Formulario De Registro De Nuevo Paciente

Información Del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____Segundo Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Masculino o Femenino _____ Seguro Social #: ____-___-_____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
teléfono de Casa: (____)_____-_____ Celular: (____)_____-_____ Teléfono de Preferencia : □Casa □Celular
Correo Electrónico: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____Teléfono: (____)_____-_____
Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: (____)_____-_____
Farmacia de Preferencia: _____ Teléfono de la Farmacia: (____)_____-_____
Dirección: _____

La obtención de la siguiente información es motivada por las agencias de salud federales. Esta información es utilizada para monitorear y mejorar la calidad de cuidado proveído a nuestros pacientes.
Etnia: Raza:

□ Reúso responder □ Hispano o Latino □ No Hispano o Latino
□ Indio Americano o Nativo de Alaska □ asiático □ Blanco
□ Negro o Américo-africano □ Nativo de Hawái o Isla del Pacifico □ Otro
□ Idioma de preferencia: _____

---

información del seguro de salud

compañía de Seguro: _____ ID # _____ Grupo # _____
Seguro Secundario: _____ ID # _____ Grupo # _____
Nombre del dueño de póliza & Fecha de nacimiento (solo si es diferente al paciente):
_____
Otro si aplica (Encierre el apropiado): Work Comp, Accidente de auto . Por favor complete la información a continuación:
compañía de seguro: _____ Número de teléfono: (____)_____-_____ Dirección: _____
Fecha de accidente: _____ Numero de reclamo: _____ Nombre del Ajustador:
_____ Número de teléfono del ajustador: _____

Acuerdo de obligación financiera del paciente

Entiendo que todos los copagos y deducibles aplicables vencen al momento del servicio. Acepto ser financieramente responsable y realizar el pago total de todos los cargos que no cubra mi compañía de seguros. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Agape Family Medical Center por los servicios prestados. Autorizo a los representantes de Agape Family Medical Center a divulgar información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando se solicite o para facilitar el pago de una reclamación.

Aviso de prácticas de privacidad

Acuse de recibo Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de prácticas de privacidad (NOPP) del Agape Family Medical Center. □ Recibido □ N / A (solo si recibió el aviso de Agape Family Medical Center anteriormente)

Paciente o tutor legal (Letra de Molde): _____
Firma del Paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Razón de la visita de hoy: _____

Cuestionario Médico General

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

Asma/Problemas para respirar ..... □ S □ N
Artritis ..... □ S □ N
Sangrado/Desorden de coagulación ..... □ S □ N
Presión Alta ..... □ S □ N
Transfusión de Sangre..... □ S □ N
Intestino/Problemas de estómago..... □ S □ N
Cancer..... □ S □ N
Trastorno del colesterol ..... □ S □ N
Diabetes..... □ S □ N
Trastorno ocular (es decir, glaucoma, cataratas) ..□ S □ N
Si es relevante: problemas ginecológicos …….. □ S □ N

Enfermedad / trastorno cardíaco ..... □ S □ N
Trastorno pulmonar..... □ S □ N
Enfermedad del hígado..... □ S □ N
Trastorno neurológico / dolores de cabeza crónicos….□ S □ N
Trastorno / enfermedad psiquiátrica.....□ S □ N
Embolia pulmonar / TVP …….....□ S □ N
Accidente cerebrovascular.....□ S □ N
Convulsión o epilepsia.....□ S □ N
Trastorno de tiroides.....□ S □ N
Trastorno urinario / renal.....□ S □ N

Liste cualquier otra enfermedad o problema médico y proporcione detalles de cualquiera de las afecciones anteriores:
_____
_____
_____

Liste todas las cirugías y hospitalizaciones anteriores y la fecha aproximada.

Procedimiento / Cirugía	Fecha

Indique cualquier condición /enfermedad importante que hayan tenido sus familiares directos: Condición relativa y descripción ¿Vive?

