



PACIENTE FORMULARIO DE INFORMACION

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:			
MRN:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:			
Direccion 1:					
Direccion 2:					
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:			
# de Telefono:	# Telefono del Trabajo:	# de Telefono Celular:	Correo electronic:		
Método preferido de contacto:	<input type="checkbox"/> # de Telefono	<input type="checkbox"/> # de Telefono Celular	<input type="checkbox"/> # Telefono del Trabajo	<input type="checkbox"/> Correo electronic	<input type="checkbox"/> Correo
Método recomendado:	<input type="checkbox"/> Correo	<input type="checkbox"/> Electrónico	Idioma preferido:		
Raza:	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano / Otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco / caucásico
¿Eres:	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> No hispano	Médico que lo referio: _____		

Información de el partido responsable

Apellido:	Primer Nombre:	
Relación del paciente a la parte responsable:	Telefono:	
Direccion 1:		
Direccion 2:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

Información de seguro primario

¿Usted o su esposo (a) estan trabajando?:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Si, la respuesta es si, Quien?
Nombre de el seguro primario:	Nombre del plan:		
Direccion:			
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
# de Poliza:	#de Grupo:	Fecha de Nacimiento:	
Nombre de la persona Asegurada:	Sexo:		
Direccion de la persona Asegurada:			
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Parentesco con el paciente:			

Información de seguro secundario

¿Usted o su esposo (a) estan trabajando?:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Si, la respuesta es si, Quien?
Nombre de el seguro primario:	Nombre del plan:		
Direccion:			
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
# de Poliza:	#de Grupo:	Fecha de Nacimiento:	
Nombre de la persona Asegurada:	Sexo:		
Direccion de la persona Asegurada:			
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Parentesco con el paciente:			

INFORMACION MEDICA

¿Es la visita relacionada a un accidente de auto? Si No

¿Es la visita relacionada a una lastimadura sufrida en el trabajo? Si No

¿Fecha de la lastimadura?: _____/_____/_____ Height: _____ ft. _____ in. Weight: _____

Usted Fuma?:

todos los días algunos días nunca ha fumado Fumador, estado actual desconocido Ex fumador Desconocido

Medicamentos actuales: ninguno

<input type="checkbox"/> ActoPlus Med	<input type="checkbox"/> Fortamet	<input type="checkbox"/> Glyburid Met	<input type="checkbox"/> Metaglip
<input type="checkbox"/> Avandamet	<input type="checkbox"/> Glucophage	<input type="checkbox"/> Glycomet	<input type="checkbox"/> Metformin
<input type="checkbox"/> Diabex	<input type="checkbox"/> Glucovance	<input type="checkbox"/> Janumet	<input type="checkbox"/> PrandiMet
<input type="checkbox"/> Diafomin	<input type="checkbox"/> Glumetza	<input type="checkbox"/> Kombiglzexr	<input type="checkbox"/> Riomet (forma líquida de Metformin)

Historia clínica: ninguno

<input type="checkbox"/> pinzas aneurisma / bobina	<input type="checkbox"/> Implantes de seno	<input type="checkbox"/> Bomba de insulín	<input type="checkbox"/> Paraplegico
<input type="checkbox"/> Cirugia de aneurisma	<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> Metal en el cuerpo	<input type="checkbox"/> Reacción a contraste de tomografía
<input type="checkbox"/> Aneurisma sin cirugía	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bomba de morfina	<input type="checkbox"/> Reacción a contraste de MRI
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal

Alergias: ninguno

<input type="checkbox"/> Cinta adhesiva	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Picadura de abeja	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Lidocaína / Novacaine	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Betadine (Yodo tópico)	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Moho	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Contraste (Imágenes Medicas)	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> cacahuete o otras nueces	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Perro, Gato, o Animal	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Polvo	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Alcohol isopropílico	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Fruta	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Hierba / Polen	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Sulfonamide	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa

Las reacciones alérgicas leves incluyen comezon, congestión nasal, ronchas y ojos llorosos.

Reacciones alérgicas moderadas incluyen presión en el pecho, diarrea, calambres, dificultad para pasar saliva , mareos, dolores de cabeza, enrojecimiento de la cara, náuseas, vómitos, palpitaciones, hinchazón de la cara / ojos / lengua, debilidad y pérdida del conocimiento.

Reacción alérgica grave es shock anafiláctico.

A nuestros pacientes femeninos

Algunos procedimientos de radiología están contraindicados (no recomendados) para pacientes que puedan estar embarazadas. Si usted esta embarazada o puede estar embarazada notifique a uno de nuestros miembros de equipo.

Firma

Fecha

Fecha de última menstruación: _____/_____/_____

Autorización y Acuerdo

Yo autorizo y dirigio a mi compañía de seguros que pagen directamente a este proveedor de servicios médicos cualquiera beneficio debido bajo mi plan de seguro. Estoy de acuerdo en pagar el saldo de los cargos no pagados bajo mi plan. También autorizo este proveedor para utilizar, divulgar u obtener cualquiera de mi información personal de salud para el tratamiento y pago. Si, no estoy asegurado entiendo que soy totalmente responsable de todos los cargos.

Firma del paciente o representante personal, para Denise Test

Fecha