

**INFORMACION SOBRE EL PACIENTE**

NOMBRE LEGAL: _____ NO. SEG. SOC.: _____
Apellido Primer Nombre

NOMBRE PREFERIDO: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ APT#: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NO. TELEFONO CELULAR: _____ NO. TELEFONO CASA: _____

ESTADO CIVIL: Soltera _____ Casada _____ Divorciada _____ Otro _____

REFERIDO CERCA: _____

MÉDICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: _____ NO. TELEFONO: _____

FARMACIA: _____ NO. TELEFONO: _____

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

NO. TELEFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

**SOSTENEDOR PRIMARIO DEL SEGURO (SI FUERA APLICABLE)**

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE PÓLIZA: _____ NO. SEG. SOC.: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: UNO MISMO _____ ESPOSO _____ HIJA _____ OTRO _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
(SI ES DIFERENTE AL PACIENTE)

NO. TELEFONO CASA: _____ NO. TELEFONO CELULAR: _____

**SEGURO SECUNDARIO (SI FUERA APLICABLE)**

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE PÓLIZA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NO. TELEFONO CASERO: _____ NO. TELEFONO CELULAR: _____

Asigno por este medio todas las ventajas médicas y/o quirúrgicas, para incluir las ventajas de la cirugía importante a las cuales me dan derecho, incluyendo seguro privado y cualquier otro plan de la salud, a la clínica Dallas E & W OB/GYN. Autorizo el lanzamiento de la información médica necesario pedir el reembolso de las compañías de seguros. Seguirá habiendo esta asignación en efecto hasta revocado por mí en la escritura. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas independientemente de si es pagado por el seguro dicho. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada como válido como la original. También entiendo que, si mi pago no se ha hecho de mi compañía de seguros en 60 días, será mi responsabilidad entrar en contacto con a la compañía de seguros y asegurarme que el pago está hecho a tiempo. Entiendo que cualquier pago excesivo en mi cuenta será acreditado o consolidado puntualmente. También entiendo que la cotización de mi compañía de seguros no garantiza el pago. La cantidad real del pago será resuelta cuando mi explicación de ventajas se recibe. Consentimiento para recibir el tratamiento: Autorizo por este medio al médico a tratarse o si un menor de edad, mi hija, según lo juzgado médicamente necesario.

Firma de la Persona Responsable: _____ Fecha: _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre: _____

Edad: _____

Por favor solo marque ☒ si usted o su familia ha tenido historia de algunas de las siguientes:

- | Usted | Familia | Usted | Familia |
|---------|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|
| () () | Anemia/Enfermedad de la sangre | () () | Artritis/Osteoporosis |
| () () | Hipertensión/Derrame Cerebral | () () | Coágulos de sangre en las piernas |
| () () | Cardiopatía | () () | Fibromas Uterinos |
| () () | Colesterol Alto | () () | Endometriosis |
| () () | Diabetes | () () | Períodos abundantes/irregulares |
| () () | Depresión/Ansiedad | () () | Masa mamaria/Dolor en pecho |
| () () | Trastorno de la Tiroides | () () | Epilepsia/Enfermedad Neural |
| () () | Asma/Problemas Respiratorio | () () | Incontinencia/Infección Urinaria |
| () () | Hepatitis/Enfermedades Del Hígado | () () | Prolapso Uterino |
| () () | Problemas de la vesícula biliar | () () | Antecedentes de Cáncer |
| () () | Problemas del Riñón | () () | Aumento/pérdida de peso excesivo |
| () () | Desorden del intestino | () () | Enfermedad de transmisión sexual |

Estatura: _____

*Peso: _____ lbs/kg

Lista de Cirugías (si es aplicable):

Fecha

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Lista de Medicamentos Recientes:

Alergias a Medicamentos (si tiene):

Consumo alcohol SÍ / NO Fumar SÍ / NO Consumo de Drogas SÍ / NO Hacer Ejercicios SÍ / NO

ESTADO DE LA INMUNIZACIÓN:

Hep B	Portador	SÍ	NO	?
Hep A	Anticuerpo	SÍ	NO	?
Hep B	Anticuerpo	SÍ	NO	?

