

INFORMACIÓN DE PACIENTE MEDICAL			
Apellido	Nombre	Iniciales de Segundo Nombre	E-mail para Patient Portal
Dirección Física	Dirección Postal	Ciudad, Estado	Código Postal
Teléfono Fijo	Teléfono de Trabajo	Teléfono Celular	Teléfono Preferido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo al Nacimiento <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	Marital Status: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Enviudado	
Número de Seguridad Social	Nombre y Dirección Compañía Empleador / Escuela (Ciudad, Estado)	Código Postal	
Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Media Jornada	Estado de Estudiante <input type="checkbox"/> Jornada Completa <input type="checkbox"/> Media Jornada <input type="checkbox"/> No Estudiante	
Raza(s) <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Declinar <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de la Polinesia <input type="checkbox"/> Asiático	Identidad Étnica <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Declinar	Idioma <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés Otro:	
Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Migrante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sin Hogar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacitado (SSA) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PARTE RESPONSABLE			
<b>Tutor legal si es menor de edad Y/O persona para recibir la cuenta si es diferente al paciente indicado arriba.</b>			
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Dirección (si es diferente al paciente)	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Principal		Relación al Paciente	

#### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO/CUIDADO

Consiento al tratamiento y cuidado por los proveedores de Highland Medical Center (HMC). Entiendo que mi tratamiento y mi cuidado pueda incluir cuidado periódico, como las inmunizaciones, y una variedad de otros servicios medicales dependientes de mi condición como exámenes de laboratorio. Puedo recibir una lista de servicios y cuidado de mi proveedor de servicios médicos. Soy consciente de que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y nadie me ha dado garantías sobre los resultados de mis tratamientos, exámenes, o procedimientos.

#### FINANCIAL:

Debido al costo aumentado de enviar resúmenes por correo, y para ayudar a mantener nuestros precios lo más bajos posibles, nos parece necesario esperar que nuestros pacientes paguen sus copagos/coaseguros/deducibles o costos no asociados con seguro al tiempo del servicio. Cuentas vencidas más de 120 días puedan ser entregados a una empresa de cobros. Entiendo que estoy responsable para todos los cobros para servicios a mi, incluso el saldo que quede después de pagos de beneficios posibles de seguro.

#### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Autorizo pago de beneficios medicales para servicios profesionales facturados a Highland Medical Center, Inc.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE ESCRITO DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

# Entender La Privacidad de Información de Salud

La Regla de Privacidad HIPAA provee protecciones federales para información de salud identificable de individuos contenida por entidades y sus socios de negocio y da a los pacientes una variedad de derechos al respecto a aquella información. Al mismo tiempo, la Regla de Privacidad está equilibrado para permitir la divulgación de información de salud necesario para el cuidado de paciente y otros propósitos importantes HMC puede recibir y compartir información de salud con otros profesionales de la salud y hospitales que a usted le estén tratando.

La Regla de Seguridad especifica un serie de salvaguardias administrativas, físicas, y técnicas para entidades y sus socios de negocio para usar para asegurar la confidencialidad, honradez, y disponibilidad de información de salud protegida electrónicamente.

Al cumplir la información abajo, admito que he leído La Noticia de Privacidad de Highland Medical Center, que me han ofrecido una copia, y que he tenido oportunidad de hacer preguntas.

**Nombre Escrito** del Paciente: \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** del Paciente: \_\_\_\_\_

**Nombre escrito** del Tutor, si aplica: \_\_\_\_\_

**Firma** del Paciente o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN

A menudo es difícil ponerse en contacto con un paciente para expresar los ordenes del médico o los resultados de los exámenes o pruebas. En aquello caso, con su autorización firmada, comunicáramos aquella información a la persona que usted designe. Por favor, llene la información abajo.

