

REGISTRO

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

MILAN L. HOPKINS, M.D.

A Medical Corporation

9479 Main Street, P.O. Box 638

Upper Lake, CA 95485

Telephone: (707) 275-2366

Fax: (707) 275-9043

Fecha _____ Teléfono de la Casa (____) _____ Celular (____) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____ No. de Identif. del Paciente/SS/HIC _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre
Dirección _____ E-mail _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Menor de Edad
 Separado(a) Divorciado(a) Ha vivido con su pareja por _____ años
Empleador o Escuela del Paciente _____ Ocupación _____
Dirección del Empleador o Escuela _____ Teléfono del Empleador o Escuela (____) _____
¿Quién lo refirió a nosotros? _____
En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (____) _____

SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta _____ Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre
Apellido
Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ No. Seg. Soc. _____
Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono (____) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Ocupación _____
Persona Responsable Empleada por _____ Teléfono del Empleador (____) _____
Dirección del Empleador _____
Compañía de Seguros _____
Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____
Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional? Sí No

Nombre del Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Paciente _____
Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono (____) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono del Empleador (____) _____
Suscriptor Empleado por _____ No. Seg. Soc. _____
Compañía de Seguros _____ Suscriptor No. _____
Contrato No. _____ Grupo No. _____
Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/liene(n) cobertura de seguro con _____ y traspaso directamente al
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros
Dr. _____ los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados.
Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las
reclamaciones que se presenten ante el seguro.
El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro
nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los
servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Relación con el Paciente

HISTORIA DE SALUD

(Confidencial)

Nombre _____ Fecha de Hoy _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha del último examen físico _____

¿A qué se debe su visita médica? _____

SÍNTOMAS Marque con un tilde (✓) los síntomas que Ud. tiene actualmente, o que ha tenido en el pasado año.			
<p>GENERAL</p> <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Falta de Memoria <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de sueño <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Sudores <p>MÚSCULO/ARTICULACIÓN/HUESO Dolor, debilidad, entumecimiento en:</p> <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Hombros <p>GENITOURINARIO</p> <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Micción (orinar) frecuente <input type="checkbox"/> Falta de control de la vejiga <input type="checkbox"/> Micción dolorosa	<p>GASTROINTESTINAL</p> <input type="checkbox"/> Mal apetito <input type="checkbox"/> Hinchado <input type="checkbox"/> Cambios al defecar <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Excesivo hambre <input type="checkbox"/> Excesiva sed <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Sangrar por el recto <input type="checkbox"/> Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Vómito de sangre <p>CARDIOVASCULAR</p> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> Latidos irregulares del corazón <input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja <input type="checkbox"/> Mala circulación <input type="checkbox"/> Latidos acelerados del corazón <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos <input type="checkbox"/> Venas varicosas	<p>OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</p> <input type="checkbox"/> Sangrar de las encías <input type="checkbox"/> Vista nublada <input type="checkbox"/> Estrabismo/Bizquera <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Supuración por los oídos <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Zumbido de los oídos <input type="checkbox"/> Problemas de la sinus <input type="checkbox"/> Visión – Fulguración <input type="checkbox"/> Visión – Círculos de luz <p>PIEL</p> <input type="checkbox"/> Se pone morada fácilmente <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Cambios en verrugas <input type="checkbox"/> Salpullidos <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Llagas que no cicatriza	<p>para los HOMBRES solamente</p> <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Dificultad en la erección <input type="checkbox"/> Bulto en los testículos <input type="checkbox"/> Supuración por el pene <input type="checkbox"/> Llagas en el pene <input type="checkbox"/> Otros <p>para las MUJERES solamente</p> <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou anormal <input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos <input type="checkbox"/> Bulto en el seno <input type="checkbox"/> Dolor menstrual muy fuerte <input type="checkbox"/> Fogaje ("Hot Flashes") <input type="checkbox"/> Supuración por los pezones <input type="checkbox"/> Coito doloroso <input type="checkbox"/> Supuración por la vagina <input type="checkbox"/> Otros <p>Fecha de la última menstruación _____</p> <p>Fecha de la última Prueba de Papanicolaou _____</p> <p>¿Ha tenido Ud. un mamograma? _____</p> <p>¿Está Ud. embarazada? _____</p> <p>¿Cuántos hijos tiene? _____</p>

CONDICIONES Marque con un tilde (✓) las condiciones que Ud. tiene o que ha tenido en el pasado.			
<input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Apendicitis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastornos de Desangramiento <input type="checkbox"/> Bulto en los Senos <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Drogaadicción <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> HIV Positivo <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Problemas de la Próstata <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Problemas de la Glándula Tiroides <input type="checkbox"/> Amigdalitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas

MEDICAMENTOS Liste los medicamentos que Ud. toma actualmente	ALERGIAS A medicamentos o sustancias
Nombre de la Farmacia _____ Teléfono _____	