

Registración del Paciente

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE – la persona que será vista por el médico

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
 Dirección de casa _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____
 Dirección postal _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____
 Teléfono-casa _____ Celular o Pager _____ Médico que lo refirió _____
 Indique su relación al asegurado principal: (marque uno) Cónyuge / Hijo / Otro
 Fecha de nacimiento _____ Sexo del paciente _____ Varón _____ Hembra
 Número de Seguro Social del paciente _____ Preferencia de idioma del paciente _____
 Origen étnico del paciente: (marque uno) Indios Americano / Nativo de Alaska / Asiático / Afroamericano / Blanco /
 Nativo de Hawai / Hispano / Islas del Pacífico / Otros / Se niega a informar
 Estado matrimonial del paciente: Casado / Soltero / Viudo / Separación legal / Divorciado / Otro
 Empleador/patrón del paciente _____ Ocupación/Oficio _____
 Dirección _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____
 Número del teléfono _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE(fiador) – la persona asegurada o la persona responsable del paga

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
 Dirección de casa _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____
 Número de teléfono _____ Celular _____
 Correo electrónico _____
 Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____
 Dirección postal _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____
 Garante/ fiador empleador/patrón _____ Profesión/oficio _____
 Dirección _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____
 Teléfono _____

Seguro primario _____ ID# _____ # de Grupo _____
 Seguro secundario _____ ID# _____ # de Grupo _____
 Garante secundario _____ Número de Seguro Social _____
 Fecha de nacimiento _____ Celular _____

Contacto en caso de emergencia – favor de proveer otro número de teléfono fuera del de su casa

Nombre _____ Relación _____ Número de teléfono _____

¿Tiene un Testamento Vital o Poder Notarial Médico? _____

Si lo tiene, se nos exige tener una copia en los archivos. _____ Recibida _____ Solicitada _____

Doy mi autorización para el acceso a cualquier información médica que sea necesaria para procesar cargos a Medicare y/o cualquier reclamo de las compañías de seguros. Autorizo pago de beneficios médicos a: Digestive Healthcare Associates, LLC. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, co-pago o cantidad que la compañías de seguros no cubra. En caso de que mi estado de cuenta sea asignado a una agencia de cobranza, estoy de acuerdo a pagar un honorario adicional de 25% del balance pendiente asignado a la agencia. Estoy de acuerdo a pagar cualquier interés que se me cobre sobre el balance principal, además los cargos de la corte y abogados asociados con la cobranza de mi cuenta. **Y que si no puedo llegar a la cita necesito llamar antes de 24 horas para cancelar y evitar honorarios de \$20.**

Firma del paciente

Fecha

Inicial del personal

Información de Salud del Paciente

Nombre: _____ Edad: _____ Dia de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Altura: _____ Peso: _____ ¿Su doctor de cabecera? _____ Dr. que refirió' _____

Razón para ver el Gastroenterólogo: _____ Email: _____

¿Has tenido ___ Colonoscopia o ___ Sigmoidoscopia en los últimos 10 años? Si o No
Si contestas "Si", el año _____ los resultados _____

¿Has tenido ___ Endoscopia digestiva alta en los últimos 10 años? Si o No
Si contestas "Si", el año _____ los resultados _____

¿Hay en tu familia inmediata alguien que ha sido diagnosticado con cáncer del colon o pólipos? Si o No
Si contestas "Si", explica _____

SÍNTOMAS ACTUALES: (Marque las que se apliquen a usted)

<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Cambios en hábito evacuación	<input type="checkbox"/> Excremento negro	<input type="checkbox"/> Alimentos pegados en el esófago
<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Incontinencia fecal	<input type="checkbox"/> Dificultad tragando
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Dolor al tragar
<input type="checkbox"/> Vómitos con sangre	<input type="checkbox"/> Sangre del recto	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Sangre en el excremento	<input type="checkbox"/> Eructar	<input type="checkbox"/> Hígado anormal (examen)
<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Sangre en papel higiénico	<input type="checkbox"/> Indigestión	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa	
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Dolor del ano	<input type="checkbox"/> Gases / Hinchazón	

ANTECEDENTES MÉDICOS/QUIRÚRGICO: (Marque todos los que se aplican a usted)

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Enfisema/COPD	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Hígado Grasoso
<input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> Fiebre del Valle	<input type="checkbox"/> GERD/reflux ácido	<input type="checkbox"/> Diverticulosis
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Esófago de Barrett	<input type="checkbox"/> Diverticulitis
<input type="checkbox"/> Stents del Corazón	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Hernia hiatal	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Coágulos en los pulmones	<input type="checkbox"/> Estómago/úlcera duodenal	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Enfermedad válvula del corazón	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Enfermedad celíaco	<input type="checkbox"/> Desorden Ansiedad
<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Desorden de convulsiones	<input type="checkbox"/> Helicobacter Pilórico	<input type="checkbox"/> Desorden Bi-polar
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral/TIA	<input type="checkbox"/> Intestino Irritable	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> Arritmia del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohns	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Marcapasos/Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroide	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Fibromialgia
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desorden de la sangre	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV/Sida
<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Problemas del riñón	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis	<input type="checkbox"/> Cirrosis del hígado
<input type="checkbox"/> Cancer, tipos: _____			

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: (Marque todas las que se apliquen a usted)

