

Nombre: _____ Medico Primaria: _____ Numero: _____

Fecha de hoy: _____ Medico de referencia: _____ Numero: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Como se entero de nosotros? _____

Sexo: M / F Estado de civil (circle one): soltero / casado / viudo / divorciado

Raza : _____ Etnicidad : _____ Idioma : _____

Numero de seguro social: _____ Direccion: _____

Numero de telefono (1) : (_____) - _____ (casa) (celula) (trabajo)

Numero de telefono (2) : (_____) - _____ (casa) (celula) (trabajo)

Correo Electronico: _____

Contacto de Emerjencia: _____ Numero de telefono (3): (_____) _____ (casa) (celula) (trabajo)

Seguro Primario:

Compania de Seguromedico: _____

ID Numero: _____ Numero de grupo: _____

Nombre de seguro primario: _____ DOB: _____ Relacion al paciente: _____

Seguro Secundario:

Compania de Seguromedico: _____

ID Numero: _____ Numero de grupo: _____

Nombre de seguro primario: _____ DOB: _____ Relacion al paciente: _____

Ha tenido un reciente CBC (analise de sangre) Cuando? _____ donde? _____

Ha tenido un reciente EKG? (electrocardiograma) Cuando? _____ donde? _____

Nombre de su farmacia, calle y ciudad:

Por favor marque esta caja para darnos permiso acceder a la base de datos electrónica de farmacia.

Nombre: _____ Fecha: _____

En pocas palabras, porque estas aqui hoy? : _____

Lista de problemas medicos significantes:

Marca si es aplicable-

Hipertension _____

Diabetes _____

Problemas del corazon _____

Otro _____

Anote cualquier cirugia importante y fecha aproximado:

Ha tenido una colonoscopia previa? _____ Tienes que poner Fecha: _____

Donde? _____ Resultados? _____

Ha tenido una gastroscopia previa? _____ Tienes que poner Fecha: _____

Donde? _____ Resultados? _____

Tienes Alergias?: _____

Fumas? :

Tomas Alcohol? :

Tomas Drogas? :

Necesita antibioticos para procedimientos invasivos o trabajo dental?

Nombre: _____

Fecha: _____

Revisión de sistemas: Marca si aplicable

CONSTITUCIONAL

- fiebre
- escalofrío
- fatiga

- infecciones
- falta de sueño
- debilidad
- aumento de peso
- pérdida de peso

RESPIRATORIO

- asma
- sibilancias
- roncido
- Sleep Apnea
- tos
- falta de aliento
- PPD positiva
- TB exposición

ENDOCRINO

- hipotiroidismo
- hipertiroidismo
- intolerancia al calor

- intolerancia al frío
- calico
- hiperglucemia / Diabetes
- efectos secundarios de los esteroides

NEUROLÓGICAS

- pérdida de la conciencia
- dolor de cabeza

- cambio el estado mental
- migrañas
- convulsiones
- TIA / accidente cerebrovascular
- vértigo
- visión de cambio

CARDIOVASCULAR

- stent cardiaco
- marcapasos
- defibrillador
- ataque de corazón
- arritmia
- palpitations
- latidos irregulares de corazón
- soplo cardiac

HEMATOLÓGICA / LINFÁTICO

- sangrado anormal o moratones
- anemia
- eosinophilia (alérgicas células blancas)
- recuent elevado de globulos blancos
- garglios linfaticos
- recuento bajo de glóbulos blancos
- disminución de las plaquetas
- trombosis venosa

OJOS

- catarata
- retinopatía diabética
- inflamación de los ojos iritis/uveitis
- glaucoma
- cambio de visión

PSIQUIÁTRICO

- ansiedad
- depresión
- uso indebido de drogas
- trastornos alimentario anorexia, bulimia
- ataques de pánico
- estrés reciente

GENITOURINARIO

- insuficiencia renal
- ardor al orinar infección urinaria
- sangre en la orina

DERMATOLOGICO

- cáncer de piel
- erupción

MUSCULOESQUELÉTICO

- artritis, dolor en las Articulaciones
- dolor de espalda
- dolor de rodilla
- debilidad muscular
- osteoporosis
- ciática

ANTECEDENTES FAMILIARES

- cáncer de colon
- pólipos en el colon
- cáncer de seno
- otros tipos de cáncer
- colitis
- enfermedad cardiaca
- cálculos biliares
- enfermedad hepática

