cargos presentados por productos o servicios prestados.
- C. Entiendo y acuerdo que las políticas de salud y accidentes son un arreglo entre un portador de seguro y mi persona. Además, entiendo que esta oficina preparará cualquier reporte y formularios necesarios para asistirme en la recuperación monetarias de la compañía de seguros y que cualquier monto autorizado a ser pagado directamente a esta oficina será acreditada a mi cuenta una vez recibido. Sin embargo, entiendo claramente y acuerdo que todos los servicios prestados a mi persona están cargados directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago de éstos.

Firma del Paciente/ Tutor: _____ Día: _____

Paciente _____ Fecha Nac.: _____ Día Lesión: _____ Día: _____

Principal malestar (molestia o queja)

Qué lo trae a Usted al consultorio? _____

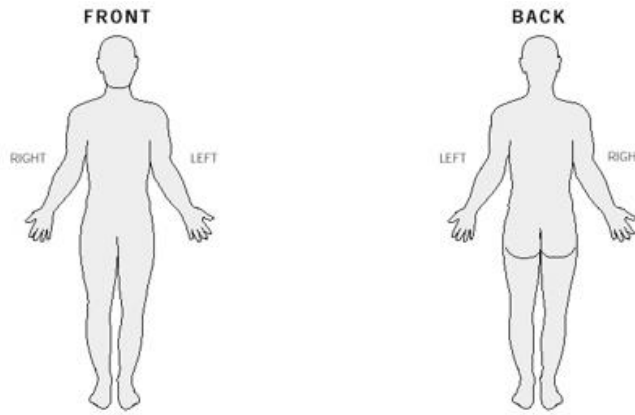
Actual Enfermedad

Comienzo:Cuál fue el día de su lesión? O cuando usted hizo consciencia de los síntomas? _____

Mecanismo:Cómo ocurrió la lesión? _____

Frecuencia: Ha tenido este dolor antes? Sí o No, Describir _____

Ubicación: Marque las áreas en el diagrama donde Usted siente inconformidad.



Radiación: Los síntomas permanecen en los brazos o piernas? Sí No

Calidad: Describa el tipo de dolor.

- Agudo Tirante Latiendo Estirando Embotado Dolorido
- Quema Hormigueo Amortiguado Calambre Hinchado Otro

Severidad: Por favor marque una línea en la escala describiendo su nivel de molestia. Si usted esta describiendo más de un síntoma, señale el nivel de dolor por cada síntoma.

No Dolor | _____ | Peor dolor posible (más fuerte)

Duración/Frec: Cuánto dura el síntoma? _____ Que tan a menudo usted experimenta este síntoma? _____

Temporal: Su dolor más fuerte sucede durante algún momento en el día o noche? _____

Provocativo: Que actividades o condiciones parecen empeorar su peor síntoma? _____

Paliativo: Qué lo hace sentir mejor? _____

Otro proveedor: Nombre y teléfono de cualquier profesional de salud quien lo haya estado viendo por esta condición. Incluyendo rayos X (X-rays)/ Imágenes de Resonancia Magnética (MRI)

--	--

Paciente _____ Fecha Nac.: _____ Día Lesión: _____ Día: _____

Historial Médico

Por favor marque un círculo para indicar si usted ha tenido cualquiera de los siguientes:

SIDA/HIV	Cáncer	Gota	Esclerosis múltiple	Ataque
Alcoholismo	Cataratas	Enfermedad del Corazón	Paperas	Intento de suicidio
Anemia	Varicela	Hepatitis	Osteoporosis	Problemas de Tiroides
Anorexia	Diabetes	Hernia	Marcapasos	Amigdalitis
Apendicitis	Abuso de drogas	Herpes	Neumonía	Tuberculosis
Artritis	Enfisema pulmonar	Colesterol alto	Polio	Tumores
Asma	Epilepsia	Enfermedad del Riñón	Problema de Próstata	Ulceras
Desordenes de Sangre	Fracturas	Enfermedad del Hígado	Cuidado Psiquiátrico	Infecciones Vaginales
Tumor/nudo mamario	Glaucoma	Sarampión	Artritis Reumática	Enfermedades Venéreas
Bronquitis	Bocio	Migrañas	Fiebre Reumática	Tos ferina
Bulimia	Gonorrea	Mononucleosis infecciosa	Fiebre Escarlatina	Otro

Cirugías

Descripción

Día

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicaciones

Alergias

Vitaminas/Hierbas/Minerales

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia Familiar

Por favor haga un círculo si usted tiene miembros (inmediatos) en su familia que han tenido cualquiera de los siguientes:

Enfisema pulmonar	Diabetes	Estomago	Enfermedad Mental	Osteoporosis
Dolor de cabeza	Problemas de Circulación	Ulceras	Alcoholismo	Enfermedad del Hígado
Enfermedad del Corazón	SIDA/HIV	Problemas de Espalda	Artritis	Cáncer
Presión Alta de Sangre	Asimiento-Convulsiones	Enfermedad del Riñón	Ataque	Enfermedad de Tiroides

Cual fue la causa de muerte? _____

Actividades Diarias

Por favor clasifique la dificultad en realizar las siguientes actividades. (0 No dificultad - 5 no lo puedo hacer debido al dolor)

Dificultades con cuidado del uno mismo e higiene personal	0	1	2	3	4	5
Dificultades con actividades físicas (pararse/sentarse/dormir)	0	1	2	3	4	5
Dificultades con actividades funcionales (levantar/empujar)	0	1	2	3	4	5
Dificultades con actividades sociales o recreacionales	0	1	2	3	4	5
Dificultades con viajar (conducir/volar)	0	1	2	3	4	5

Por favor clasifique como su condicion ha afectado sus sentidos. (0 Ningún Cambio – 5 Capacidad Perdida)

Dificultad con diversas formas de comunicación (lectura/escritura)	0	1	2	3	4	5
Dificultad con los sentidos (olor/tacto/gusto/oido/visión)	0	1	2	3	4	5
Dificultad con la función de la mano (agarrar)	0	1	2	3	4	5
Dificultad con sueño y función sexual	0	1	2	3	4	5

Revisión de Sistemas

Paciente _____ Fecha Nac.: _____ Día Lesión: _____ Día: _____

Usted tiene o ha tenido:

- Cualquier cambio generalizado en salud como debilidad, fatiga, fiebre, escalofríos, sudor en la noche, desmayos, cambios en el patrón del sueño, perdida inexplicada de peso, aumento inexplicado de peso u otros?
Sí O No Si es sí, por favor explicar _____
- Cualquier problema de piel como erupciones, picazón, sequedad, llaga o ulcera, cambios en color, cambios de lunares, cambios en cabello, cambios en uñas u otros? ¿cambios en topos, cambios en pelos, cambios en uñas u otros?
Sí O No Si es sí, por favor explicar _____
- Cualquiera problema con ojos, oído, nariz, garganta tales como visión borrosa, visión doble, dolor de ojo, pérdida de cabello, sonido agudo en el oído, vértigo, sinusitis, perdida del olfato, ronquido, dificultad al tragar u otros?
Sí O No Si es sí, por favor explicar _____
- Cualquier problema del corazón tal como murmullos, palpitaciones, latidos rápidos, hinchazón extrema, dolor en el pecho, extremidades frías, presión alta/baja de sangre u otros?
Sí O No Si es sí, por favor explicar _____
- Cualquier problema pulmonar como tos, flema, falta de respiración, dificultad al respirar, resollar, congestión, toser sangre u otros?
Sí O No Si es sí, por favor explicar _____
- Cualquier problema gastrointestinal como dolor de estómago, nausea, vómito, diarrea gases, estreñimiento, sangrado rectal, cambios de apetito/sed, cambio en el flujo de vientre u otros?
Sí O No Si es sí, por favor explicar _____
- Cualquier problema genitourinario como orina dolorosa, sangre en la orina, irritación frecuente, incontinencia, urgencia, cambios de apariencia u otros?
Sí O No Si es sí, por favor explicar _____
- Cualquier problema músculo esquelético (músculo – óseo) como dolor muscular, debilidad muscular, tembladera, dolores, hinchazón, calentura u otros?
Sí O No Si es sí, por favor explicar _____
- Cualquier problema neurológico como entumecimiento, zumbando, debilidad, parálisis, pérdida de memoria, pérdida de la sensación, dificultad de coordinación, dificultad con discursos u otros?
Sí O No Si es sí, por favor explicar _____
- Cualquier problema psiquiátrico como depresión, ansiedad, alucinación, adicción a drogas, pensamientos suicidas, dificultar para dormir o otros?
Sí O No Si es sí, por favor explicar _____
- Cualquier problema de glándula endocrina ría como intolerancia severa al calor o frío, cambios de sed, excesivo sudor u otros?
Sí O No Si es sí, por favor explicar _____
- Cualquier problema hematológico como anemia, diabetes, hepatitis, enfermedad auto inmunitaria u otros?
Sí O No Si es sí, por favor explicar _____

Existe algo más que su doctor debería conocer sobre su historial médico?