**Autorizo a Highland Medical Center, Inc. para comunicar cualquier información requerida en el curso de mi examinación o tratamiento a ,a siguiente persona designada (o a las siguientes personas designadas):**

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación y Número de Teléfono : \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación y Número de Teléfono : \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación y Número de Teléfono : \_\_\_\_\_

## DIRECTIVA ADELANTADA (Testamento Vital/Poder Notorial Médico)

Una directiva adelantada es un documental legal que enuncia sus deseos con relación al tratamiento médico en el evento de que usted no pueda comunicar estas decisiones. *Es muy importante que todos sus proveedores de servicios médicos tengan una copia actual de estos documentos.*

\_\_\_\_\_ HE cumplido una Directiva Adelantada. ¿Copia proveída a HMC? Sí / No

\_\_\_\_\_ NO HE cumplido una Directiva Adelantada. Quisiera tener más información Sí / No



**ALERGIAS A MEDICAMENTOS:**

Medicamento	Reacción

**ENFERMEDADES INFANTILES:** Marque si ha tenido lo siguiente como niño

Sarampión   
 Paperas   
 Rubeola   
 Varicela   
 Fiebre Reumática   
 Polio

**IMUNIZACIONES:** Encierre en círculo cualquiera inmunización que ha tenido y anote la fecha si la sepa.

Tétanos                                      Influenza                                      Pneumovax 23 y/o Prevnar 13

Hepatitis                                      Varicela                                      MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)

**HISTORIA MÉDICA:** Anote cualquier diagnóstico médico del pasado o presente y el año diagnosticado.

Diagnóstico	Año	Diagnostico	Año
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto		<input type="checkbox"/> Prueba Positiva de ested Positive for Tuberculosis (TB)	
<input type="checkbox"/> Infarto		<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Coágulos Sanguíneos (TVP o EP)		<input type="checkbox"/> Enfisema	
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC)		<input type="checkbox"/> Otra Enfermedad Pulmonar:	
<input type="checkbox"/> Otro Diagnóstico del Corazón/Vascular:		<input type="checkbox"/> Depresión	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Ansiedad	
<input type="checkbox"/> Tiroides Hipofuncionante (Hipotiroidismo)		<input type="checkbox"/> Otra Enfermedad Mental:	
<input type="checkbox"/> Tiroides Hiperactiva (Hipertiroidismo)		<input type="checkbox"/> Artritis	
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón:		<input type="checkbox"/> Otro Diagnóstico de Hueso/Muscular:	
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado:		<input type="checkbox"/> Glaucoma	
<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular		<input type="checkbox"/> Enfermedad de Próstata	
<input type="checkbox"/> Demencia/Enfermedad de Alzheimer		<input type="checkbox"/> Estómago/Intestinal:	
<input type="checkbox"/> Otro Diagnóstico Neurológico:			

**OTRO:**

**CIRUGÍAS:**

Año:	Cirugía/Tipo:	Hospital/Doctor:

**OTRAS HOSPITALIZACIONES:**

Año:	Razón:	Hospital:

**HISTORIA MÉDICA DE FAMILIA:**

	Año de Nacimiento	Vivo?	Marque si aplica:							
			Diabetes	Hipertensión	Cáncer	Enfermedad Coronaria	Dementcia	Problemas de las Tiroides	Depresión, Ansiedad, o Enfermedad Mental	Ataque Cerebral
Padre		S / N								
Madre		S / N								
Hijo(s)		S / N								
Hija(s)		S / N								
Hermano(s)		S / N								
Hermana(s)		S / N								
Abuela Paterna		S / N								
Abuelo Paterno		S / N								
Abuelo Materno		S / N								
Abuela Materna		S / N								
Otro:										

