



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (eCW)

(En letra de imprenta)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Nombre completo preferido (si es diferente del anterior): _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono particular (línea fija): _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono laboral: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identidad de género: Mujer Hombre Mujer transgénero a hombre Hombre transgénero a mujer Genderqueer Elige no especificar
 Categoría de género adicional no incluida en la lista _____

Raza: Indio americano/nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico Negro/afroamericano Blanco
 Hispano Elige no especificar Otro que no figura en la lista _____

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Elige no especificar

Idioma preferido: Inglés Español Lenguaje de señas Japonés Mandarín Coreano Francés Indio: Hindi, Tamil, Gujarati, etc.
 Swahili Ruso Árabe Vietnamita Criollo haitiano Bosnio/Croata/Serbio/Serbocroata Albanés
 Birmano Tagalo Farsi-Irani/Persa Portugués Camboyano Otros que no figuran en la lista _____

Número de Seguro Social del paciente: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente)

(Información utilizada para los estados de cuenta del paciente)

Parte responsable: Otro paciente Garante El paciente mismo Marque aquí si la información de dirección y teléfono es la misma que la del paciente

Nombre de la parte responsable: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: DD ___/MM ___/AAAA ___ Sexo: Femenino Masculino

Número de Seguro Social de la parte responsable: _____ - _____ - _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO: Presente sus tarjetas de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____

Número de teléfono: _____ ¿Tiene un testamento en vida? Sí No

Relación del contacto de emergencia con el paciente: _____ Tutor

Domicilio _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Ext. _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a recibir información sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico que se va a utilizar, para que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o un procedimiento después de conocer los riesgos y peligros que implica. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un intento de obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuados para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) autoriza el tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho a discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le sea indicada. Si tiene alguna inquietud sobre alguna prueba o tratamiento que haya indicado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a un médico o proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la afección por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante personal en letra de imprenta: _____ Vínculo con el paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento del paciente para comunicaciones financieras

Acuerdo financiero.

- Estoy al tanto de que, como cortesía, **NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC** puede facturar a mi compañía de seguros los servicios que me han proporcionado.
- Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no están cubiertos o por los cargos cubiertos no pagados en su totalidad incluyendo, entre otros, cualquier copago, coaseguro o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.
- Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos.

Cobros por terceros. Reconozco que **NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC** puede utilizar los servicios de una entidad asociada o afiliada externa como una oficina comercial extendida ("Prestador EBO") para la facturación y mantenimiento de cuentas médicas.

Asignación de beneficios. Por el presente, asigno a **NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC** cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me proporcionan. Entiendo que **NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC** tiene derecho a rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no se asignan a **NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC**, estoy de acuerdo en reenviar todos los pagos de seguro de salud o de terceros que reciba por servicios que se me proporcionen inmediatamente después de recibirlos.

Certificación de paciente de Medicare y asignación de beneficios. Certifico que cualquier información que yo suministre, si la hubiere, al solicitar pagos según el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la ley del Seguro Social es correcta. Solicito que los pagos de beneficios autorizados de los programas Medicare o Medicaid se hagan, en mi nombre, a **NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC**.

Consentimiento para llamadas telefónicas para comunicaciones financieras. Para que **NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC** o los prestadores de servicios de oficina comercial extendida (EBO) y los agentes de cobro mantengan mi cuenta o cobren los montos que pueda deber, expresamente acepto y doy mi consentimiento para que **NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC** o el prestador de oficina comercial extendida y los agentes de cobro puedan ponerse en contacto conmigo, en relación con los servicios prestados o mis obligaciones financieras, por teléfono en cualquier número de teléfono, sin limitación de conexión inalámbrica, que yo haya proporcionado, o que **NEUROSURGICAL SPECIALISTS OF EL PASO, PLLC** o el prestador de oficina comercial extendida y los agentes de cobro hayan obtenido o en cualquier número de teléfono al que se haya remitido o transferido la llamada desde ese número. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales o el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará con la misma validez que el original.

