



FORMA DE REGISTRACION DEL PACIENTE - MÉDICO/SALUD DE LA MUJER

No. de Seguro Social:		Nombre del Paciente:		Segundo Nombre:		Apellido:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Identidad De Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Declina Responder <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre (Mujer A Hombre) <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer (Hombre A Mujer) <input type="checkbox"/> Género Neutral (Exclusivamente Ni Hombre Ni Mujer)		Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Declina Responder			
Fecha de nacimiento:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Legalmente Separado					
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> América Ind. /Nat. Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái		<input type="checkbox"/> Las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro de Haití <input type="checkbox"/> Blanco de Haití <input type="checkbox"/> Más de una raza		Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No - Hispano		Idioma Preferido:	
		Empleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Empleador:			
Dirección:				Teléfono de la casa:			
Ciudad:		Estado:		Código postal:		Teléfono celular:	
Correo Electrónico		Teléfono del trabajo:			Método preferido de contacto:		
Fuente de Referencia: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Sin Cita <input type="checkbox"/> Directorio Telefónico <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Compañía de Seguros <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido <input type="checkbox"/> Folleto/Correo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Promoción de Eventos							

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

(POR FAVOR DE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA)

Compañía de Seguro:		Relación al Paciente:		# de Grupo:		# de Póliza:	
---------------------	--	-----------------------	--	-------------	--	--------------	--

CONTACTO DE EMERGENCIA

<input type="checkbox"/> Espos(a)		<input type="checkbox"/> Hijo(a)		<input type="checkbox"/> Padre/Madre		<input type="checkbox"/> Otro		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Nombre:		Segundo Nombre:		Apellido:					
Idioma Preferido:		Teléfono de Casa:		Teléfono de Celular:		Teléfono de Trabajo:			

FARMACIA PREFERIDA

Farmacia:		Teléfono:		Fax:			
Dirección o Calle:			Ciudad:		Estado:		Código Postal:



FECHA DE HOY

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN

- Yo, el abajo firmante, doy el permiso para que a mí o a mi niño menor de edad se me pueda someter a todas las pruebas necesarias, exámenes, tratamientos, u otros procedimientos requeridos para diagnosticar y tratar la enfermedad(es) por el personal médico, dental, o administrativo de Family Health Centers of Southwest Florida, Inc. (FHCSWF).
- Entiendo que la práctica de medicina, cirugía, y odontología no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía como resultado de tratamientos o exámenes por el personal de FHCSWF.
- Doy mi consentimiento para que mi información médica y dental pueda ser compartida por FHCSWF y/o instituciones autorizadas o agencias que acepten al paciente para el cuidado médico, dental, o institucional, y consiento en la liberación de la información médica y dental al asegurador del paciente. Doy el permiso de compartir datos (médicos, dental, y personal) a agencias gubernamentales como pueda ser requerido de FHCSWF.
- Por este médico autorizo el pago a FHCSWF de beneficios adeudados a mí en mis cobros pendientes y/o BENEFICIOS MEDICOS MAYORES de otra manera pagaderos a mí, pero que no excedan los cobros regulares del centro médico de médico o dentista durante este periodo de tratamiento.
- Family Health Centers está afiliado con varias organizaciones educativas. Entiendo que será notificado por este personal que es un estudiante y tengo el derecho de negar a tenerlos involucrados en mi cuidado. También entiendo si van a participar en mi cuidado, un profesional de la salud empleado por Family Health Centers está supervisando todos los servicios y el cuidado que se proporciona.

PACIENTE FHCSWF USO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

- Reconozco que he recibido una copia de la información del paciente de FHCSWF sobre el uso de sustancias controladas, el cual es un acuerdo mutuo entre FHCSWF y yo.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PACIENTE DE FHCSWF Y RESPONSABILIDADES

- Reconozco que una copia de la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente, un acuerdo mutuo entre FHCSWF y yo, ha sido hecho disponible para mí. Una copia está disponible bajo petición.

HIPAA – AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD FHCSWF

Reconozco que una copia del Aviso de Practicas de Privacidad, que explica el compromiso de FHCSWF para proteger mi información médica personal de acuerdo a la ley, ha sido hecho disponible para mí. Una copia está disponible bajo petición. Por este medio autorizo que mi información médica personal pueda ser compartida sin restricciones con las siguientes personas:

<u>NOMBRE:</u>		<u>RELACIÓN</u> (p.ej. Padre, Esposo/a, Hijo/a, Hermano/a, etc.)
1.	1.	
	2.	
	3.	

DIRECTIVAS DE ANTICIPACION – DERECHO DE DECIDIR – FINAL DE DECISIONES DE VIDA

Usted no puede remover la incertidumbre sobre sus futuras necesidades de asistencia médica, pero, teniendo una Directiva Anticipada, usted puede tener la paz mental de hacer sus deseos conocidos de antemano.

