

# 4 cuatro

## EN CASO DE EMERGENCIA

Llamar a: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Y del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de su doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

- Que Medicamentos está Tomando:**  Píldoras para los nervios  
 Analgésicos (Incluyendo aspirina)  Relajantes de músculos  Estimulantes  
 Anti-Coagulantes  Tranquilizantes  Insulina  Otros: \_\_\_\_\_
- ¿Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?**
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco/Ataque Cerebral     | <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón/Marca Paso   | <input type="checkbox"/> Murmullo del corazón  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad congénita del corazón  | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula Mitral    | <input type="checkbox"/> Válvulas artificiales |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol           | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas            | <input type="checkbox"/> Hepatitis             |
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV+                         | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster o Culebrilla       | <input type="checkbox"/> Cáncer                |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de cuello      | <input type="checkbox"/> Enfisema/Glaucoma                | <input type="checkbox"/> Anemia                |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o baja      | <input type="checkbox"/> Problemas Siquiátricos           | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza, frecuente/severo | <input type="checkbox"/> Problemas Renales                | <input type="checkbox"/> Úlceras/Colitis       |
| <input type="checkbox"/> Desmayos/Convulsiones/Epilepsia   | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis           | <input type="checkbox"/> Asma                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Tuberculosis             | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar         | <input type="checkbox"/> Quimioterapia         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda           | <input type="checkbox"/> Huesos o coyunturas artificiales | <input type="checkbox"/> Artritis              |

Enumere otras condiciones que tenga o haya tenido: \_\_\_\_\_

Enumere sus alergias: \_\_\_\_\_

Enumere previas operaciones/tratamientos y fechas: \_\_\_\_\_

Enumere accidentes serios, y fecha del suceso: \_\_\_\_\_

Historia Médica Familiar: \_\_\_\_\_

¿Usted fuma?  No  Sí ¿Cuanto? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_

¿Usa calzado ortopédico? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tiene su colchón? \_\_\_\_\_ ¿Es cómodo?  Sí  No

**PARA MUJERES:** ¿Toma la píldora anticonceptiva?  Sí  No

¿Está embarazada?  No  Sí / ¿Cuántos meses? \_\_\_\_\_ ¿Está Lactando?  Sí  No

# 5 cinco

# 6 seis

## SU CUENTA

### Persona Encargada de la Cuenta

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

#SS: \_\_\_\_\_

#de Licencia: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

**Como Desea Pagar:**  Efectivo  Cheque

Tarjeta de Crédito (si es aceptada)

\_\_\_\_\_  
FIRMA Autorizo que asignaciones, de mis beneficios y derechos del seguro, vayan directamente al proveedor de los servicios prestados (si esto se ofrece en ésta oficina).

- Le invitamos a aclarar cualquier inquietud relacionada con nuestro servicio. El mejor servicio se basa en un entendimiento mutuo y sincero entre el paciente y el proveedor.
- Si ningún acuerdo se ha previsto, nuestra oficina requiere que los servicios rendidos sean pagados en su totalidad al término de la visita. Si su cuenta no ha sido pagada dentro de 90 días de la fecha del servicio y ningún arreglo financiero se ha establecido. Usted será responsable por gastos legales o gastos por agencia de cobro u otros gastos que se ocasionen.
- Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y tratamiento. Además, autorizo al proveedor, o otra agencia de salud, suplir cualquier información requerida para procesar el seguro.
- Tengo pleno conocimiento de la información anterior y garantizo que es completa y correcta en mi entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PLEASE RECYCLE SO THAT WE MAY PRESERVE THE HEALTH OF OUR PLANET.

First Impression Forms, Inc. 1-800-99FORMS FORM # 1SMCA1 copyright ©2005