



Registración del Paciente

Paciente _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono # Casa _____ Celular _____ Contacto Primario: Casa Celular
(Circule Uno)

SS#: _____ - _____ - _____ Femenino Masculino Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Compañero/a de vida
(Circule Uno) (Estado civil circule uno)

Idioma preferido: _____ Raza: _____ Origen étnico: _____

Ocupación: _____ Numero del trabajo: _____

Nombre del seguro primario: _____ Numero de póliza: _____

Tipo de plan: HMO PPO POS Otro Teléfono de la aseguranza #: () _____ Otro: _____
(Circule uno)

Nombre del seguro secundario: _____ Numero de póliza: _____

Tipo de plan: HMO PPO POS Other Teléfono de la aseguranza #: () _____ Otro: _____
(Circule uno)

Nombre de contacto de emergencia: _____ Dirección de contacto de emergencia: _____

Numero de teléfono #: _____ Relación con el paciente _____

Como escuchó de Soni Family Practice? _____

Soni Family Practice ofrece una plataforma Segura y conveniente para que el paciente pueda tener acceso a su información médica, como actualizar su información personal, hacer citas médicas, ver sus citas próximas, ver sus resultados de exámenes, etc., a través del Portal del Paciente del paciente.

¿Quiere tener acceso al portal para pacientes? Si No
(Circule Uno)

(Iniciales) Yo autorizo que descarguen mi historial de inmunización/vacunas.

(Iniciales) Yo autorizo que descarguen mi historial de medicamentos.

Acuerdo de Pago de Seguro y Autorización

Yo autorizo a mi seguro medico para que pague cualquier beneficio directamente a Soni Family Practice, PLLC. Yo entiendo y estoy de acuerdo que cualquier suma pagada para los servicios serán acreditados a mi cuenta. Dado el caso que la suma sea insuficiente para pagar mi cuenta, yo acepto que soy responsable por cualquier cargo, balance, y servicio que no sea pagado por mi seguridad medica en treinta días. Yo autorizo a cualquier titular de mi información medica que sea enviada a Administración de Financiamiento de Atención Medica y su agente para que determinen los pagos por los servicios proveídos.

Firma: _____ Fecha: _____

Permiso para divulgar informacion

Yo pido y autorizo a Soni Family Practice, PLLC que obtenga cualquier información medica e historial de hospitales, oficinas médicas, oficinas de laboratorios, o centros diagnósticos. Yo entiendo que mi información medica esta en un estado de privilegio y confidencialidad, y estoy renunciando a este estado y autorizo a que mi información clínica sea divulgada.

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso De Las Políticas De Privacidad Forma De Recibido

Yo, _____, he recibido una copia de Soni Family Practice, PLLC's Aviso de Practicas de Privacidad.



Cuestionario de salud medica

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ DOB: _____

Sus respuestas en esta forma ayudaran a su doctor de cabecera a entender mejor sus preocupaciones y condiciones. Si no se siente cómodo/a contestando alguna pregunta, no la conteste. Escriba notas que crea que sean importantes.

Razón de la visita: _____

Otras preocupaciones: _____

Alergias

Eres alérgico/a a algún medicamento?: Si No

Escribe cualquier cosa a la que sea alérgico/a (medicamentos, comida, picadura de abeja etc.) y qué efecto le produce.

Table with 2 columns: Effect (Efecto) and Reaction (Reacción). Rows 1, 2, 3.

Que farmacia usa: _____ Ciudad: _____

Medicamentos

Por favor liste todos los medicamentos que usted se esté tomando, incluyendo inhaladores, oxigeno, quimioterapia medicamentos con prescripción y vitaminas.

Table with 4 columns: Name (Nombre del medicamento), Dose (Dosis), Frequency (Frecuencia), Start Date (Fecha de inicio). Rows 1-10.

Historial de inmunizacion

Inmunizaciones y fechas mas reciente:

- Checkboxes for various immunizations: Varicela, Vacuna de gripe, Gardasil/VPH, Hepatitis A, Hepatitis B, Meningococo, MMR, Neumonía, Tdap, Tétanos, Zostavax, Tifoidea/o, Viruela, Neumococo. Each includes a date field.

Hospitalizaciones: (Otras operaciones)

Table with 2 columns: Reason (Razon), Approximate Date (Fecha aproximada). Rows 1-3.

Serious Injuries:

Table with 2 columns: Reason (Razon), Approximate Date (Fecha Aproximada). Rows 1-3.

Historial de cirugias

Table with 4 columns: Surgery (Cirugias), Reason (Razon), Year (Año), Hospital. Rows 1-4.



