

FAVOR DE ESCRIBIR **REGISTRACION DEL PACIENTE**

RECOMENDADO POR _____

Pt# _____

ALGUN FAMILIAR QUE A VENIDO _____

ALERJICO A ALGUNA MEDICINA Y REACCION : _____

APELLIDO PRIMER NOMBRE NOMBRE DE EN MEDIO

_____/_____/_____/_____
NUMERO SOCIAL FECHA DE NACIMEINTO EDAD NO. DE LICENCIA

DIRECCION (PERMANENTE) CALLE NO. DEL APTO CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

NO. DE TELEFONO SEXO ESTADO CIVIL NO. DE DEPENDIENTES

NOMBRE DE LA COMPANIA DIRECCION OCUPACION NO. DE TELEFONO

NOMBRE DEL ESPOSO (A) DIRECCION DEL TRABAJO NO. DE TELEFONO

DIRECCION TEMPORAL OCUPACION DEL ESPOSO (A)

POR CASO DE EMERGENCIA, UN FAMILIAR O AMISTAD CIRCANO RELACION NUMERO DE TELEFONO

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL

RESPONSABLES DE LA CUENTA SI EL PACIENTE NO ES RESPONSABLE DE LA CUENTA, POR FAVOR INDIQUE QUIEN ES RESPONSABLE						
NOMBRE	DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL		
NO. DE TELEFONO	RELACION		OCUPACION			
NOMBRE DE LA COMPANIA	DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	NO. DE TELEFONO	
NUMERO SOCIALY NO. DE LICENCIA DE LA PERSONA RESPONSABLE						

INDIQUE EL METODO DE PAGO POR LA VISITA DE HOY ___ CHEQUE ___ EFECTIVO O OTRO _____

SERVICIO MEDICO Y EXAMENES DE LABORATORIOS EN NUESTRA OFICINA, PODRIAN SER PAGADOS EN EL DIA DE LA VISITA. PREGUNTANDOLES, PODRIA REDUCIR EL COSTO DEL LA CUENTA.

ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR LOS PAGOS DE LA CUENTA QUE INCLUYEN POR PARTE DE MI Y DE MI FAMILIA . SIN HACER CASO DE LOS BENEFICIOS DE LA ASEGURANZA.

FECHA FIRMA DEL RESPONSABLE

NINGUN PACIENTE PODRA SER VISTO HASTA QUE LA FORMA ESTE COMPLETA

Favor de voltear la pagina para completar

NOMBRE Y LOCAL DE FARMACIA : _____

NOMBRE DIRECCION TELEFONO
f:office/forms<r/pt.reg forms/Pt.Reg.Span.doc

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Nombre de su Doctor Primario/Clínica: _____

Fue referido a nuestro consultorio? No Si Por quién? _____

Si no lo refirieron como oyó de nosotros? _____

Fecha cuando se lastimó: _____ Se lastimó en el trabajo?: Si No

Farmacia preferida: _____

Dirección

Cuidad

Teléfono

Historia Médica

Es alérgico/a a un tipo de medicamento? Si No

Favor de mencionar el medicamento con su reacción: _____

Es alérgico/a a un tipo de alimento? Si No

Favor de mencionar el alimento y su reacción: _____

Es alérgico/a a algún tipo de metal? Si No

Favor de mencionar el metal y su reacción: _____

Es alérgico/a o sensible al látex? Si No

Favor de mencionar el látex con su reacción: _____

Tiene alguna otra alergia?

Favor de mencionar con su reacción: _____

Medicamentos y sus Dosis: _____

Historia de Cirugías

A tenido cirugías en el pasado? Si No

Favor de mencionar: _____

Historia Social

Fuma o a fumado en el pasado? Usa productos que contienen tabaco? Si No

Cuándo paró de fumar? _____

Cuánto fuma? _____

Toma alcohol? Si No

A sido usted tratado por alcoholismo, drogas o alguna sustancia? Si No

Trabaja? Si No

Qué tipo de trabajo hace? _____

Está usted Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a?

Tiene hijos? Si No **Cuántos?** _____

Vive solo/a? _____

Hace ejercicio? Si No **Cada cuándo?** _____

Mujeres: Habrá una posibilidad de que esté embarazada? Si No

Historia Familiar

Favor de mencionar los familiares con estas condiciones.

Artritis Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Presión Alta Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Cancer Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Diabetes Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Coagulos de Sangre/Sangrado Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Desordenes Cardíacos Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Desordenes Mentales Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Reacciones a la Anestesia Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Chart# _____

Historia: A tenido en el pasado o tiene alguna de estas enfermedades?

Diabetes	Si	No	Hepatitis	Si	No
Artritis	Si	No	Cirrosis	Si	No
Dolor de Espalda	Si	No	Hipotiroides	Si	No
Depresión	Si	No	Hipertiroides	Si	No
Asma	Si	No	Convulsiones	Si	No
Bronquitis / Tos Crónica	Si	No	Epilepsia	Si	No
Presión Alta	Si	No	Cancer	Si	No
Palpitaciones / Arritmia	Si	No	HIV	Si	No
Anemia	Si	No	Sífilis	Si	No
Desórdenes de la Sangre	Si	No	Desorden Celular	Si	No
Reflujo Gastrointestinal	Si	No	Hemofilia	Si	No
Colitis Ulcerada	Si	No			
Ulceras	Si	No	Otros problemas medicos no mencionados:		
Gastritis	Si	No	_____		
Hemorroides	Si	No	_____		
Problemas en el Hígado	Si	No	_____		

Repaso de Sistemas: Tiene alguna de estas enfermedades?

