

INFORMACION DEL PACIENTE E HISTORIAL MEDICO

NOMBRE DEL PACIENTE _____

A FECHA DE NACIMIENTO: _____ **EDAD** _____ **ESTADOS CIVIL** _____

A OCUPACIÓN _____ **NÚMERO DE TELEFONO** _____

TENE UNA DIRECTIVA ANTICIPADA? SI () NO ()

HISTORIAL MEDICO

Check any that apply and describe 1. Problemas cardiacos 2. Trombosis 3. Hepatitis 4. Diabetes 5. Anemia 6. Rasgo de celulas falciformes/anemia 7. Enfermedad de la tiroides 8. Reaccion a la anestesia 9. Febre reumatica 10. Epilepsia/Convulsiones 11. Hipertension 12. Enfermedad Renal 13. Tuberculosis 14. Tendencias al sangrado	<input type="checkbox"/> 15. Asma <input type="checkbox"/> 16. Depresion o ansiedad <input type="checkbox"/> 17. Ataques de panico <input type="checkbox"/> 18. Enfermedad venerea <input type="checkbox"/> 19. VIH <input type="checkbox"/> 20. Consumo de alcohol <input type="checkbox"/> 21. Fumar <input type="checkbox"/> 22. "Drogas Sociales" <input type="checkbox"/> 23. Antibioticos <input type="checkbox"/> 24. Esteroides <input type="checkbox"/> 25. Anticoagulantes <input type="checkbox"/> 26. Tranquilizantes <input type="checkbox"/> 27. Medicamentos para la presion arterial <input type="checkbox"/> 28. Otro <input type="checkbox"/> 29. Ninguno de los anteriores	Cirugia previa/Hospitalizaion Ninguna ()	Primer dia del ultimo periodo: _____ # de embarazos anteriores: _____ Ninos: _____ Cesareas: _____ Ectopicos: _____ Aborto Espontaneo _____ Abortos: _____ Complicaciones: Ninguna ()
		ALERGIA o Ninguna () SUSCEPTIBILIDAD	Medicamentos: None ()

_____, MD Date _____

Nombre _____

Direccion		Ciudad/Pueblo	Estado	Codigo Postal	Condado	Numero de Seguro Social
Numero Celular	Numero de la casa	Numero de Trabajo			Caucasica Asiatica Africana American Hispana Otra	
Se puede llamar S () No ()	Se puede llamar S () No ()	Se puede llamar S () No ()				

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE LA EMERGENCIA

Nombre	Relacion	Direccion	Ciudad/Pueblo
		Estado	Codigo Postal
Numero Celular	Numero de la casa	Work Phone	

Quien te dijo sobre la clinica? _____ Has estado aqui antes? S () No () Cuando? _____

No has comido nada hoy (despues de la medianoche). S () No ()

SISTEMAS DE CUERPO

Tiene ahora o ha tenido problemas con los siguientes sistemas de cuerpo? S () No ()

					STAFF USE ONLY	
Sintomas Constitucionales			Piel	S	N	(Comments/Notes) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Fiebre	S	N	Salpudidos	S	N	
Los escalofrios	S	N	Granos	S	N	
Dolor de cabezaq	S	N	Picazon persistente			
Ojos			Musculo-Esqueletico			
Vision Oscuro/Borrosa	S	N	Dolor de...			
Vision Doble	S	N	...las articulaciones	S	N	
Dolor de los ojos	S	N	...el cuello	S	N	
			...la espalda	S	N	
Alergias			Oido/Nariz/Garganta/Boca			
a drogas	S	N	Infeccion del oido	S	N	
a latexs	S	N	Dolor de garganta	S	N	
otras cosas	S	N	Problemas sinusales	S	N	
Neurologico			Genitourinario			
Temblores	S	N	Retencion de orina	S	N	
Los mareos	S	N	Dolor de orinar	S	N	
Insensibilidad	S	N	Orinar de frecuencia	S	N	
Endocrino			Respiratorio			
Sed excesiva	S	N	Sibilancias	S	N	
Muy caliente/muy frio	S	N	Tos frecuente	S	N	
Cansada	S	N	Falta de aliento	S	N	
Gastrointestinal			Hematologica/Lymfatico			
Dolor Abdominal	S	N	Glandulas Hinchados	S	N	
Nausea/vomitando	S	N	Problemas de coagulacion	S	N	
Indigestion/acidez	S	N				
Cardiovascular			Psicologico			
Dolor de Pecho	S	N	Se siente deprimida?	S	N	
Varices	S	N	Ha pensado en suicido?	S	N	
Presion Alta	S	N				

Otros problemas: _____

Firma de Paciente: _____ Date: _____

METROPOLITAN SURGICAL ASSOCIATES

40 Engle Street
Englewood, NJ 07631

DIRECTIVA ANTICIPADA-TESTAMENTO EN VIDA

El 11 de Enero de 1992, entro en vigor una ley de Nueva Jersey que exige que todos los centros de atención médica pregunten a los pacientes si tienen instrucciones anticipadas o testamento en vida.

¿Tiene una directiva anticipada o un testamento en vida? Si_____ No_____
En caso afirmativo, nombre a su representante de atención médica.

Nombre

Número de Teléfono

VERIFICACION DE LA REVISION DE LA DECLARACION DE DERECHOS DEL PACIENTE

Certifico que me han ofrecido/dado una copia de la Declaración de Derechos del Paciente para mi revisión y cualquier pregunta que pueda haber tenido con respecto a ellos ha sido respondida a mi satisfacción.

RECONOCIMIENTO AVISO DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me ha ofrecido/dado un copia del Aviso de Privacidad como requisito de la ley federal (HIPAA).

DIVULGACION DE PROPIEDAD

Se me ha notificado que los médicos en ejercicio de Metropolitan Surgical Associates. también pueden ser propietarios de las instalaciones de acuerdo con 42 CFR 416.50, se me ha proporcionado esta información antes de recibir cualquier servicio médico.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

METROPOLITAN MEDICAL ASSOCIATES

40 Engle Street
Englewood, NJ 07631

Consentimiento por Correo Electrónico y Mensaje de Texto

Es posible que nos comuniquemos con usted por mensaje de texto o por correo electrónico para recordarle de una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para proporcionarle recordatorios de salud, confirmación de cita y otra información relacionada con su visita.

Yo _____, acepto y entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y/o mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de citas futuras, comentarios e información de salud de Metropolitan Medical Associates.

El número de celular que autorizo para recibir mensajes de texto es:

(_____) _____ - _____

El correo electrónico o que autorizo para recibir comunicaciones por correo electrónico es:

_____ @ _____

Yo _____, mi niego a permitir que Metropolitan Medical Associates se comuniquen conmigo a través de mensajes de texto o por correo electrónico.

Firma del Paciente

Fecha