

**PATIENT INFORMATION FORM**

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
MRN:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	
Direccion 1:			
Direccion 2:			
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
# de Telefono:	# Telefono del Trabajo:	# de Telefono Celular:	Correo electronic:
Método preferido de contacto: <input type="checkbox"/> # de Telefono <input type="checkbox"/> # de Telefono Celular <input type="checkbox"/> # Telefono del Trabajo <input type="checkbox"/> Correo electronic <input type="checkbox"/> Correo			
Método recomendado: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Electrónico Idioma preferido:			
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano / Otras islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco / caucásico			
¿Eres: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano Médico que lo referio: _____			

**Información de el partido responsable**

Apellido:	Primer Nombre:
Relación del paciente a la parte responsable:	Telefono:
Direccion 1:	
Direccion 2:	
Ciudad:	Estado: Codigo Postal:

**Información de seguro primario**

¿Usted o su esposo (a) estan trabajando?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si, la respuesta es si, Quien?
Nombre de el seguro primario:	Nombre del plan:
Direccion:	
Ciudad:	Estado: Codigo Postal:
# de Poliza:	#de Grupo: Fecha de Nacimiento:
Nombre de la persona Asegurada:	Sexo:
Direccion de la persona Asegurada:	
Ciudad:	Estado: Codigo Postal:
Parentezco con el paciente:	

**Información de seguro secundario**

¿Usted o su esposo (a) estan trabajando?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si, la respuesta es si, Quien?
Nombre de el seguro primario:	Nombre del plan:
Direccion:	
Ciudad:	Estado: Codigo Postal:
# de Poliza:	#de Grupo: Fecha de Nacimiento:
Nombre de la persona Asegurada:	Sexo:
Direccion de la persona Asegurada:	
Ciudad:	Estado: Codigo Postal:
Parentezco con el paciente:	

**MEDICAL INFORMATION**

¿Es la visita relacionada a un accidente de auto?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Es la visita relacionada a una lastimadura sufrida en el trabajo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Fecha de la lastimadura?: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ ft. \_\_\_\_\_ in. Weight: \_\_\_\_\_

**Usted Fuma?:**

todos los días     algunos días     nunca ha fumado     Fumador, estado actual desconocido     Ex fumador     Desconocido

**Medicamentos actuales:  ninguno**

<input type="checkbox"/> ActoPlus Med	<input type="checkbox"/> Fortamet	<input type="checkbox"/> Glyburid Met	<input type="checkbox"/> PrandiMet
<input type="checkbox"/> Avandamet	<input type="checkbox"/> Glucophage	<input type="checkbox"/> Janumet	<input type="checkbox"/> Riomet (forma líquida de Metformin)
<input type="checkbox"/> Diabex	<input type="checkbox"/> Glucovance	<input type="checkbox"/> Metaglip	
<input type="checkbox"/> Diafomin	<input type="checkbox"/> Glumetza	<input type="checkbox"/> Metformin	

**Historia clínica:  ninguno**

<input type="checkbox"/> pinzas aneurisma / bobina	<input type="checkbox"/> Implantes de seno	<input type="checkbox"/> Bomba de insulina	<input type="checkbox"/> Paraplegico
<input type="checkbox"/> Cirugia de aneurisma	<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> Metal en el cuerpo	<input type="checkbox"/> Reacción a contraste de tomografía
<input type="checkbox"/> Aneurisma sin cirugía	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bomba de morfina	<input type="checkbox"/> Reacción a contraste de MRI
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal

**Alergias:  ninguno**

<input type="checkbox"/> Cinta adhesiva	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Picadura de abeja	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Lidocaína / Novacaine	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Betadine ( Yodo tópico)	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Moho	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Contraste (Imagenes Medicas)	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> cacahuete o otras nueces	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Perro, Gato, o Animal	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Polvo	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Alcohol isopropílico	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Fruta	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Hierba / Polen	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Sulfonamide	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa

**Las reacciones alérgicas leves** incluyen comezon, congestión nasal, ronchas y ojos llorosos.

**Reacciones alérgicas moderadas** incluyen presión en el pecho, diarrea, calambres, dificultad para pasar saliva , mareos, dolores de cabeza, enrojecimiento de la cara, náuseas, vómitos, palpitaciones, hinchazón de la cara / ojos / lengua, debilidad y pérdida del conocimiento.

**Reacción alérgica grave** es shock anafilactico.

**A nuestros pacientes femeninos**

Algunos procedimientos de radiología están contraindicados (no recomendados) para pacientes que puedan estar embarazadas. Si usted esta embarazada o puede estar embarazada notifique a uno de nuestros miembros de equipo.

\_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha de última menstruación: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Autorización y Acuerdo**

**Yo autorizo y dirigio a mi compañía de seguros que pagen directamente a este proveedor de servicios médicos cualquiera beneficio debido bajo mi plan de seguro. Estoy de acuerdo en pagar el saldo de los cargos no pagados bajo mi plan. También autorizo este proveedor para utilizar, divulgar u obtener cualquiera de mi información personal de salud para el tratamiento y pago. Si, no estoy asegurado entiendo que soy totalmente responsable de todos los cargos.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal, para HILARY TEST \_\_\_\_\_  
Fecha