Firma del paciente/representante del paciente: _____ **Fecha:** _____

Si usted no es el paciente, indique su vínculo con el paciente (marque con un círculo o marque los vínculos en la siguiente lista):

Cónyuge
Padre/madre
Tutor legal

Garante
Poder notarial para asistencia sanitaria
Otro (especifique) _____

Aviso de prácticas de privacidad/clínicas / Notice of Privacy Practice/clinics

_____ (iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la clínica/consultorio puede usar y divulgar mi información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos; entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que el proveedor o los socios comerciales del proveedor pueden divulgar esta información de forma electrónica. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

Patient/Representative initials) I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practice, which describes the ways in which the practice/clinic may use and disclose my healthcare information for its treatment, payment, healthcare operations and other described and permitted uses and disclosures, I understand that I may contact the Privacy Officer designated on the notice if I have a question or complaint. I understand that this information may be disclosed electronically by the Provider and/or the Provider's business associates. To the extent permitted by law, I consent to the use and disclosure of my information for the purposes described in the Notice of Privacy Practice. /

Divulgaciones a amigos o miembros de la familia / Disclosures to Friends and/or Family Members

¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU AFECCIÓN MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿A QUIÉN? Doy permiso para que se divulgue mi Información de salud protegida a fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención a mis familiares y otras personas que se detallan a continuación:

DO YOU WANT TO DESIGNATE A FAMILY MEMBER OR OTHER INDIVIDUAL WITH WHOM THE PROVIDER MAY DISCUSS YOUR MEDICAL CONDITION? IF YES, WHOM? I give permission for my Protected Health Information to be disclosed for purposes of communicating results, findings and care decisions to the family members and others listed below

	Nombre / Name	Vínculo / Relationship	Número de contacto / Contact Number
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y dicha revocación o modificación debe ser por escrito.
Patient/Representative may revoke or modify this specific authorization and that revocation or modification must be in writing.

Comunicaciones sobre My Healthcare / Communications about My Healthcare

Acepto que el Proveedor o un representante del Proveedor o un consultorio médico independiente pueden comunicarse conmigo para programar las visitas de seguimiento necesarias recomendadas por el médico tratante.

I agree the Provider or an agent of the Provider or an independent physician's office may contact me for the purposes of scheduling necessary follow-up visits recommended by the treating physician.

Consentimiento para la toma de fotografías u otro tipo de grabación para operaciones de seguridad o atención médica / Consent for Photographing or Other Recording for Security and/or Health Care Operations

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, grabaciones digitales de audio o imágenes de mí para la atención, a los fines de seguridad o para operaciones de atención médica del consultorio/clínica (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Entiendo que el consultorio/clínica conserva los derechos de propiedad de las imágenes o las grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a las imágenes o grabaciones, u obtener copias de estas, cuando sea tecnológicamente posible a menos que lo prohíba la ley. Entiendo que estas imágenes o grabaciones se guardarán y protegerán de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifica no se divulgarán ni se utilizarán fuera de las instalaciones sin una autorización específica por escrito de mi parte o mi representante legal, a menos que la ley lo permita o exija.

I consent to photographs, digital or audio recordings, and/or images of me being recorded for patient care, security purposes and/or the practice's/clinic's health care operations purposes (e.g., quality improvement activities). I understand that the practice/clinic retains the ownership rights to the images and/or recordings. I will be allowed to request access to or copies of the images and/or recordings when technologically feasible unless otherwise prohibited by law. I understand that these images and/or recordings will be securely stored and protected. Images and/or recordings in which I am identified will not be released and/or used outside the facility without a specific written authorization from me or my legal representative unless otherwise permitted or required by law.

Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica / Consent to Email, Cellular Telephone, or Text Usage for Appointment Reminders and Other Healthcare Communications

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular en los que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atención médica en mi correo electrónico o en la dirección de mensajes de texto que proporcioné u obtuve el consultorio o su administrador de EBO, en

cualquier número de mensaje de texto reenviado o transferido desde ese número. Estas instrucciones pueden incluir, entre otras, instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información de recetas. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones a la familia o representantes designados con respecto a mi tratamiento o afección, o mensajes recordatorios de citas para la atención médica.

Importante: Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La clínica/consultorio no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular según lo estipulado en su plan de servicios inalámbricos (comuníquese con su proveedor para conocer los precios y los detalles de los planes).

If at any time I provide an email address or cellphone number at which I may be contacted, I consent to receiving unsecure instructions and other healthcare communications at the email or text address I have provided or you or your EBO Servicer have obtained, at any text number forwarded, or transferred from that number. These instructions may include, but not be limited to: post-procedure instructions, follow-up instructions, educational information, and prescription information. Other healthcare communications may include, but are not limited to, communications to family or designated representatives regarding my treatment or condition, or reminder messages to me regarding appointments for medical care.

Note: You may opt out of these communications at any time. The practice/clinic does not charge for this service, but standard text messaging rates or cellular telephone minutes may apply as provided in your wireless plan (contact your carrier for pricing plans and details).

Importante: Este centro utiliza una historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su comodidad en todos nuestros centros afiliados con los que usted se relaciona que comparten la historia clínica electrónica.

Note: This location uses an Electronic Health Record that will update all your demographics and consents to the information that you just provided. Please note this information will also be updated for your convenience to all our affiliated locations that share an electronic health record in which you have a relationship.

Divulgación de información / Release of Information

Por la presente, autorizo que el consultorio/clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica con respecto a servicios anteriores de otros proveedores afiliados a HCA puede estar disponible para los proveedores afiliados posteriormente a HCA para coordinar la atención. La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente para verificar las preguntas de cobertura o pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios brindados se relacionan con una reclamación de indemnización laboral.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios u operadores para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, sin carácter restrictivo, antecedentes y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso médico, notas de enfermería, consultas, informes psicológicos o psiquiátricos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que esta instalación participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre ellas para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mi historia clínica, disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información, agregar y comparar mi información para fines de mejora de la calidad, y cualquier otro propósito que permita la ley. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de una o más de esas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre las afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, afecciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química o enfermedades infecciosas, lo que incluye, entre otras, enfermedades transmitidas por sangre, como el VIH y el SIDA.

I hereby permit practice/clinic and the physicians or other health professionals involved in the inpatient or outpatient care to release healthcare information for purposes of treatment, payment, or healthcare operations.

- Healthcare information regarding a prior service(s) at other HCA affiliated providers may be made available to subsequent HCA-affiliated providers to coordinate care. Healthcare information may be released to any person or entity liable for payment on the Patient's behalf in order to verify coverage or payment questions, or for any other purpose related to benefit payment. Healthcare information may also be released to my employer's designee when the services delivered are related to a claim under worker's compensation.
- If I am covered by Medicare or Medicaid, I authorize the release of healthcare information to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers for payment of a Medicare claim or to the appropriate state agency for payment of a Medicaid claim. This information may include, without limitation, history and physical, emergency records, laboratory reports, operative reports, physician progress notes, nurse's notes, consultations, psychological and/or psychiatric reports, drug and alcohol treatment and discharge summary.
- Federal and state laws may permit this facility to participate in organizations with other healthcare providers, insurers, and/or other health care industry participants and their subcontractors in order for these individuals and entities to share my health information with one another to accomplish goals that may include but not be limited to: improving the accuracy and increasing the availability of my health records;

decreasing the time needed to access my information; aggregating and comparing my information for quality improvement purposes; and such other purposes as may be permitted by law. I understand that this facility may be a member of one or more such organizations. This consent specifically includes information concerning psychological conditions, psychiatric conditions, intellectual disability conditions, genetic information, chemical dependency conditions and/or infectious diseases including, but not limited to, blood borne diseases, such as HIV and AIDS.