Familiar	Condición y Descripción	¿Vive?
Madre		□ S □ N
Padre		□ S □ N
Hermano/a		□ S □ N
Otro		□ S □ N

Tabaco:

¿Usted fuma? □ S □ N

En caso afirmativo, ¿Cuantos paquetes al día? _____

Alcohol:

¿Usted toma alcohol? □ S □ N

En caso afirmativo, ¿Qué tan frecuente? _____

¿Tiene alguna alergia a medicamentos u otras sustancias (mascotas, comida, etc.)? □ S □ N

En caso afirmativo, enumere las alergias y reacciones (incluidas erupciones cutáneas, urticaria, hinchazón de garganta, anafilaxia):

Alergia	Reacción

Enumere TODOS sus medicamentos actuales, incluidos los medicamentos de venta libre, los suplementos y las hierbas:

Nombre del Medicamento	Dosis	Nombre del Medicamento	Dosis

Pruebas recientes: indique el mes / año del último examen en la columna de la derecha.

Examen	Mes/Año	Examen	Mes/Año
Densidad ósea		Hep B	
Colonoscopia		Hep C	
Examen de pie diabético		VIH	
Examen de la vista		Covid 19	
Mamograma		Vacuna del Flu	
Papanicolaou		Vacunas	
Físico		Si tiene 60 años o más: Vacuna contra la culebrilla	
Examen de la próstata		Si tiene 65 años o más: Inyección contra la neumonía	

Agape Family Medical Center

Solo Mujeres:

Edad al inicio de la menstruación: _____

Fecha de la última Menstruación: _____

Nombre del ginecólogo: _____

Número de embarazos: _____

Número de niños: _____

Complicaciones del embarazo: _____

Período doloroso ☐ Sí ☐ No

Secreción vaginal ☐ Sí ☐ No

Dolor de mama ☐ Sí ☐ No

Bulto en el seno ☐ Sí ☐ No

Sangrado posmenopáusico ☐ Sí ☐ No

Solo Hombres:

Flujo de orina débil: ☐ Sí ☐ No

Secreciones del pene: ☐ Sí ☐ No

Testículos dolorosos /inflamados: ☐ Sí ☐ No

Problemas de próstata: ☐ Sí ☐ No

Revisión de sistemas

Por favor, marque cualquier síntoma actual que tenga.

CONSTITUCIONAL:

☐ Pérdida/Aumento de Peso
☐ Fatiga
☐ Fiebre
☐ Escalofríos
☐ Cambios de Apetito

RESPIRATORIO:

☐ Tos
☐ Tos con Sangre
☐ Sonido sibilante
☐ Ronquidos
☐ dificultad para respirar

OJOS:

☐ Dolor de Ojos
☐Cambio de visión
☐ Problemas de la Vista
☐ Ojos Resecos
☐ Picazón en los ojos

OIDOS/NARIZ/GARGANTA:

☐ Dolor de oídos
☐ Pérdida de audición
☐ Sangrado Nasal
☐ Sinusitis
☐ Ronquera
☐ Dolor de garganta

CARDIOVASCULAR:

☐ Dolor de Pecho
☐ Palpitaciones
☐ Frecuencia Cardiaca Lenta
☐ Frecuencia cardiaca Rápida
☐ Pies Hinchados
☐ Dolor, incomodidad, fatiga al caminar

GASTROINTESTINAL:

☐ Dolor Abdominal
☐ constipación
☐ Diarrea
☐ Acidez
☐ Nausea
☐ Vomito

VEJIGA:

☐ Incontinencia
☐ Orina Descolorida
☐ Dolor al Orinar
☐ Orinacion Frecuente
☐ Nocturia
☐ Dificultad para iniciar un chorro de orina o para vaciar completamente la vejiga

HEMATOLOGIA/LINFATICO:

☐ Moretones con facilidad
☐Las encías sangran fácilmente
☐ glándulas agrandadas

Agape Family Medical Center

PIEL:

- □ Acné
- □ Picazón
- □ Cambio en un lunar
- □ Lesiones en la piel
- □ Heridas en la piel

NEUROLOGICO:

- □ Confusión
- □ Convulsiones
- □ Mareos
- □ Extremidades Débiles
- □ Perdida de Memoria
- □ Dolor de Cabeza
- □ Dificultad para caminar

PSIQUIATRICO:

- □ Ansiedad
- □ Depresión
- □ Cambios de personalidad
- □ Pensamientos Suicidas
- □ Sueño perturbado
- □ Problema Emocionales

ENDOCRINO:

- □ Debilidad Muscular
- □ Se Siente Débil
- □ Profundización De la Voz
- □ Perdida del Cabello
- □ Sofocos