

Nombre: \_\_\_\_\_ Medico Primaria: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Medico de referencia: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Como se entero de nosotros? \_\_\_\_\_

Sexo: M / F Estado civil (marca uno): 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 Emergencia: \_\_\_\_\_ Numero de telefono (3) : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ (casa) (celula) (trabajo)

**Seguro Primario:**

Compania de Seguro medico: \_\_\_\_\_

ID Numero: \_\_\_\_\_

Nombre de seguro primario: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:**

Compania de Seguro medico: \_\_\_\_\_

ID Numero: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

## 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"/> antibióticos recientes                 | <input type="checkbox"/> los cálculos biliares            |
| <input type="checkbox"/> náusea                 | <input type="checkbox"/> pólipos                                     | <input type="checkbox"/> viajes al extranjero                   | <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"/> MRI                       | <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: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

### NOTIFICACION LEGAL

\$20 dolares sera aplicado a su cuenta sino paga el balance en el primer recibo que le enviemos en menos de 30 dias. Este balance ocurrira todos los meses hasta que sea enviado a coleccion. Si enviamos su cuenta a coleccion, su balance aumentara en un 25%. Si enviamos su cuenta a un abogado, su balance aumentara en un 25% mas los costos de la corte.

Si necesita cancelar su cita para procedimientos, llamarnos 7 dias antes del procedimiento de lo contrario se le cobrara \$100 dolares de multa. Este balance no esta cubierto por su plan medico.

X Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Autorizo a dejar la información médica en los siguientes lugares:

Telefono de casa Si  No

Maquina de mensaje Si  No

Telefono de trabajo Si  No

Correo de voz del trabajo Si  No

Celular / buzón de voz Si  No

X Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_