Certifico que he leído y entiendo completamente todas las páginas de las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

I certify that I have read and fully understand the above statements from all pages and consent fully and voluntarily to its contents.

Firma del paciente/representante: Patient/Representative Signature	Vínculo con el paciente (paciente, padre, tutor legal/representante, etc.) / Relationship to Patient (self, parent, legal guardian/representative, etc)	Fecha / Date

Practice:OPTIONAL ON FORM- REMOVE THIS Prescription Order Pick up Section ONLY if NA to your practice/clinic]

Recoger pedidos de medicamentos recetados. Puede haber momentos en los que necesite que un amigo o un familiar recojan un pedido de medicamentos recetados (receta) del consultorio de su médico. Para que podamos entregar una receta a su familiar o amigo, necesitaremos un registro de su nombre. Antes de entregar la receta, la persona designada por usted deberá presentar una identificación válida con foto y firmar para obtener la receta.

Prescription Order Pick-up. There may be times when you need a friend or family member to pick-up a prescription order (script) from your physician's office. In order for us to release a prescription to your family member or friend, we will need to have a record of their name. Prior to release of the script, your designee will need to present valid picture identification and sign for the prescription.

- **Quiero** ____ (iniciales del paciente/representante) designar a la siguiente persona para que retire una receta en mi nombre:
- **I do want** ____ (Patient/Representative Initials) to designate the following individual to pick up a prescription order on my behalf

NOMBRE / NAME	Vínculo con el paciente / Relationship to Patient

- **No quiero** ____ (iniciales del paciente/representante) designar a ninguna persona para que retire mi receta.
- **I do not want** ____ (Patient/ Representative Initials) to designate anyone to pick-up my prescription order.

Notice of Form Fee

There will be a \$20.00 charge for completion of each disability (or other) forms, which is due at the time the form is brought into the office. Please note these forms are only filled out for patients who are undergoing surgery. Please allow 1 week from the time the form is brought in (and/or the time of the last office visit) for completion of the form so that the receptionist has all the necessary information to complete the form.

Thank you.

Aviso de Cobro Para Formas

Habr  un cargo de \$ 20.00 por completar cada uno de los formularios de discapacidad (u otros), que se deben pagar en el momento en que se lleve el formulario a la oficina. Tenga en cuenta que estos formularios solo se completan para pacientes que se someten a cirugía. Permita que transcurra una semana desde el momento en que se presenta el formulario (y / o la hora de la última visita al consultorio) para completar el formulario, de modo que la recepcionista tenga toda la información necesaria para completar el formulario.

Gracias.

Signature:
(Firma)

Date: / /
(Fecha)

Thank you for choosing Neurosurgical Specialists of El Paso, PI-I-C. We shall do our best to provide you with quality and courteous care of your neurological needs.

Gracias por elegir a Neurosurgical Specialists of El Paso, PLLC. Haremos todo lo posible para brindarle calidad y atención amable a sus necesidades neurol gicas.

Appointment Cancellation Policy

In order to best serve our patients, we respectfully request that appointments be kept as scheduled. Cancellations are accepted in advance of the appointment by telephone. We respectfully request 24 hour advance notice if you need to cancel your appointment.

Política de cancelación de citas

Con el fin de servir mejor a nuestros pacientes, respetuosamente solicitamos que la cita se cumpla según lo programado. Las cancelaciones se aceptan antes de la cita por teléfono. Solicitamos respetuosamente un aviso con 24 horas de anticipación si necesita cancelar su cita.

Medication Refill Policy

A 48 hour notice is needed for refill of medication. If appointments have been missed or cancelled, or treatment is not current, medication may not be renewed. Pain medication needs to be filled from your primary physician or your pain management physician. Medication requests will not be taken after hours or on weekends.

Política de reposición de medicamentos

Se necesita un aviso de 48 horas para rellenar el medicamento. Si las citas se han perdido o cancelado, o el tratamiento no es actual, los medicamentos no pueden ser renovados. La medicación para el dolor debe ser llenada por su médico de cabecera o por su médico de control del dolor. Las solicitudes de medicamentos no se tomarán fuera del horario habitual o los fines de semana.