General: Ninguno de estos síntomas

Cancer, donde _____ Infección Fiebre Calor
Inflamación Rojizo Dormido Contusión Fácil Pérdida de Movimiento Inestabilidad
Cojeando Tieso Pérdida de Peso Fatiga Insomnio Otro _____

Corazón: Ninguno de estos síntomas

Ataque del Corazón Dolor de Pecho Palpitaciones Presión Alta Otro _____

Respiratorio: Ninguno de estos síntomas

Asma Enfermedad Pulmonar Crónica Enfisema Pulmonía Otro _____

Estomacal/Gastrointestinal: Ninguno de estos síntomas

Reflujo Ulceras Pólipos Colitis Ulcerada Otro _____

Hígado: Ninguno de estos síntomas

Ictericia Hepatitis Cirrosis Piedras en la Vesícula Otro _____

Vejiga/Riñones: Ninguno de estos síntomas

Incontinencia Piedras Diálisis Enfermedad Renal Terminal Otro _____

Reproductivo/Sexual: Ninguno de estos síntomas

Embarazo HIV Sífilis Otro _____

Musculoesqueletal: Ninguno de estos síntomas

Osteoartritis Dolor de Cuello Dolor de Espalda Artritis Gota Otro _____

Piel: Ninguno de estos síntomas

Eczema Irritación de la Piel Impétigo Psoriasis Cancer de la Piel Otros _____

Psiquiátrico: Ninguno de estos síntomas

Bipolar Depresión Esquizofrenia Otros _____

Diabetes: Ninguno de estos síntomas

Dependiente de Insulina No dependiente de Insulina Otros _____

Hematológica: Ninguno de estos síntomas

Sangrado Anormal Anemia Otros _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Chart# _____

Historia de Enfermedades

Favor de marcar la razón de su visita.

Cuello	Brazo	Hombro	Codo	Parte baja del brazo	Muñeca	Mano
Dedo	Espalda	Cadera	Rodilla	Pierna	Tobillo	Pie

Qué lado? Izquierdo Derecho Dos

Cómo describiría su dolor?

Doloroso	Moderado	Fuerte	Punzante	Empeorando	Mejorando	Constante
Intermedio	Tieso	Otro _____				

Cuándo comenzó su dolor?

Hace ___ horas	Hace ___ días	Hace ___ semanas	Hace ___ meses	Hace ___ años
Otros _____				

Cuándo ocurre su dolor?

En la mañana	En la noche	Al despertar	Actividades de peso
Otros _____			

Qué tan severo es su dolor? Suave Moderado Severo

Cómo limita esto sus actividades diarias?

No limita las actividades diarias	Son moderadamente limitadas	Son severamente limitadas
Otros _____		

Qué cree que causó este problema?

Trauma	Trabajo	Movimientos Repentinos	Otros _____
--------	---------	------------------------	-------------

Qué ayuda a disminuir el dolor?

Descanso	Hielo	Inmovilización	Calor	Medicamentos	Terapia Física
Otro _____					

Qué aumenta el dolor?

Movimiento	Descanso	Empujando/Jalando	Acostado	Parado	Levantando	Otros _____
------------	----------	-------------------	----------	--------	------------	-------------

A sido tratado por este problema antes? Si No

Escriba una lista de doctores a los cuales a visto para este problema:

Se a hecho exámenes para este problema?

				Si	No		
Rayos-X	MRI	CT	EMG	CT / Myelogram	Scan de Huesos	Discography	
Otros _____							

A tenido tratamientos para este problema? Si No

Terapia Física/Terapia Ocupacional	Inyecciones	Acupuntura	Tratamiento Ciropractico
Otros _____			

Medicamentos:

Relajante muscular	Medicamento para el dolor	Desinflamatorios	Medicamentos sin receta (Aspirina, Tylenol, Advil, Aleve, etc.)
--------------------	---------------------------	------------------	--

Nombre completo del paciente: _____

No.de Cuenta:_____ Folder # _____

AUTORIZACION PARA LIBRAR INFORMACION

Yo autorizo a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates que suministre informacion medica del paciente y otros documentos para 1) companias de aseguranca o terceras personas responsables para la razon de obtener pagos de cuenta de *Oak Cliff Orthopaedic Asociados*, 2) alguna otra persona(s) o haciendas publicas responsables por el cuidado y tratamiento del paciente, a 3) representantes locales, de estado, o agencias federales en acuerdo con la ley. Tal como informacion podria incluir, pero no limitado a ,informacion respecto a enfermedades comunicables como Sindrome de Ineficiencia Adquirida (SIDA). Yo autorizo dar informacion para revisar los documentos del paciente para propositos conducibles en intervencion medica, revisiones utilidades , o revisiones certezas de calidad. Yo autorizo a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates que den informacion y tambien copiar documentos del paciente a otros medicos recomendados o para enfermerias practicas y hospitales donde podria ser trasladado el paciente.

Firma del Paciente _____

Firma del Esposo(a) o Guardiante _____

Firma de Testigo _____ Fecha _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS ASEGURADOS

En consideracion de servicios de entrega, Siendo traslado y asigno a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates todos los derechos , titulados ,y intereses en alguna cuenta debida a mi, por servicios descubiertos dentro de alguna poliza de seguro . Yo entiendo que soy responsable de surtir a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates toda la informacion de mi aseguranca desde el dia de mi admision o durante mi hospitalidad para permitir verificacion antes de dar de alta, sin hacer caso a las aseguranzas asignadas. Soy responsable por los cargos totales de los servicios recibidos a mi.

Firma del Paciente _____

Firma del Esposo(a) o Guardiante _____

Firma de Testigo _____ Fecha _____

