

**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: _____ NO. TELEFONO DE TRABAJO: _____

* EL MAJOR NUMERO POR CONTACTO POR RESULTADOS: _____ * SE PUEDE DEJAR MENSAJE DE VOZ/ O DE TEXTO? SI O NO

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):

Consume 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:

Número Total de Embarazos: _____

Parto Vaginal#: _____ Cesárea#: _____ Aborto espontáneo/Aborto#: _____ Niños vivos#: _____

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. Ste. 169
Plano, TX 75093

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

Confidencialidad

Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud

Reconozco que una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de la Clínica Dallas E & W OB/GYN está disponible para mí, el cual explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica.

Otros Usos y Divulgaciones: La divulgación de su información de salud para cualquier propósito que no esté listado en el "Aviso de Prácticas de Privacidad" requerirá su autorización específica. Si cambia de opinión después de autorizar un uso o divulgación de su información, puede enviar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar no afectará ni deshará ninguna divulgación realizada antes de la fecha de revocación. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su información de salud.

Nota: Si he proporcionado direcciones de correo electrónico para mis Contactos Preferidos, mi firma a continuación indica que entiendo y reconozco que la comunicación por correo electrónico no es segura. El correo electrónico puede ser interceptado durante la transmisión. Los mensajes no cifrados (y cualquier archivo adjunto) pueden ser leídos y potencialmente copiados y reenviados por otros. Los correos electrónicos pueden ser fácilmente vistos por alguien que no sea el destinatario previsto si, por ejemplo, accedo a los mensajes a través de un teléfono inteligente o una tableta.

→ _____
Nombre del Paciente **Fecha de Nacimiento**

→ _____
Firma del Paciente **Fecha**

Representante del Paciente / Tutor Legal **Relación con el Paciente**

Correo Electrónico: _____

Persona Autorizada para hablar sobre su condición médica:

Nombre de la Persona **Relación** **Número de Teléfono**
