

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DE VISITAS				
Médico o proveedor al que desea acudir:				
Motivo de la visita:		¿Esta cita se relaciona con una lesión de indemnización por accidente laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta cita se relaciona con un accidente de tráfico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido:		Primer nombre (legal):		Nombre utilizado:
Inicial del segundo nombre:	Nombre anterior:	Sexo legal: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro Social:
CONTACTO				
Dirección:		Código postal:	Ciudad:	Estado:
Teléfono de la casa:		Celular:	Consentimiento para llamar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Consentimiento para enviar mensajes de texto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del trabajo:
Correo electrónico:		<input type="checkbox"/> Sin dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/> Prefiero no compartir la dirección	Preferencia de contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
CONTACTO DE EMERGENCIA				
Nombre del contacto:		Número de teléfono:		Relación:
DATOS DEMOGRÁFICOS				
Idioma preferido:		Idioma secundario:		
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Blanco				
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro: (La etnia es su origen ancestral o cultural).				
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Ocupación:		
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE (Completar solo si es diferente al paciente de arriba)				
Apellido:		Nombre:	Iniciales:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Ciudad:		Estado:
Teléfono de la casa:		Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:	N.º de Seguro Social:
Ocupación:		Relación:		
INFORMACIÓN DEL SEGURO				
Seguro primario:				
Titular de la póliza:		Fecha de nacimiento del asegurado:	N.º de Seguro Social del asegurado:	
Nombre del empleador asegurado:		N.º de póliza:	N.º de grupo:	
Seguro secundario:				
Titular de la póliza:		Fecha de nacimiento del asegurado:	N.º de Seguro Social del asegurado:	
Nombre del empleador asegurado:		N.º de póliza:	N.º de grupo:	
Si es mayor de 65 años y Medicare es su póliza SECUNDARIA, indique el motivo:				
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO				
Doy permiso para que Peterson Medical Associates (PMA) me brinde a mí (y/o a mi dependiente mencionado anteriormente) tratamiento médico. También entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento y a analizar todos los tratamientos médicos con mi proveedor.				
ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS				
Solicito que el pago de Medicare, Medicaid y todos los demás beneficios del seguro autorizados se realicen en mi nombre a Peterson Medical Associates por cualquier servicio brindado a mí y/o a mis dependientes. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí y/o mis dependientes a divulgar a la entidad correspondiente y a sus agentes toda información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados y/o brindados. Entiendo que debo pagar mi parte de los costos, incluidos los copagos y deducibles en cada visita. Además, si mi seguro no paga o si no tengo seguro, debo pagar el costo de estos servicios.				
_____ Firma del paciente para el Consentimiento para tratamiento y Asignación de beneficios		_____ Firma del representante del paciente (si el paciente no puede firmar)		
_____ Fecha de la firma		Relación con el paciente:	Motivo por el que el paciente no puede firmar:	

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y ACUSE DE RECIBO
DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**



Entiendo que, como parte de la prestación de servicios de atención médica, Peterson Health crea y mantiene registros de salud y otra información que describe, entre otras cosas, mi historia clínica, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para la atención o el tratamiento en el futuro.

El Aviso de prácticas de privacidad en el que se proporciona una descripción más completa de los usos y las divulgaciones de cierta información médica está publicado en todas las instalaciones. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento. Si lo solicita, le proporcionaremos cualquier Aviso de prácticas de privacidad revisado. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información médica para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica (evaluación de la calidad y servicios, y funciones de auditoría, etc.) y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya se hayan hecho divulgaciones conforme a mi consentimiento anterior.

Este consentimiento se otorga libremente con el entendimiento de que:

1. Todos y cada uno de los registros, ya sean escritos, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden divulgarse por razones ajenas al tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica sin mi autorización previa por escrito, excepto que la ley disponga lo contrario.
2. Una fotocopia de facsímil de este consentimiento tiene la misma validez que el original.
3. Tengo derecho a solicitar que se restrinja el uso de mi información médica protegida, la cual se usa o divulga para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que el centro y yo debemos registrar por escrito cualquier restricción que yo solicite sobre el uso y la divulgación de mi información médica protegida que se haya acordado previamente.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha de la firma

Nombre en letra de imprenta del representante (si el paciente no puede firmar)

Relación con el paciente

Firma del representante (si el paciente no puede firmar)

