

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

Permítanos obtener una historia clínica completa. Es muy importante que usted llene el formulario lo más completo posible. Esta información es muy importante. Por favor, llene todos los elementos. Es importante que su médico sepa que usted haya revisado, cuidadosamente todas las áreas de esta forma. Esta información será ingresada en la computadora y le invitamos a una copia del informe, si así lo desea.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

Teléfono: _____ (casa / celular) Seguro social: _____ Correo electrónico: _____

Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: Soltero\|a / Casado\|a / Divorciado\|a / Viudo\|a

Raza: _____ Etnicidad: Hispano / no-Hispano / me niego a mencionarlo

Idioma Preferido: Español / Otro: _____

Empleador del Paciente: _____ Teléfono: _____ Ocupación: _____

Nombre del padre/Guardián (en caso de menores de 18 años) _____

Contacto de Emergencia _____ Relación con el paciente _____ Teléfono _____

Nombre de su Médico primario: _____ Nombre del Médico que refirió: _____

Preferencia de Farmacia (Incluía la calle): _____

Razón de su visita hoy: _____

Seguro Primario: _____ Persona responsable de cuenta: _____ Fecha de Nacimiento: _____

POR FAVOR ESCRIBA CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTE TOMANDO ACTUALMENTE:

Nombre del medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia usted toma la medicina?

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí No. Si su respuesta es sí, conteste lo siguiente

El nombre del medicamento	Tipo de reacción

CIRUGIAS Y HOSPITALIZACIONES:

¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia? SI NO

Si su respuesta es sí, explique cuál fue su reacción: _____

Enumere cualquier cirugía que haya tenido (incluyendo fechas): _____

Alguna vez ha sido hospitalizado por razones no quirúrgicas (sin cirugía) SI NO

Si su respuesta es sí, enumere las razones por las hospitalizaciones. _____

Fuma? SI NO

Si su respuesta es si , conteste lo siguiente

¿cuántos cigarrillos al día? _____

cuánto tiempo has estado fumando? _____

bebe usted alcohol? SI NO

Si su respuesta es si , conteste lo siguiente

¿alguna vez has sentido como si debe reducir el consumo de alcohol? SI NO

¿alguna vez has estado molesto cuando la gente comenta sobre su consumo de alcohol? SI NO

¿alguna vez has sentido culpable o mal por beber? SI NO

¿Alguna vez ha tomado un trago en la mañana para calmar sus nervios? SI NO

Autorización del seguro privado para Asignación de Beneficios / divulgación de información:

El abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos a Sacramento ENT Medical Group, Inc. para servicios ofertados al paciente por el médico. Yo entiendo que mi acuerdo con mi compañía de seguros es un contrato independiente entre mi persona y mi compañía de seguros y que estoy responsable financieramente por cualquier cantidad no cubierta por mi contrato. También autorizo a liberar a mi compañía de seguros o su agente, la información relativa a la asistencia sanitaria, asesoramiento, tratamiento o suministros proporcionados al paciente. Esta información será utilizada con el propósito de evaluar y administrar las solicitudes de prestaciones. También entiendo que en el caso de que no tengo cobertura de seguro, yo soy responsable de todos los cargos facturados.

Firma responsable del Partido

Fecha

Este documento se necesita firmar en nuestra oficina.