⇒ Para prevenir enfermedades/cáncer del Hígado

Gardasil (Vacuna de VPH)	SI	NO	?
--------------------------	----	----	---

⇒ para la prevención del cáncer de cuello uterino, vagina y vulva en las mujeres

HISTORIA MENSTRUAL:

¿A Qué edad fue su primer ciclo menstrual? _____

Duración de flujo/sangrado: _____ ¿Tiene calambres o Dolores durante su ciclo? SÍ / NO

Primer día de ciclo menstrual pasado: _____ () insegura () menopausia

Número de días entre ciclo menstrual: _____ Edad de la menopausia: _____

Sangrado durante menstruación: () Ligero () Medio () Pesado () coágulos de sangre
() sangre entre períodos

Patrón de período: () Regular () Irregular

Comentarios:

EMBARAZOS:

Embarazos: _____ A término completo: _____ Prematura: _____

Abortos espontáneos: _____ Aborto provocado: _____ Ectópico: _____

Fecha de nacimiento	Duración del embarazo	Parto por cesárea o vaginal	Sexo	Peso al nacer

¿Alguna complicación? Por favor, explíquelo: _____

Historial de Bienestar:

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: Normal/Anormal	Historia de Papanicolaou anormal : SÍ / NO ¿Se ha realizado algún tratamiento? Colpobiopsia /Cryoterapia
Última mamografía:	Última Examen de la Densidad del Hueso:
Última colonoscopia:	Última ecografía pélvica:
Panel de salud general (sangre):	Sexualmente activo: SÍ / NO

Método actual de anticonceptivo: _____

¿Usted necesita información sobre un método de anticonceptivo? () SI () NO

¿Cuál es la razón por su visita?

WENLIANG SHI, MD, PhD
DALLAS E&W OB/GYN CLINIC

3100 Midway Rd, Suite 169
Plano, TX 75093

Phone: 972-378-9666
Fax: 972-378-9888

CONFIDENCIALIDAD y AUTORIZACIÓN PARA EL USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Acuse de recibo del aviso sobre las prácticas de privacidad.

Reconozco que se me ha facilitado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica de Obstetricia y Ginecología Dallas E&W, y que en dicho aviso se explica cómo se puede utilizar y divulgar mi información médica protegida.

Autorización de uso y divulgación

Autorizo a la Clínica de Obstetricia y Ginecología Dallas E&W a usar y divulgar mi información médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, según lo permitido por la ley. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Autorización para la comunicación electrónica (correo electrónico y mensajes de texto)

Autorizo a la Clínica Dallas E&W OB/GYN a comunicarse conmigo y enviarme mi información médica, incluyendo resultados de laboratorio, informes de imágenes, resúmenes de consultas y otros registros médicos, por correo electrónico y/o mensaje de texto (SMS) a la información de contacto que he proporcionado. Entiendo que la comunicación por correo electrónico y mensaje de texto puede no ser segura y podría ser vista por personas no autorizadas. Acepto este riesgo. Esta autorización permanecerá vigente a menos que la revoque por escrito.

Autorización para el uso del texto (marque UNA opción):

☐ **SÍ, acepto recibir información médica y de facturación por mensaje de texto (SMS).**

Iniciales

☐ **NO, no doy mi consentimiento para recibir información médica y de facturación por mensaje de texto.**

Iniciales

Información del paciente

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Correo electrónico

Teléfono móvil #

Firma

Fecha de firma

Representante del paciente / Tutor Legal (si procede): _____

Relación con el paciente: _____

Persona(s) autorizada(s) para discutir información médica y de facturación (opcional)

Si no aparece nadie en la lista de abajo, no está autorizada ninguna otra persona.

Nombre

Relación

Teléfono#

Nombre

Relación

Teléfono#