**HISTORICA MÉDICA:** ¿Usted **actualmente** siente cualquier de los siguientes síntomas?

CONSTITUCIONALES	NEUROLOGÍAS	CARDIOVASCULARES
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicada <input type="checkbox"/> Aumento de peso inexplicado <input type="checkbox"/> Fiebres <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Náusea y/o vómito	<input type="checkbox"/> Síntomas de ataque de cerebro <input type="checkbox"/> Cambio en memoria <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Desbalance o caídas <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Dolor/Presión de Pecho <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Dolor de gemelos a caminar <input type="checkbox"/> Incomodidad de pecho o dificultades con la respiración con esfuerzo/ejercicio <input type="checkbox"/> Hinchazón (edema) en las piernas <input type="checkbox"/> Dificultades con la respiración al acostarse <input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento/Desmayo
OÍDOS/NARIZ/GARGANTA/BOCA	ENDOCRINOS	RESPIRATORIOS
<input type="checkbox"/> Encías sangrantes <input type="checkbox"/> Problemas auditivos <input type="checkbox"/> Cambio en voz <input type="checkbox"/> Dentadura postiza / dientes postizos <input type="checkbox"/> Hemorragia nasal <input type="checkbox"/> Problemas sinusales <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos (tinnitus) <input type="checkbox"/> Aftas (Úlceras Orales)	<input type="checkbox"/> Problemas con el calor <input type="checkbox"/> Problemas con el frío <input type="checkbox"/> Hinchazón en el cuello (bocio) <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Cambios al pelo	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Toser con sangre <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Sibilancia
HEMATOLOGÍA/ONCOLOGÍA	OJOS	PIEL
<input type="checkbox"/> Anemia o recuento sanguíneo bajo <input type="checkbox"/> Magulla fácilmente <input type="checkbox"/> Inflamación de los ganglios linfáticos <input type="checkbox"/> Cáncer(es): Tipo:	<input type="checkbox"/> Cambio de visión <input type="checkbox"/> Lentes o lentes de contacto <input type="checkbox"/> Ojos irritados	<input type="checkbox"/> Cambios de piel o lesiones ¿Dónde? <input type="checkbox"/> Piel que pica o sarpullidos ¿Dónde?
GASTROINTESTINALES	MUSCULOESQUELÉTICOS	OTROS:
<input type="checkbox"/> Sangre in heces/heces negras y como alquitrán <input type="checkbox"/> Cambio en deyecciones <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dificultad a tragar <input type="checkbox"/> Acidez o reflujo o ácido <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Náusea o vómito	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda Dónde: <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Herida a brazos/piernas <input type="checkbox"/> Dolor o rigidez articular Cuáles articulaciones: <input type="checkbox"/> Inmovilidad/bloqueo de articulaciones Cuáles articulaciones: <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Articulaciones hinchadas o rojas	

**SOLAMENTE PARA HOMBRES:**

<input type="checkbox"/> ¿Se levanta durante la noche para orinar?	Si se levanta, ¿cuántas veces?: _____
<input type="checkbox"/> Dolor o sensación de ardor al orinar	
<input type="checkbox"/> Dificultad en vaciar la vejiga completamente	
<input type="checkbox"/> Fuerza de micción ha disminuido	
<input type="checkbox"/> ¿Infección de riñón/vejiga en los últimos 2 meses?	
<input type="checkbox"/> ¿Sangre en su orina?	
<input type="checkbox"/> ¿Sensación de ardor o secreción de su pene?	
<input type="checkbox"/> ¿Dolor o hinchazón de los testículos?	
<input type="checkbox"/> ¿Dificultad de erección o eyaculación?	
<input type="checkbox"/> ¿Se realiza auto-examen testicular mensualmente?	
<input type="checkbox"/> ¿Ha tenido un examen prostático y rectal? Si ha tenido, ¿dónde y cuándo?	
<input type="checkbox"/> ¿Visita un urólogo? Si visita, ¿quién?	

**SOLAMENTE PARA MUJERES:**

Edad al inicio de menstruación: Fecha de su última menstruación: Frecuencia de periodos: cada ____ mes(es) por ____ día(s)
Número de embarazos: Número de nacimientos vivos:
<input type="checkbox"/> Dolor pélvico
<input type="checkbox"/> Secreción vaginal
<input type="checkbox"/> Actualmente embarazada o amamantando a un bebé
<input type="checkbox"/> Ha tenido dilatación y curetaje, histerectomía, o cesárea (Encierre en círculo todos que apliquen)
<input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario, vejiga, o riñón en el último año
<input type="checkbox"/> Sangre en orina
<input type="checkbox"/> Pérdida de orina
<input type="checkbox"/> Sofocos o sudores nocturnos
<input type="checkbox"/> Tiene periodos fuertes, irregulares, sangrado irregular
<input type="checkbox"/> Tensión, dolor, hinchazón, irritabilidad premenstruales o otros sistemas alrededor del tiempo de su periodo
<input type="checkbox"/> ¿Bultos de pecho o secreción de pezón? Si tiene, ¿cuál pecho?

**ANOTE CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE DESEE QUE SEPAMOS:**