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial obstetrica y ginecología (Mujer solamente)

- Ultimo Papanicolaou _____
Ultima mamografía _____
Edad de Primera menstruación _____
Fecha de la última menstruación o edad de menopausia _____
Número de embarazos: _____ Nacimientos: ___ Vivos _____
Abortos espontáneos: ___ Abortos: ___
[] Cesáreas sí, cantidad: _____
[] Sagrado entre menstruaciones
[] Sangrado pesado
[] Extremo dolor con menstruaciones
[] Picaz, ardiendo, o descarga
[] Se levanta en la noche para usar el baño
[] Sofocos
[] Bulto en el mama o descarga en el pezón
[] Dolor al tener relaciones sexuales
[] Sexualmente activo
Compañero sexual es [] Mujer [] Hombre
Usted usa condones [] Si [] No
Otro tipo de control de fertilidad usado: _____
[] Interesada a que le hagan examen de enfermedades venereas
[] Chequeo de la mama manual

Historial médico (Por favor marque todo lo que aplique)

- [] Abuso de alcohol [] Diabetes - I [] Migraña/ dolores de cabeza
[] Amputación [] Diabetes - II [] Paperas
[] Anemia [] Insulina [] Sin-Insulina [] Ataque de nervios
[] Desorden de ansiedad [] Diálisis [] Neuropatía
[] Artritis [] Enfisema [] Osteoporosis
[] Osteo [] Reumatoide [] Ostomías
[] Asthma [] Gota [] Tiroides hiperactiva
[] Enfermedad sangrante (especificar)___ [] Infarto de miocardio [] Parálisis
[] Coágulos de sangre [] Otra enfermedad del corazón [] Polio
[] Cáncer (Especificar)_____ [] Hepatitis [] Embolia pulmonar
[] Arritmia cardiaca [] Hernia Hiatal o enfermedad de reflujo [] Reflujo o Ulceras
[] Marcapasos _____ [] VIH o SIDA [] Convulsiones
[] Bronquitis crónica [] Colesterol alto [] Trastornos del sueño
[] Inflamación [] Presión alta [] Derrame Cerebral
Especifique:_____ [] Enfermedad de los riñones [] Tuberculosis
[] EPOC (COPD) [] Piedras de riñón [] Enfermedad vascular
[] Enfermedad de la arteria coronaria [] Pierna/pie Úlceras [] Otro
[] Claustrofobia [] Enfermedad del hígado (especificar):_____
[] Depresión

Otras condiciones: _____
¿Ha tenido examen cardíaco? [] Si [] No Cuando: _____
Tienes historial de adicción a las drogas? [] Si [] No

Hábitos personales:

- 1) Alguna vez ha fumado? ¿Si No Si, fuma regularmente ahora? Si No
¿Alguna vez a mascado tabaco? Si No Si, numero de anos. _____ No, cuando paro? _____
2) ¿Bebe alcohol regularmente? Si No Si, con que frecuencia: _____
3) ¿Alguna vez a usado lo siguiente? Marijuana LSD Heroína Cocaína Speed Otra: _____

Historial medica familiar

Table with 4 columns: Relación, Vivo?, Edad, Significant Health Problems. Rows include Abuela (Materna), Abuelo (Materna), Abuela (Paterna), Abuelo (Paterna), and Padre.



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial medica familiar cont.

Madre

Hermano/Hermana

Hermano/Hermana

Otro: _____

- Alcoholismo Artritis Depresión Cáncer Diabetes Enfermedad Genética
- Enfermedad del corazón Hipertensión Osteoporosis Derrame Cerebral
- Alcoholismo Artritis Depresión Cáncer Diabetes Enfermedad Genética
- Enfermedad del corazón Hipertensión Osteoporosis Derrame Cerebral
- Alcoholismo Artritis Depresión Cáncer Diabetes Enfermedad Genética
- Enfermedad del corazón Hipertensión Osteoporosis Derrame Cerebral

Servicios preventivos

Preventive Services	Fecha recibido	Resultados y recomendaciones
Exploración de la densidad ósea		
Detección de enfermedades cardiovasculares > Colesterol > Lipoproteínas de baja densidad > Electrocardiograma	_____ _____ _____	Hypercholesterolemia _____ Hyperlipidemia _____ Other _____ EKG Results: _____
Detección de cáncer colorrectal > Sigmoidoscopia flexible > Enema de bario > Colonoscopia > Prueba de sangre fecal	_____ _____ _____ _____	
Detección de diabetes > Hg A1C > Examen de los pies > Examen de los ojos	_____ _____ _____	Cataratas: Si No Otro: _____
Detección de glaucoma		Glaucoma: Si No
Detección de cáncer de próstata > Examen rectal digital > Prueba de antígeno prostático específico		

Firma _____
Fecha

Fecha recibido: _____ Physician Signature: _____