- ¿Tiene un Directiva/Testamento de Vida?
 Tengo una Directiva/Testamento de Vida – Por favor haga una copia y FHCSWF la colocara en su Registro Medico.
 No tengo una Directiva/Testamento de Vida.
- ¿Tiene una Persona Designada Responsable por Su Cuidado Médico?
 Tengo una Persona Designada responsable por mi cuidado médico que es _____ y puede ser contactado de esta manera _____.
 No tengo una Persona Designada Responsable por mi cuidado médico.
- ¿Tiene un Poder Legal Duradero?
 Tengo una persona con Poder Legal Duradero designada quien es _____ y autorizo a tomar la decisión de Asistencia Médica por mí.
 No he designado una persona con Poder Legal Duradero para mis decisiones de Asistencia Médica.

Firma del Paciente/Persona Responsable/Fiador: _____ Fecha: _____



FECHA DE HOY

FORMA DE HISTORIA PACIENTE

¿Por qué ha venido usted a ver al doctor? _____

Cuanto tiene usted de tener este problema _____

Esta usted tomando algún medicamento Sí _____ No _____ Si SÍ por favor ponga en una lista abajo

¿Ha estado alguna vez usted en el hospital? Sí _____ No _____ Si SÍ por favor ponga en una lista abajo

DONDE

CUANDO

POR QUÉ

DOCTOR

¿Ha tenido alguna vez usted alguna operación? Sí _____ No _____ Si SÍ por favor ponga en una lista abajo

OPERACIÓN

CUANDO

DONDE

DOCTOR

¿Tiene usted alguna alergia a alguna medicación, medicinas, comida u otras cosas? Sí _____ No _____
Si sí por favor ponga en una lista debajo lo que usted es alérgico a y el tipo de la reacción:

HISTORIA SOCIAL

	SÍ	NO	Si SÍ, cuanto en un día
¿Bebe usted alcohol?			
¿Fuma usted tabaco?			
¿Bebe usted café?			
¿Bebe usted té?			
¿Usa drogas?			

GANANCIA/PÉRDIDA DE PESO

	SÍ	NO	Si sí, cuanto
¿Ha ganado usted peso recientemente?			
¿Ha perdido usted peso recientemente?			

HISTORIA DE FAMILIA

¿Tiene algún miembro en su familia que tenga cualquiera de las enfermedades siguientes?

	SÍ	NO	Si SÍ, quien
Cáncer			
Tuberculosis			
Diabetes			
Hipertensión (Presión Alta)			
Ataque cardíaco			
Derrame Cerebral			
Epilepsia (Asimientos)			



FECHA DE HOY

FORMA DE HISTORIA PACIENTE

¿Ha tenido usted cualquiera de las enfermedades siguientes?

	SÍ	NO
Asma		
Bronquitis		
Cáncer		
Varicela		
Diabetes		
Epilepsia (Convulsiones)		
Infecciones de Ojo		
Rubéola		
Hepatitis		
Hernia		
Urticaria o Erupciones		
Gripe (Gripe)		
Enfermedad de Hígado		
Malaria		
Sarampión		
Mononucleosis		
Paperas		
Pulmonía		
Fiebre Reumática		
Escarlatina		
Amigdalitis		
Tuberculosis		
Enfermedad Venérea		
	SÍ	NO
PARA MUJERES SÓLO		
Fecha de Primer Período		
¿Períodos Debidamente?		
Longitud de períodos (# días)		
¿Dolor Durante períodos?		
¿Dolores de cabeza?		
Edad en tiempo de Menopausia		
	SÍ	NO
Vacunas/Inmunizaciones para		
Gripe – Gripe		
Pneumovax – Pulmonía		
Sarampión		
Polio		
Difteria		
Pertussis – Tos Ferina		
Sarampión		
Tétanos		
Fecha de Último Tétanos		

¿Tiene usted cualquiera de los problemas siguientes?

	SÍ	NO
Fríos frecuentes		
Dolor de Pecho		
Vómitos		
Dolores de cabeza		
Náusea		
Amigdalitis		
Glándulas de Cuello Agrandadas		
Doble Visión		
Pérdida de Voz		
Tos		
Dificultad para Tragar		
Dolor de oídos		
Dificultad para respirar		
Dolor de muelas		
Dolor de Senos		
Hinchazón en los Pies		
Ronquedad		
Pérdida de Audición		
Sangrado de Nariz		
Dolor en los Ojos		
Dolor de lengua		
Sangrado de Encías		
Dolor de garganta		
Vómitos de Sangre		
Estreñimiento		
Diarrea		
Indigestión		
Sangre en Heces		
Dificultad para Orinar		
Sangre en Orina		
Ardor durante la Micción		
Dolor en Micción		
Vejiga Vacía a Menudo		
Goteo constante de Orina		
Nerviosismo Exagerado		
Mareo		
Espasmos Musculares		
Dolor de Músculos		
Dolor de Articulaciones		
Pérdida de la Sensación		
Parálisis		
Enfermedad Mental		
Depresión		
Ansiedad		
Confusión		

Otra información médica:
