

Nombre Completo del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___
Teléfono _____ Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____ Número de Seguro Social ___ / ___ / ___ Estado Civil _____
Empleador _____ Dirección del Empleador _____
Teléfono del Empleador _____
Nombre del Esposo _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___
Número de Seguro Social ___ / ___ / ___ Número de Teléfono del trabajo _____
Empleador _____ Dirección del Empleador _____
Tienes Compañía de Seguros (aseguranza) _____ ?
Si tu respuesta es no, Como vas a pagar? _____ Efectivo _____ Cheque _____ Tarjeta de Crédito

Información de la Compañía de Seguros

Primaria Cía. de Seguros _____ Dirección _____
Nombre del Titular _____ Fecha de Nacimiento del Titular ___ / ___ / ___
Dirección del Titular _____ Teléfono del Titular _____
Secundaria Cía. de Seguros _____ Dirección _____
Nombre del Titular _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___
Dirección del Titular _____ Teléfono del Titular _____
Nombre de un familiar cercano que no esta viviendo contigo _____
Teléfono _____ Dirección _____
Relación con el paciente _____
Como Usted se enteró de nosotros? _____
En caso de emergencia contactar _____ Teléfono _____

Información Financiera

Por favor lea esta información cuidadosamente

Asignación de los beneficios

Reconozco que autorizo el pago directo por cualquier tipo de servicio medico recibido por esta oficina. Entiendo que yo soy financieramente responsable por cualquier cargo médico incurrido por mí o por mi compañía de seguros.

Autorización para la disponibilidad de información

Autorizo la disponibilidad de cualquier información necesaria para mi cuidado medico o por el procesamiento de las compañías de seguro.

Póliza Financiera

Las obligaciones de pago por una visita al medico tienen vencimiento al momento del servicio. Arreglos por balances inpagos por las compañías de seguros pueden ser hechos. En el caso de que mi cuenta sea enviada a una compañía de colecciones, yo estoy de acuerdo con pagar todos los costos relacionados con colecciones, incluidos los costos de la corte, los costos por abogados, y un interés del 18%.

Firma _____

Fecha _____

NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO / /	ID NO.:	FECHA / /
NOMBRE QUE USTED PREFERE QUE USEMOS				
TELÉFONO DEL TRABAJO		CONTACTO DE EMERGENCIA		
TELÉFONO DE LA CASA		RELACIÓN CON LA PACIENTE		
TELÉFONO CELULAR		OTROS TELÉFONOS		
¿CÓMO SE ENTERO DE NOSOTROS?			DOCTOR FAMILIAR	
¿PORQUÉ TIENE UNA CITA CON NOSOTROS?				
SI USTED ESTÁ AQUÍ PARA UN EXAMEN ANUAL, ES UNA CONSULTA				
DE SALUD EN GENERAL		SOLAMENTE GINECOLÓGICA		
¿ESTE PROBLEMA ES NUEVO?				
POR FAVOR, DETALLE SU PROBLEMA, INCLUYENDO DONDE, SEVERIDAD Y POR CUANTO TIEMPO HA ESPERADO:				

Si no prefiere, contestar estas preguntas, déjelos en blanco; usted puede hablarlo con su doctor o su partera.

HISTORIA GINECOLÓGICA

	NOTAS DEL DOCTOR
EDAD EN QUE LE COMENZÓ EL PERÍODO	
FECHA DE L ÚLTIMO PERÍODO	
¿CUÁNTOS DÍAS ENTRE SUS PERÍODOS?	
¿CUÁNTOS DÍAS TARDA SUS PERÍODOS?	
¿QUÉ USA PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR?	
FECHA DE SU ÚLTIMO PAPANICOLAO	RESULTADO
¿HA TENIDO PAPANICOLAOS ANORMALES?	
¿QUÉ SE REQUIRIÓ HACER DESPUES?	
ÚLTIMO MAMOGRAMA	FECHA RESULTADO
ANÁLISIS DE LOS HUESOS	FECHA RESULTADO
COLONSCOPIA	FECHA RESULTADO
¿TIENE RELACIONES SEXUALES?	
¿QUIERE ANÁLISIS PARA DETECTAR INFECCIONES SEXUALES?	

NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO: / /	ID NO.:	FECHA: / /
---------	--------------------------	---------	------------

HISTORIA SOCIAL

	NOTAS DEL DOCTOR
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> SEPARADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> COMPROMETIDA	
HISTORIA SEXUAL: <input type="checkbox"/> NUNCA HE TENIDO RELACIONES SEXUALES	
<input type="checkbox"/> AHORA NO TENGO RELACIONES SEXUALES	
<input type="checkbox"/> AHORA TENGO RELACIONES CON <input type="checkbox"/> HOMBRES <input type="checkbox"/> MUJERES	
AÑOS ESCOLARES COMPLETADOS	
OCUPACIÓN	
IDIOMAS	
EJERCICIO: <input type="checkbox"/> MÍNIMO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> DIARIO	
DIETA: <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> ESPECIAL	
TABACO <input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> ANTES, LO DEJÓ _____ <input type="checkbox"/> FUMO AHORA	
CAFÉINA: <input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> RARO <input type="checkbox"/> MÍNIMO <input type="checkbox"/> MODERADO	
ALCOHOL <input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> RARO <input type="checkbox"/> MÍNIMO <input type="checkbox"/> MODERADO	
DROGAS: <input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> ANTES <input type="checkbox"/> AHORA USO: _____	

MEDICINAS

(Hormonas, Vitaminas, Hierbas, Medicinas Sin Recetas)

NOMBRE	DOSIS	NUMERO AL DIA	¿PORQUÉ TOMA LA MEDICINA?	¿ QUIÉN LA RECETO?

ALERGIAS

MEDICINAS	REACCION ALERGICA

CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS (cesareas, esterilización, quistes, cirugía del cerviz, histerectomía, etc)

FECHA	CIRUGÍAS	RAZÓN	NOTAS DEL DOCTOR

CIRUGÍAS / HOSPITALIZACIONES

FECHA	CIRUGÍAS	RAZÓN	HOSPITAL

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: / /

ID NO.: _____

FECHA: / /

REVISIÓN DE SISTEMAS

Marque (x) si usted tiene estos síntomas ahora o desde ser adulto:

	AHORA	ANTES	NOTAS DEL DOCTOR
1. GENERAL			
FATIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAMBIO DE PESO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. OJOS			
ANTEOJOS - LENTES DE CONTACTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. OIDOS - NARIZ - GARGANTA			
PROBLEMAS CON OIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. CORAZÓN			
DOLOR DEL PECHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FALTA DE AIRE CON EJERCICIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LATIDO IRREGULAR DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. PULMONES			
TÓS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FALTA DE AIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. INTESTINO			
ESTRENIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIARREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SANGRE EN LA EVACUACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. GENITOURINARIO			
DOLOR CUANDO ORINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ESCAPE DE ORINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SANGRE VAGINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. MUSCULO-SKELETAL			
DOLOR EN ARTICULACIONES-MUSCULOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. PIEL			
ERUPCIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LESIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. PECHOS			
BULTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. NEUROLÓGICO			
DOLOR DE CABEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. PSIQUIÁTRICO			
DEPRESIÓN - ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. ENDOCRINA			
INTOLERANCIA DEL CALOR - FRÍO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. HEMATOLOGIA			
MORETONES CON FACILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. ALERGIAS			
ESTACIONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. ENFERMEDADES REUMATAS			
ARTRITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. PROBLEMAS UROLÓGICOS			
PERDIDA DE ORINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
INFECCIÓN DE ORINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. OTROS PROBLEMAS MÉDICOS			

INFORMACION COMPLETADA POR PACIENTE ENFERMERA DOCTOR-PARTERA

FIRMA DEL PACIENTE _____

REVIEWED BY: _____