

1. Información Personal

Fecha: _____

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Sexo: Masculino Femenino Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ #SS: _____

Casado Viudo Soltero Menor Separado Divorciado Unido por _____ años

Nombre del cónyuge: _____

Fecha de nacimiento: _____ #SS: _____

¿A quién podemos agradecer por su referencia? _____

2. Número de teléfono

Casa: _____ Celular: _____ Mejor hora y lugar para localizarlo: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON:

Nombre: _____

Casa: _____ # Celular: _____ # Trabajo: _____

3. Seguro

¿Quién es el responsable de esta cuenta? _____

Parentesco con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____ #SS _____

Compañía de seguros _____ # Grupo _____

¿Tiene el paciente cobertura adicional? Si No

Nombre del firmante _____

Fecha de nacimiento _____ # SS _____

Parentesco con el paciente _____

Compañía de seguros _____ # Grupo _____

Cesión y Desistimiento de Seguro

Declaro que tengo cobertura de seguro con _____
Nombre(s) de compañía(s) de seguros

y transfiero directamente a **Dr. Milan L. Hopkins** todos los beneficios del seguro, si los hubiera, de otro modo pagaderos a mi persona por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, pagados o no pagados por el seguro. He autorizado el uso de mi firma en todos los formularios de seguro. El médico especificado arriba puede usar mi información médica y puede divulgar dicha información a la(s) compañía(s) de seguro especificada(s) arriba y a sus representantes con el fin de obtener el pago por servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Autorización Medicare

Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare y, en su caso, los beneficios de Medigap, sean pagados a mí o en mi nombre a

Milan L. Hopkins, M.D., A Medical Corporation

Nombre del médico o clínica

por cualquier servicio que me fuera prestado por ese proveedor.

Al alcance permitido por la ley, autorizo a cualquier portador de información médica u otra de mi persona, a divulgar a *Centers for Medicare and Medicaid Services*, mi compañía de seguros Medigap, y sus representantes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios para los beneficios de servicios relacionados.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Parentesco con el paciente

4. Antecedentes familiares

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de su último examen físico: _____

¿Cuál es el motivo de su visita? _____

	Padre	Salud actual o causa de muerte	Madre	Salud actual o causa de muerte
Con vida	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Fallecido	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Cónyuge	Salud actual o causa de muerte		
Con vida	<input type="checkbox"/>			
Fallecido	<input type="checkbox"/>			
Hermanos	No/con vida	Salud	¿Cuántos fallecidos?	Causa de muerte
Hermanas	No/con vida	Salud	¿Cuántas fallecidas?	Causa de muerte
Hijos	No/con vida	Edades Salud	¿Cuántos fallecidos?	Edades y causa de muerte

Marcar la(s) enfermedad(es) que haya(n) padecido cualquiera de sus **parientes sanguíneos**

- Alergia Tendencia a hemorragia Cáncer Diabetes Enfermedad cardíaca
 Presión arterial alta Enfermedad renal Enfermedad de los nervios Derrame cerebral
 Otros Tuberculosis

5. Historial social

Historial Ocupacional (5 años)

	Año	Ocupación
Actual		
Anterior		
Anterior		
Anterior		
Anterior		
Anterior		

Educación

Graduado	Primaria	Secundaria	AA	BA	MD	PhD
Si						
No						

Situación de vivienda: ES PROPIETARIO: _____ o Alquila: _____

Cuántas personas viven dentro del hogar y su parentesco: _____

6. Antecedentes con drogas

Fecha: _____

Nombre: _____

Fármacos	(usados)		(Usados por primera vez)	(Usados por última vez)	(Forma de uso)	Efectos adversos	Problemas legales
	SI	NO	Año	Mes y Año	Fumado/Inyectado/Ingerido		
ALCOHOL							
NITRATO DE AMILO							
COCAINA							
EXTASIS							
HEROÍNA							
LSD							
MARIHUANA							
METANFETAMINA							
OXIDO NITROSO							
PCP							
TABACO							

MEDICAMENTOS

PILDORAS DE DIETA							
NARCOTICOS							
SEDANTES							
TRANQUILIZANTES							

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ CARGOS LEGALES RELACIONADOS CON CANNABIS?

MARCAR UNO

SI O NO

Marque (✓) cualquier afección que padece o que haya padecido en el pasado

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Problemas hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Nódulo mamario | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Dependencia a químicos | <input type="checkbox"/> Problemas en la próstata |
| <input type="checkbox"/> Diabetes I / II | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas en la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C, D, E | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | |
| <input type="checkbox"/> VIH positivo | |

Ansiedad causada por lo siguiente

- Trastorno de estrés post-traumático
- Trastorno de déficit de atención
- Trastorno bipolar
- Trastorno de hiperactividad con déficit de atención
- Usó Ritalina / un medicamento relacionado de niño
- Fue abusado de niño o adolescente
- Ansiedad al estar en lugares grandes con mucha personas
- Ansiedad al estar rodeado de grupos de personas

Factor riesgo

- Relaciones sexuales sin protección
- Uso de agujas
- Expuesto a sustancias peligrosas

Describe lesiones, enfermedades u operaciones serias

Cuándo

Cuál

7. Historial médico

Verifique con (✓) los síntomas que tiene actualmente o durante los años pasados

Fecha: _____

Nombre: _____

General

- Escalofríos
- Depresión/nervios
- Mareos/desmayos
- Fiebre
- Olvidos
- Dolor de cabeza
- Pérdida de sueño
- Pérdida de peso
- Entumecimiento
- Sudores

Piel

- Salen moretones con facilidad
- Urticaria
- Picazón/erupción cutánea
- Cambios en los lunares
- Cicatrices
- Heridas que no se curan

Músculos/

Articulaciones/Huesos

Dolor, debilidad, entumecimiento en:

- Brazos
- Caderas
- Espalda
- Piernas
- Pies
- Cuello
- Manos
- Hombros

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Presión arterial alta/baja Latidos de corazón irregulares/rápido
- Mala circulación
- Hinchazón de los tobillos
- Varices

Gastrointestinal

- Falta de apetito
- Hinchazón
- Cambios en sus intestinos
- Estreñimiento
- Diarrea
- Sed excesiva
- Gastrointestinal
- Hemorroides
- Indigestión
- Náuseas
- Sangrado rectal
- Dolor de estómago
- Vómitos
- Vómitos con sangre

Ojos, Oídos, Nariz, Garganta

- Sangrado de las encías
- Visión borrosa
- Estrabismo
- Dificultad para tragar
- Visión doble
- Dolor/descarga de oído
- Fiebre de heno
- Ronquera
- Hemorragias nasales
- Tos persistente
- Zumbido en los oídos
- Sinusitis
- Visiones-destellos/halos

Mental

- Ansiedad
- Alucinaciones
- Ataques de pánico
- Paranoia
- Otros

Genito-urinario

- Sangre en la orina
- Orinar con frecuencia
- Incontinencia
- Dolor al orinar

Sólo hombres

- Problemas de erección
- Masa en los testículos
- Secreción del pene
- Dolor en el pene
- Otros

Sólo mujeres

- Prueba de Papanicolaou anormal
- Sangrado entre menstruaciones
- Nódulo mamario
- Dolor menstrual extremo
- Calores
- Secreción del pezón
- Relaciones sexuales dolorosas
- Flujo vaginal
- Otros

Fecha de la última menstruación

Fecha del último Papanicolaou

¿Se ha hecho una mamografía?

¿Está embarazada? Si No

Número de hijos:

