

CONFIDENCIAL

REGISTRACION DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección Ciudad Estado Código Postal

E-mail _____ Sexo M F Edad _____ Menor de Edad

Tel. de Casa _____ Celular _____

Estado Civil: (Adultos)

Casada(o) Viuda(o) Soltera(o) Separada(o) Divorciada(o)

Grupo Étnico-Raza _____

Religion_(opcional) _____

Información de Seguridad

Nombre de Seguridad _____ Nombre de Asegurado _____

Fecha de Nacimiento de Asegurado _____ ID# _____

Información del Menor

Guardian/ (Padre con Custodia) _____

Dirección de Guardián/(Padre con Custodia) _____

Tel. de Casa _____ Celular _____ Tel. de Trabajo _____

Emplador _____

CONTACTO DE EMERGENCIA
(MAYOR DE EDAD)

Nombre _____

Numero _____

Relación _____

MEDICAL HISTORY

Fecha _____

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Fecha de su último examen físico _____

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

	✓ Si Viven	Edad de Fallecimiento	Salud o Causa de Fallecimiento		# de Vivos	# de Fallecidos	Salud o Causa de Fallecimiento
Padre				Hermanos			
Madre				Hermanas			
Esposa/o				Hijos/a			
Edad de los Niños:							

CHEQUE (✓) INFERMEDADES EN SU FAMILIA

DIABETES CANCER HEMORRAGIA ENFERMEDAD RENAL TUBERCULOSIS

ENFERMEDAD DE CORAZON DERRAME CEREBRAL DEPRESION PRESION ALTA ALERGIAS

MEDICAMENTOS

ENUMERE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTACHEQUE ACTUALMENTE TOMANDO

ALERGIAS

(✓) SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO: NINGUNA

- ADHENSIVE/TAPE ASPIRINA
- IBUPROFEN YODO
- LATEX ANESTESIA
- PENICILLINA SULFA
- OTRO TIPO DE MEDICAMENTO

INDIQUE

CONDICIONES CRONICAS

INDIQUE CUALQUIER RECIENTE

ACCIDENTES

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

INDIQUE CUALQUIER RECIENTE

LESIONES

HOSPITALIZACIONES

CIRUGIAS

OTROS PROVEEDORES DE SALUD

DOCTOR PRIMARIO _____

GINECOLOGO _____

OTRO _____

*****FARMACIA PREFERIDA*****

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

CERTIFICACION

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor de edad, siempre tengo un cambio en la salud.

Firma de Paciente/Guardián

Fecha

Nombre de Paciente

Fecha

Consentimiento General Para Tratamiento

El paciente firmante y / o tutor responsable consiente y autoriza a los médicos de **Convenient Urgent Care** y personal médico para realizar exámenes médicos, procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos o quirúrgicos, y administración de vacunas durante el curso de la atención del paciente cuando se considere conveniente o necesario.

También reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se ha hecho garantías hacia mí con el resultado de un tratamiento o examen por los médicos y personal médico de **Convenient Urgent Care**.

Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma de Paciente/Guardián

Fecha

RECONOCIMIENTO / RECIBO DE CONSENTIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad, el cual explica el uso que se le dará a mi información médica y las formas en que está se revelará. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este aviso al solicitarla.

Muchos de nuestros pacientes permiten a los miembros de la familia, como su esposo/a, padres u otras personas a recibir información médica. En virtud de los requisitos de la ley HIPAA no nos está permitido dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si usted desea que su información médica o de facturación en libertad a los miembros de la familia debe firmar este formulario. La firma de este formulario sólo dará información a los miembros de la familia que se indican a continuación.

Información para el paciente: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida a ser revelada. Entiendo que la información divulgada a cualquier destinatario arriba ya no está protegida por la ley federal o estatal y puede ser objeto de divulgación por el destinatario arriba. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito.

Yo autorizo Convenient Urgent Care & Family Practice para liberar mi información médica y/o de facturación a la siguiente persona(s):

1. _____ Relacion al Paciente _____

2. _____ Relacion al Paciente _____

3. _____ Relación al Paciente _____

Si no autoriza para liberar información médica y/o de facturación a nade mas cheque la caja.

Yo NO autorizo para liberar información médica y/o de facturación a nade mas cheque la caja.

Firma del Paciente/Guardián

Fecha