



Datos demográficos: Por favor, rellene completamente
Cada página es ANVERSO Y REVERSO

primer nombre: _____ **Apellido:** _____
Fecha de nacimiento: _____ **Seguro social:** _____

Sexo: (circunferencia) Macho Macha

Origen étnico (circunferencia) Caucasian African American Arabic Hispanic Asian Other

Información de la dirección:

Dirección Física: _____
ciudad: _____ **estado:** _____ **codigo postal:** _____

Teléfono: Teléfono residencial: _____ Celular: _____

¿Está bien dejar un mensaje en el teléfono de tu casa? Yes No

¿En tu celular? Yes No

¿Consentimiento para enviar mensajes de texto? Yes No

Dirección de correo electrónico: _____

Información de empleoion:

Empleador: _____

Ocupación: _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Farmacia preferida: _____ **Ubicación (cruce de calles):** _____

Contacto de emergencia: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

Médico remitente: _____ **Médico de atención primaria:** _____

Información sobre el seguro:

Compañía de seguros: _____ **Política #:** _____

Grupo #: _____ **Nombre del titular de la póliza:** _____

Cumpleaños del titular de la póliza: _____

Titular de la póliza Social: _____

Relación: _____

Por favor, complete el anverso y el reverso de cada página

Historia social:

Estado civil (circunferencia) Solo/a Casado Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Tabaco (circunferencia) Actual Anterior Nunca

Si es actual o anterior: Número de cigarrillos por día: _____

Número de años fumado: _____

Alcohol (circunferencia) Actual Anterior Nunca

Si es actual o anterior: Número de bebidas por día/semana: _____ Tipo: _____

Drogas ilícitas o recreativas (circunferencia) Actual Anterior Nunca

Si es actual o anterior: Tipo de droga: _____

Número de años utilizados : _____

Su historial médico:*Encierre en un círculo sí o no*

Anemia	Si	No	Enfermedad cardíaca	Si	No
Trastorno de ansiedad	Si	No	Hepatitis	Si	No
Artritis	Si	No	Colesterol alto	Si	No
Asma	Si	No	Hipertensión	Si	No
Enfermedad autoinmune	Si	No	Nefropatía	Si	No
Trastorno hemorrágico	Si	No	Cálculos renales	Si	No
Transfusión de sangre	Si	No	Enfermedad hepática	Si	No
Bronquitis	Si	No	Obesidad mórbida	Si	No
EPOC	Si	No	Apnea obstructiva del sueño	Si	No
Cáncer	Si	No	Trastorno psiquiátrico	Si	No
Enfermedad de las arterias coronarias	Si	No	Embolia pulmonar	Si	No
Trombosis venosa profunda	Si	No	Reflujo/ERGE	Si	No
Depresión	Si	No	Convulsiones/Epilepsia	Si	No
Diabetes	Si	No	Enfermedad estomacal/intestinal	Si	No
Diverticulitis	Si	No	Golpe	Si	No
Enfermedades oculares	Si	No	Enfermedad de la tiroides	Si	No
Gota	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Cefaleas	Si	No			

Antecedentes quirúrgicos

Haga una lista de las cirugías a las que se haya sometido y la fecha aproximada. Ejemplo: amigdalectomía, apendicectomía, extirpación de la vesícula biliar, ligadura de trompas, cirugía/biopsia de mama, laparoscopia.

Historia familiar: Encierre en un círculo sí o no

Relación familiar con usted

Artritis	Si	No	_____
Asma	Si	No	_____
Trastornos hemorrágicos	Si	No	_____
Pulmón crónico Enfermedad	Si	No	_____
Depresión	Si	No	_____
Diabetes mellitus	Si	No	_____
GERD	Si	No	_____
Enfermedad cardíaca	Si	No	_____
Presión arterial alta	Si	No	_____
Enfermedad mental	Si	No	_____
Obesidad	Si	No	_____
Apnea del sueño	Si	No	_____
Golpe	Si	No	_____

Cáncer

Seno	Si	No	_____
Colon	Si	No	_____
Ovario	Si	No	_____

Medicamentos actuales: (Si tiene una lista, le haremos una copia)

Nombre	Dosificación	¿Con qué frecuencia Tómalo?	¿Cuándo empezaste?

Alergias

Nombre	Tipo de reacción

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Nuestro compromiso aquí en United Surgical Associates es servir a nuestros pacientes con profesionalismo y cuidado, asegurándonos en todo momento de proteger la privacidad y seguridad de toda la información médica protegida.

Durante el transcurso de servir a sus intereses, puede ser necesario compartir información con otros proveedores de atención médica o compañías de seguros. Los siguientes son ejemplos de casos en los que se puede compartir información.

Para adquirir o enviar registros médicos, reclamos de compensación laboral y para que se envíe información a su médico remitente.

United Surgical Associates se compromete a obedecer todas las leyes y regulaciones federales, estatales y locales con respecto a las prácticas de privacidad. Si surgen otros fines o solicitudes, la información solo se divulgará mediante autorización por escrito de la persona en cuestión o poder notarial autorizado.

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

***NO autorizo al médico, ni a ninguna persona asociada con su grupo, a discutir mi condición médica, tratamiento o resultados de pruebas con nadie que no sea yo.**

***Autorizo al médico, o a cualquier persona asociada con su grupo médico, a discutir mi condición médica, tratamiento y resultados de pruebas con las siguientes personas.**

Nombre	Teléfono	Relación
---------------	-----------------	-----------------

Nombre	Teléfono	Relación
---------------	-----------------	-----------------

Nombre	Teléfono	Relación
---------------	-----------------	-----------------

Firma del paciente o representante legal	Fecha
---	--------------

Nombre en letra de imprenta del paciente/representante legal	Relación
---	-----------------

Por favor, complete el anverso y el reverso de cada página