Fecha de la firma del representante

Motivo por el que el paciente no puede firmar

RECONOCIMIENTO/DIVULGACIÓN DE LA HIPAA DEL PACIENTE



Entiendo que el Congreso aprobó una ley llamada Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (“HIPAA”) que limita la divulgación de mi información médica protegida (“PHI”). Se firma esta autorización porque es fundamental que mis proveedores médicos entreguen sin problemas mi información médica protegida a las personas designadas abajo para permitirme hablar sobre ella con mi familia y/o amigos, y recibir consejos de su parte. Por lo tanto, conforme al Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR) 164.501(a)(1)(iv), Peterson Health, una entidad cubierta (ya que es proveedor de atención médica según lo define la HIPAA), tiene permiso para divulgar la información médica protegida de conformidad con esta autorización válida y en cumplimiento con el Título 45 del CFR §164.508.

Yo, _____, por la presente autorizo a Peterson Health a divulgar la siguiente información:
Nombre del paciente en letra de imprenta

Toda la información de atención médica, informes y/o registros relacionados con mi historia clínica, condición, diagnóstico, pruebas, pronóstico, tratamiento, información de facturación e identidad de los proveedores de atención médica, ya sean pasados, presentes o futuros, y cualquier otra información relacionada de alguna manera con mi atención médica. Además, esta divulgación deberá incluir la capacidad de hacer preguntas y hablar sobre esta información médica protegida con las personas o entidades que tienen posesión de la información médica protegida, incluso si soy totalmente competente para hacer preguntas y hablar sobre este asunto en ese momento. Es mi intención dar autorización plena para el acceso a CUALQUIER información médica protegida a las personas mencionadas en esta autorización.

Al firmar esta autorización, reconozco que la información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de las personas cuyos nombres aparecen abajo, y la información, una vez divulgada, ya no estará protegida por las reglas creadas en la HIPAA. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que Peterson Health reciba mi MODIFICACIÓN y/o REVOCACIÓN POR ESCRITO.

¿Cómo podemos comunicarle su información médica protegida?

Teléfono de la casa		¿Se puede dejar un mensaje detallado en el buzón de voz?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Celular		¿Se puede dejar un mensaje detallado en el buzón de voz?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Teléfono del trabajo		¿Se puede dejar un mensaje detallado en el buzón de voz?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Indique a continuación los familiares o amigos con los que nos autoriza a comunicarnos para hablar sobre su información médica. (Dejar en blanco si no hay)

Nombre:	Relación:
Teléfono principal:	¿Se puede dejar un mensaje detallado en el buzón de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono secundario:	¿Se puede dejar un mensaje detallado en el buzón de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre:	Relación:
Teléfono principal:	¿Se puede dejar un mensaje detallado en el buzón de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono secundario:	¿Se puede dejar un mensaje detallado en el buzón de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre:	Relación:
Teléfono principal:	¿Se puede dejar un mensaje detallado en el buzón de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono secundario:	¿Se puede dejar un mensaje detallado en el buzón de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del paciente o del representante en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o del representante

Fecha de la firma

¡Bienvenido! Estamos muy contentos de que haya decidido formar parte de nuestro centro. Nuestro objetivo es brindarle una excelente atención médica en un entorno amigable y compasivo. Tómese un momento para familiarizarse con las políticas y pautas de nuestro centro, luego firme el reconocimiento en la parte inferior de esta página y devuélvalo a nuestro centro. Gracias por su cooperación.