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/> Cirugía del estómago para ulcera	<input type="checkbox"/> Prolapso rectal
<input type="checkbox"/> Extracción de amígdalas	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Hemorroidectomía	<input type="checkbox"/> cirugía
<input type="checkbox"/> Extracción de la vesícula	<input type="checkbox"/> Cirugía de la Próstata	<input type="checkbox"/> Reparación de hernia inguinal	<input type="checkbox"/> Derivación coronaria
<input type="checkbox"/> Extracción del apéndice	<input type="checkbox"/> Cirugía de la tiroides	<input type="checkbox"/> Reparación de hernia abdominal	<input type="checkbox"/> Cirugía del colon
<input type="checkbox"/> Reparación de hernia hiatal	<input type="checkbox"/> Cirugía del pulmón	<input type="checkbox"/> Prótesis total de rodilla	<input type="checkbox"/> Extracción del utero
<input type="checkbox"/> Derivación gástrico	<input type="checkbox"/> Prótesis total de cadera	<input type="checkbox"/> Sustitución de marcapasos	<input type="checkbox"/> Extracción de los ovarios
<input type="checkbox"/> Suspensión de la vejiga	<input type="checkbox"/> Sustitución de válvula de corazón	<input type="checkbox"/> Desfibrilador cardioversor implantable	

POR FAVOR ANOTE ALGÚN OTRO ANTECEDENTE MEDICO/QUIRÚRGICO QUE NO ESTÉ EN LA LISTA:

Alergias a Medicamentos:

¿Eres alérgico algún medicamento? Si o No

¿Cuál y que reacción has tenido? _____

Medicamentos:

¿Eres usando aspirina o algún medicamento para la artritis (ibuprofeno, naproxen, Aleve, Motrin, Advil)? Si o No

¿Cuál y con que frecuencia lo usas? _____

¿Eres usando anticoagulante (Coumadin, Warfarin, Heparin, Lovenox, Plavis)? Si o No

¿Cuál y con que frecuencia lo usas? _____

¿Otro medicamento? (Incluya medicamentos "sin receta medica" y la dosis, si es posible)

Farmacia de preferencia: _____ **Calles:** _____

Historia social/Estado matrimonial:

___ Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Separado ___ Viudo

Su ocupación/trabajo: _____ Retirado ___ Desempleados ___ Discapacitados ___

¿Usa o ha usado tabaco? ___ Sí ___ No ¿Cúantas cajetillas por día? _____ ¿Por años? _____

¿Fecha de dejar de fumar? _____

¿Usa alcohol? ___ Sí ___ No ___ Cerveza ___ Vino ___ Licor ¿Cúan amenudo? _____ ¿Qué cantidad? _____

¿Alguna vez ha usado drogas de la calle? ___ Sí ___ No Tipo: _____ Ultima vez que usó _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Tiene **ALGÚN FAMILIAR** las siguientes enfermedades? Marque todas las que apliquen y escriba la relación del miembro, ie. Mamá, tía maternal, tío paternal, hermana.

___ Pólipos en el colon	___ Cáncer del estomago	___ Cáncer del hígado	___ Colitis Ulcerosa
___ Cáncer del colon	___ Cáncer del intestino delgado	___ Cáncer Pancreático	___ Enfermedad celíaco
___ Cáncer del recto	___ Cáncer Esofágico	___ Enfermedad de Crohns	___ Enfermedad de Vesícula biliar
___ Cáncer de la piel	___ Cáncer del utero/cuello uterino	____ Otro tipo de cáncer (por favor describa)	

Yo confirmo, a mi conocimiento, que la información arriba es correcta. No haré responsable ni a mi doctor o a ningún miembro de su personal por algún error u omisión que yo pueda haber hecho en llenar este formulario.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Información para Contacto

Puedo ser contactado de la siguiente manera (ponga un círculo en lo que se aplique a usted):

- | | | | | |
|--|------------------------|---------|---------|----|
| - OK – dejar un mensaje detallado: | Casa | Trabajo | Celular | No |
| - OK – dejar un número para regresarle la llamada: | Casa | Trabajo | Celular | No |
| - OK – enviar correspondencia a: | Casa | Trabajo | | No |
| - OK – enviar un fax al: | Casa | Trabajo | | No |
| | (Número de fax) _____ | | | |

Quienes pueden recibir información acerca de mi:

- | | |
|---------------|---|
| _____ Conguye | Nombre del conyuge y fecha de nacimiento: _____ |
| _____ Otro | Nombre y fecha de nacimiento: _____ |
| _____ Otro | Nombre y fecha de nacimiento: _____ |

Reconocimiento de Recibo de Notificación de Privacidad

El original debe permanecer en los archivos permanentes del paciente.

Reconozco que la Notificación de Privacidad de dicha oficina me ha sido entregada.

Firma del paciente o individuo autorizado para firmar

Fecha

Escriba con letra de molde si está firmando de parte del paciente

Relación con el paciente (guardián legal, representante personal, etc.)

Notificación de Práctica Médica Externa

Entiendo que Digestive Healthcare Associates, LLC, Dra. Elizabeth Cruz y Dra. Amy Soloman han establecido una consulta médica externa. Entiendo que en caso que yo tuviera que ser hospitalizado por algún motivo relacionado con el sistema digestivo (no relacionado con procedimientos recibidos de la Dra. Cruz y Dra. Amy Soloman), doy consentimiento para recibir ayuda del médica de turno en el hospital.

Firma del paciente

Fecha