

Información de Paciente FORM *Patient Information*

Apellido: <i>Last Name</i>	Primer Nombre: <i>First Name</i>	Segundo Nombre: <i>Middle Name</i>
MRN:	Fecha de Nacimiento: <i>Date of Birth</i>	Sexo: <i>Sex</i>
Direccion 1: <i>Address 1</i>		
Direccion 2: <i>Address 2</i>		
Ciudad: <i>City</i>	Estado: <i>State</i>	Codigo Postal: <i>Zip Code</i>
# de Telefono Home Phone :	# Telefono del Trabajo Work Phone:	
# de Telefono Celular Mobile Phone:	Correo electronic Email:	
Método preferido de contacto: <i>Preferred Contact Method</i>	<input type="checkbox"/> # de Telefono Home Phone	<input type="checkbox"/> # de Telefono Celular Mobile Phone
	<input type="checkbox"/> # Telefono del Trabajo Work Phone	<input type="checkbox"/> Correo electronic Email
		<input type="checkbox"/> Correo Mail
Método recomendado: <i>Preferred Delivery Method</i>	<input type="checkbox"/> Correo Mail	<input type="checkbox"/> Electrónico Email
	Idioma preferido: <i>Preferred Language</i>	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <i>Race American Indian/Native Alaskan</i>	<input type="checkbox"/> Asiatico Asian	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano African American/Black
	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano / Otras islas del Pacifico <i>Native Hawaiian / Other Pacific Islander</i>	<input type="checkbox"/> Blanco / caucásico White/Caucasian
¿Eres: <input type="checkbox"/> Hispano Hispanic	<input type="checkbox"/> No hispano Not Hispanic	Médico que lo referio : _____ <i>Referring Physician</i>

Información de el partido responsable *Responsible Party Information*

Apellido: <i>Last Name</i>	Primer Nombre: <i>First Name</i>	
Relación del paciente a la parte responsable: <i>Patient's Relationship to Responsible Party</i>		Telefono: <i>Phone</i>
Direccion 1: <i>Address 1</i>		
Direccion 2: <i>Address 2</i>		
Ciudad: <i>City</i>	Estado: <i>State</i>	Codigo Postal: <i>Zip Code</i>

Primary Insurance Information

For Medicare Patients: ¿Usted o su esposo (a) estan trabajando?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si, la respuesta es si, Quien?
Nombre de el seguro primario:		Nombre del plan:
# de Poliza:	de Grupo:	
Nombre de la persona Asegurada:		Sexo:
Direccion de la persona Asegurada:		Fecha de Nacimiento:

Secondary Insurance Information

For Medicare Patients: ¿Usted o su esposo (a) estan trabajando?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si, la respuesta es si, Quien?
Nombre de el seguro primario:		Nombre del plan:
# de Poliza:	de Grupo:	
Nombre de la persona Asegurada:		Sexo:
Direccion de la persona Asegurada:		Fecha de Nacimiento:

Patient:

DOB:

MRN:

Date of Service:

Información Médica *Medical Information*

¿Es la visita relacionada a un accidente de auto? Si No
Is this related to an auto accident? Yes No

¿Es la visita relacionada a una lastimadura sufrida en el trabajo? Si No
Is this visit related to an injury sustained at work? Yes No

¿Fecha de la lastimadura?: _____ / _____ / _____ Altura: _____ ft. _____ in. Peso: _____
Date of Injury *Height* *Weight*

Usted Fuma?:

todos los días algunos días nunca ha fumado Fumador, estado actual desconocido Ex fumador Desconocido

Medicamentos actuales: ninguno

<input type="checkbox"/> ActoPlus Met	<input type="checkbox"/> Fortamet	<input type="checkbox"/> Glyburide-metformin	<input type="checkbox"/> Jentaduetto	<input type="checkbox"/> Metformin
<input type="checkbox"/> Avandamet	<input type="checkbox"/> Glucophage	<input type="checkbox"/> Glycomet	<input type="checkbox"/> Kazano	<input type="checkbox"/> PrandiMet
<input type="checkbox"/> Diabex	<input type="checkbox"/> Glucovance	<input type="checkbox"/> Invokamet	<input type="checkbox"/> Kombiglyze XR	<input type="checkbox"/> Riomet (liquid form of Metformin)
<input type="checkbox"/> Diafomin	<input type="checkbox"/> Glumetza	<input type="checkbox"/> Janumet	<input type="checkbox"/> Metaglip	<input type="checkbox"/> Xigduo

Historia clínica: ninguno

<input type="checkbox"/> pinzas aneurisma / bobina	<input type="checkbox"/> Implantes de seno	<input type="checkbox"/> Bomba de insulina	<input type="checkbox"/> Paraplegico
<input type="checkbox"/> Cirugía de aneurisma	<input type="checkbox"/> cáncer	<input type="checkbox"/> Metal en el cuerpo	<input type="checkbox"/> Reacción a contraste de tomografía
<input type="checkbox"/> Aneurisma sin cirugía	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bomba de morfina	<input type="checkbox"/> Reacción a contraste de MRI
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal

Alergias: ninguno

<input type="checkbox"/> Cinta adhesiva	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Picadura de abeja	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Lidocaína / Novacaine	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Betadine (Yodo tópico)	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Moho	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Contraste (Imágenes Medicas)	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> cacahuete o otras nueces	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Perro, Gato, o Animal	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Polvo	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Alcohol isopropílico	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Fruta	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Hierba / Polen	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Sulfonamide	<input type="checkbox"/> Lebe	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa

Las reacciones alérgicas leves incluyen comezon, congestión nasal, ronchas y ojos llorosos.
Reacciones alérgicas moderadas incluyen presión en el pecho, diarrea, calambres, dificultad para pasar saliva , mareos, dolores de cabeza, enrojecimiento de la cara, náuseas, vómitos, palpitaciones, hinchazón de la cara / ojos / lengua, debilidad y pérdida del conocimiento.
Reacción alérgica grave es shock anafilactico.

Autorización y Acuerdo *Authorization and Agreement*

Yo autorizo y dirigio a mi compañía de seguros que pagan directamente a este proveedor de servicios médicos cualquiera beneficio debido bajo mi plan de seguro. Estoy de acuerdo en pagar el saldo de los cargos no pagados bajo mi plan. También autorizo este proveedor para utilizar, divulgar u obtener cualquiera de mi información personal de salud para el tratamiento y pago. Si, no estoy asegurado entiendo que soy totalmente responsable de todos los cargos.

I hereby authorize and direct my insurance carrier to pay directly to this provider of medical services any benefits due under my insurance plan. I agree to pay the balance of charges not paid under my plan. I also hereby authorize this provider to use, disclose or obtain any of my personal health information for treatment and payment. If I am UNINSURED, I understand I am fully responsible for all charges.

Firma del paciente o representante personal, para
Signature of Patient or Personal Representative

Fecha (Date)