1. **Primera visita:** Llegue 30 minutos antes de la hora programada para su cita. Si no llega 30 minutos antes de la primera cita, la cita puede ser reprogramada. El personal clínico revisará sus medicamentos e historia clínica previa. Lleve todos sus medicamentos en sus envases originales. Las citas para nuevos pacientes a las que no se asiste no se pueden reprogramar. Si tiene un copago o aún no ha alcanzado su deducible, esté preparado para pagarlo cuando se registre en la recepción. Si usted es un paciente que paga por cuenta propia, se debe realizar el pago en el momento del servicio.
2. **Visitas de seguimiento:** Llegue 15 minutos antes de la hora programada para su cita. Nuestro objetivo es que usted esté listo para ver a su proveedor a tiempo. Las citas de seguimiento se programan en función de las necesidades particulares de los procesos patológicos específicos. Si tiene varias enfermedades crónicas, es posible que se le programen varias visitas de seguimiento.
3. **Llegadas tarde:** todos llegamos tarde alguna vez. Si llega después de la hora programada, haremos todo lo posible por reincorporarlo a la agenda. Según la disponibilidad, es posible que deba reprogramar su cita.
4. **Protocolo de cancelación de citas:** si necesita cancelar su cita, le pedimos que lo haga con, al menos, 24 horas de antelación. Si bien los eventos inesperados pueden hacer que falte a una cita, si falta a citas sin seguir el protocolo de cancelación, es posible que se le cobren \$25.00. Si falta a 3 citas sin seguir el protocolo de cancelación, es posible que se lo expulse del centro.
5. **Los pacientes establecidos** que necesiten atención aguda deben llamar lo más temprano posible para que podamos atenderlos. Según la disponibilidad del proveedor, las citas para el mismo día pueden no ser una opción o se les puede pedir que vean a otro proveedor.
6. **Resurtidos de medicamentos:** para resurtidos de medicamentos, pida a su farmacia que nos envíe una solicitud de resurtido y espere 2 días hábiles. Todos los medicamentos controlados (p. ej., Norco, medicamentos para el TDAH) requieren un aviso de 5 días hábiles antes del resurtido. Los medicamentos controlados solo se recetarán para un suministro de 30 días a la vez. Los resurtidos adicionales a la receta original quedarán a criterio del proveedor. No se darán resurtidos anticipados. Es posible que sea necesario programar citas de seguimiento adicionales para el resurtido de determinados medicamentos. Es posible que tenga que comunicarse con su farmacia para pedirles que envíen una solicitud de resurtido a nuestro consultorio, ya que es la forma más rápida de recibir un resurtido.

Como cortesía, apague o silencie su teléfono celular durante su visita al consultorio.

He leído y entiendo las políticas del consultorio mencionadas anteriormente y acepto cumplirlas.

Nombre del paciente en letra de imprenta	Fecha de nacimiento del paciente
Firma del paciente	Fecha de la firma
Nombre en letra de imprenta del representante (si el paciente no puede firmar)	Relación con el paciente
Firma del representante (si el paciente no puede firmar)	Fecha de la firma del representante

LISTA DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL PACIENTE (COMPLETO):

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE HOY:

PREFERENCIAS

Farmacia local preferida:

Laboratorio preferido:

Farmacia de envío por correo preferida:

Centro de diagnóstico por imágenes preferido:

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Ninguna Sí, especifique:

ALERGIAS ALIMENTARIAS O DE OTRO TIPO

Ninguna Sí, especifique:

Nombre del medicamento	Dosis (p. ej., mg o mcg)	Vía (p. ej., oral, inyectable)	¿Cuántas veces la toma por día?

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE NUEVO

NOMBRE DEL PACIENTE (COMPLETO): _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE HOY: _____

VACUNAS			
Varicela	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:
COVID-19, primera dosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:
COVID-19, refuerzo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:	Meningococo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:
Gripe	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:	Herpes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:
Gardasil (VPH)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:	Tétanos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:
Neumonía	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prevnar 13, año:	<input type="checkbox"/> Prevnar 20, año:	<input type="checkbox"/> Prevnar 23, año:
Otro:			

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL Y FAMILIAR

Coloque una marca de verificación en la columna correspondiente si USTED o alguno de sus FAMILIARES INMEDIATOS (padres, hijos, hermanos o hermanas) actualmente tiene o ha tenido alguna de estas afecciones:

AFECCIONES					
SIDA	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Hepatitis (de ser así, ¿de qué tipo: A, B, C, otro?)	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Adicción al alcohol u otros problemas con el alcohol	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Cualquier otro cáncer, linfoma, leucemia, etc.	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o enfisema	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	VIH positivo	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Terapia de reemplazo hormonal	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Sangrado o hemofilia	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Úlceras sangrantes o úlceras estomacales	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Niveles bajos o altos de tiroides	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Migrañas	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Obesidad	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Cáncer de cuello uterino	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Dependencia química o abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Riñones poliquísticos	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Colitis o enfermedad intestinal inflamatoria	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Prueba positiva para sífilis/infección de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Pólipos de colon	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Artritis reumatoide o lupus	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Depresión que requiere terapia o tratamiento	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Diabetes	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Cáncer de piel (cualquier tipo)	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Epilepsia o trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
ERGE	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Gota	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre	Ataque cardíaco, cirugía de derivación coronaria o colocación de stent	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Padre
	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre		<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Madre
Otras afecciones no mencionadas anteriormente:					

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE NUEVO

NOMBRE DEL PACIENTE (COMPLETO): _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE HOY: _____

SU HOGAR Y SUS SISTEMAS SOCIALES

¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especifique:	Bebidas por semana:
¿Consuma tabaco actualmente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especifique:	Cantidad por día:
¿Consumió tabaco anteriormente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año en que lo abandonó:	Años fumando:
¿Alguna vez ha consumido drogas ilícitas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especifique:	Última vez consumió:
¿Cuál es el nivel de educación más alto que alcanzó?		
¿Cuál es su ocupación actual?		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja de hecho		
¿Es sexualmente activo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Parejas en el último año:
¿Es capaz de cuidar de usted mismo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene un testamento vital?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene un documento de directivas anticipadas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene un poder notarial para la atención médica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Tiene una dieta específica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especifique:	
¿Cuál es su nivel de ejercicio?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fuerte	
¿Qué clase de ejercicio realiza?		
¿Con qué frecuencia realiza este ejercicio?		
¿Tiene alguna preferencia religiosa?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especifique:	

CIRUGÍAS U HOSPITALIZACIONES

CIRUGÍA	QUIÉN/CENTRO	AÑO	CIRUGÍA	QUIÉN/CENTRO	AÑO
<input type="checkbox"/> Apendicectomía			<input type="checkbox"/> Histerectomía		
<input type="checkbox"/> Cataratas			<input type="checkbox"/> Extirpación de ovarios		
<input type="checkbox"/> Vesícula biliar			<input type="checkbox"/> Columna vertebral/cuello		
<input type="checkbox"/> Corazón			<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas		
<input type="checkbox"/> Hernia (¿de qué tipo?)			<input type="checkbox"/> Vasectomía		
<input type="checkbox"/> Cadera o rodilla			<input type="checkbox"/> Otro		

Hospitalizaciones no relacionadas con las cirugías anteriores:

MANTENIMIENTO DE LA SALUD
EVALUACIONES

Examen de la vista	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:	Densidad ósea (exploración DEXA)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:
Colonoscopia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:	Mamografía	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:
Prueba de Papanicolaou	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:	Examen de próstata	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, año:

MÉDICOS Y ESPECIALISTAS

Indique cualquier otro médico a continuación
(es decir, médico general, ginecólogo, dermatólogo, ortopedista, urólogo, psiquiatra, etc.)

NOMBRE DEL MÉDICO	ESPECIALIDAD	AFECCIONES TRATADAS

Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento del paciente: _____	
Dirección del paciente: _____		Ciudad: _____	Estado: _____
Código postal: _____			
Persona o entidad autorizada a DIVULGAR INFORMACIÓN: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____		Persona o entidad autorizada a RECIBIR INFORMACIÓN: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____	
Información específica que se divulgará: <input type="checkbox"/> Registro médico desde el (inserte la fecha) _____ hasta el (inserte la fecha) _____ <input type="checkbox"/> Registro médico COMPLETO, INCLUIDOS antecedentes del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia y los casos que no se incluyen a continuación), resultados de pruebas, estudios de radiología, remisiones, consultas y registros recibidos de otros proveedores. <input type="checkbox"/> Otros registros médicos (especifique): _____			
Incluya (Indíquelo marcando Y poniendo sus iniciales): <input type="checkbox"/> _____ Registros de abuso de drogas/alcohol/sustancias <input type="checkbox"/> _____ Registros de salud mental (excepto notas de psicoterapia) <input type="checkbox"/> _____ Información sobre el VIH/SIDA (incluidas las pruebas y/o resultados del VIH/SIDA) <input type="checkbox"/> _____ Información genética		Motivo de la divulgación de la información (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Continuación de la atención médica <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Propósitos legales <input type="checkbox"/> Propósitos de seguro <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____	
Esta autorización tendrá vigencia hasta 12 meses después de la fecha de la firma o en la siguiente fecha especificada: Mes: _____ Día: _____ Año: _____			
Derecho a revocación: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica o a la entidad de atención médica mencionada anteriormente. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.			
Mi firma indica que he leído y acepto los usos y la divulgación de la información tal como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no impide la divulgación de la información médica que se haya producido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico. Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.			
_____ Firma del paciente/representante legalmente autorizado	_____ Relación con el paciente	_____ Fecha de hoy	
Se requiere la firma de una persona menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluida, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y tratamiento de abuso de drogas, alcohol o sustancias y salud mental (Consulte, por ejemplo, Tex. Fam. Code § 32.003).			
_____ Firma del paciente menor de edad	_____ Nombre del paciente en letra de imprenta	_____ Fecha de hoy	
_____ Firma del testigo	_____ Nombre del testigo en letra de imprenta	_____ Fecha de hoy	