No aplicable

Nombre: _____ Fecha: _____

Las quejas gastrointestinales: Marca si aplicable

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> uso de laxantes | <input type="checkbox"/> heces negro | <input type="checkbox"/> colitis |
| <input type="checkbox"/> acidez | <input type="checkbox"/> estreñimiento | <input type="checkbox"/> caramelo sin azúcar o goma excesivo | <input type="checkbox"/> intolerancia a la comida picante |
| <input type="checkbox"/> úlceras | <input type="checkbox"/> la pérdida de peso | <input type="checkbox"/> vómitos de sangre | <input type="checkbox"/> parásitos |
| <input type="checkbox"/> H. pylori infección | <input type="checkbox"/> el aumento de peso | <input type="checkbox"/> el uso de aspirina o antiinflamatorios | <input type="checkbox"/> pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> dolor abdominal | <input type="checkbox"/> cambio en el hábito intestinal | <input type="checkbox"/> viajes al extranjero | <input type="checkbox"/> los cálculos biliares |
| <input type="checkbox"/> náusea | <input type="checkbox"/> pólipos | <input type="checkbox"/> antibióticos recientes | <input type="checkbox"/> transfusiones de sangre |
| <input type="checkbox"/> vómitos | <input type="checkbox"/> dolor en el recto | <input type="checkbox"/> intolerancia a los alimentos grasos | <input type="checkbox"/> ictericia |
| <input type="checkbox"/> hinchazón | <input type="checkbox"/> hemorroides | <input type="checkbox"/> intolerancia a la lactosa | <input type="checkbox"/> hepatitis |
| <input type="checkbox"/> dolor tipo cólico | <input type="checkbox"/> sangrado rectal | | <input type="checkbox"/> pruebas hepáticas anormales |
| <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> pruebas positivas de heces de sangre oculta | | <input type="checkbox"/> enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> eructos | | | |

Las pruebas anteriores y las fechas?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ecografía abdominal | <input type="checkbox"/> ecografía pélvica |
| <input type="checkbox"/> CAT scan | <input type="checkbox"/> gastrointestinal rayos x |
| <input type="checkbox"/> enema de bario | <input type="checkbox"/> colonoscopia |
| <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia | <input type="checkbox"/> La biopsia hepática |
| <input type="checkbox"/> Endoscopia / Gastroscopia | <input type="checkbox"/> Otro |

Por la presente certifico que las declaraciones anteriores son completas y exactas a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo el pago directo de las prestaciones quirúrgicas / médico al Dr. Braunstein por servicios prestados por el autor o bajo su supervisión. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Yo autorizo al Dr. Braunstein para mantener mi firma archivada a efectos de reclamaciones de seguros. Una fotocopia de estas asignaciones será válida como el original.

X Firma _____ **Fecha** _____

X Paciente / Tutor _____ **Fecha** _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Peso _____ lb.

Altura _____

Presión arterial reciente: _____ / _____ (aproximado)

LISTA DE MEDICAMENTOS

POR FAVOR INDIQUE TODOS SUS MEDICAMENTOS Y DOSIS

Nombre: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE FORMA - RECIVO DE NOTIFICATION DE PRIVACIDAD

Yo entiendo que bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1966 y las leSi de Nueva York de salud pública que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información protegida de salud. Este párrafo es un listado incompleto y escrito de mis derechos. Entiendo que mi información de salud puede y va a ser utilizado, sin necesidad de autorización, por el médico de Michael Braunstein práctica MD para conducir, planificar y mi trato directo y el seguimiento entre los proveedores de atención de salud múltiples que pueden estar involucradas en ese tratamiento, obtener el pago de terceros pagadores; realizar las operaciones normales de salud, tales como la calidad de las evaluaciones de atención. Puedo solicitar por escrito que la práctica restringir cómo mi información privada se utiliza, pero entiendo que la práctica no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas. La práctica tiene el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar o, si así lo solicita, he recibido una copia de la Notificación actual más detallada esta práctica de prácticas de privacidad.

X Firma: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN POLÍTICA

Si referimos su cuenta a una agencia de cobro de su cuenta se incrementará un 25%. Si referimos su cuenta a un abogado de su cuenta se incrementó un 25% más las costas judiciales.

X Firma: _____

Fecha: _____

****** Si necesita cancelar su cita, llamenos 7 días antes, or un cargo de \$50 para procedimiento y \$10 para OV/FU visita será incurrido.

X Firma: _____

Autorizo a dejar la información médica en los siguientes lugares:

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Telefono de casa | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Maquina de mensaje | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Telefono de trabajo | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Correo de voz del trabajo | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Celular / buzón de voz | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

X Firma: _____ Fecha: _____