Signature:

Date:

(Firma)

(Fecha)

FARMACIA: _____

Fecha: _____

Questionario Medico

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo H M

Queja Principal: _____

Recomendado por Medico: _____ Medico General: _____

Medico control del dolor: _____ Cardiólogo: _____

Compania de trabajo: _____ Ocupación: _____

Deberes de Trabajo: _____

HISTORIAL DE LA PRESENTE ENFERMEDAD/CONDICION: _____

¿Estuvo en un accidente automovilístico? Si No ¿Se accidentó en el trabajo? Si No

¿Por favor describa el accidente, Como sucedió _____

¿Cuál es el nivel de dolor, de la escala del 1 al 10, siendo el 10, el peor dolor posible? _____

¿Por cuánto tiempo ha tenido este dolor? _____

¿Que hace que el dolor incremente? Parado Sentado Acostado Caminando Agachado

En Movimiento Otro: _____

¿Tiene algún problema controlando la vejiga? Si No

¿Ha tenido alguna cirugía en el cuello o espalda? Si No

Cuando: _____ Donde: _____

¿Ha tenido alguna inyección de epidural? Si No

Cuando: _____ Donde: _____

¿Lo han atendido en Terapia Física? Si No

Cuando: _____ Donde: _____

¿Lo ha atendido el Quiropráctico? Si No

Cuando: _____ Donde: _____

DESCRIBA SU DOLOR Constante Irregular Fuerte Apuñalado Entumecido Hormigueo
Tedioso En Arco Ardiente Estampado Palpitante Calambres Eléctricos Punzadas

Por favor circule si ha experimentado dolor, debilidad, o entumecido

Mano: Derecha Izquierda Cadera: Derecha Izquierda

Espalda Piernas: Derecha Izquierda

Pies: Derecha Izquierda Cuello:

Mano: Derecha Izquierda Hombros: Derecha Izquierda

CONDICIONES: Por favor circule las condiciones en las que se encuentra actualmente o en las que ha estado en el pasado:

Trastornos de Estrés Postraumáticos

Anemia

Complicaciones de Anestesia

Ansiedad

Enfermedades de los riñones

Gota

Tiroides

Depresión

Artritis

Asma

Cáncer: _____

Dependencia de Drogas químicas

Diabetes **Ultimo día de A1c:** _____ **Donde:** _____

Fibromialgia

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica

Dolores de Cabeza/Migraña

Enfermedad del Corazón/Marcapasos

Hepatitis A B C

Hipertensión

Enfermedad del Hígado

Enfermedad de la Próstata

Convulsiones/Epilepsia

Infarto

Otro _____

Otro _____

HISTORIAL DE CIRUJIAS: Liste las cirugías que haya tenido y la fecha.

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

MEDICAMENTOS: Liste los medicamentos que actualmente este tomando (incluyendo vitaminas o hierbas)

1. _____ 6. _____

2. _____ 7. _____

3. _____ 8. _____

4. _____ 9. _____

5. _____ 10. _____

ALERGIAS: Liste alergias y medicamentos que esté actualmente consumiendo

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Historial de Consumo Social: Circule Si o No a las sustancias

Cafeína: Si No Cuanto: _____

Tabaco: Si No Cuanto: _____

Alcohol: Si No Cuanto: _____

HISTORIAL FAMILIAR: Liste las enfermedades que este en su familia

Madre: Viva Fallecido Enfermedades: _____

Padre: Vivo Fallecido Enfermedades: _____

Hermanos: _____ Hermanos _____ Hermanas _____ Enfermedades: _____

Hijos: _____ Niños _____ Niñas _____ Enfermedades: _____

Yo certifico que la información en este formato es correcta, y es contestado con mi más honesto conocimiento. No hare responsable a mi doctor principal por las respuestas en este formato contestado.

Firma: _____ Fecha: _____