

Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ Remitido por: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____ Sexo: M F

Dirección de correo electrónico: _____

Ocupación del paciente: _____ Empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

Número de seguro social del cónyuge: _____

Ocupación del cónyuge: _____ Empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

En caso de emergencia, notifique a: _____ Relación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Si el paciente es un menor, enumere a la(s) persona(s) diferente(s) al contacto de emergencia anterior que tiene(n) permiso de llevar al menor al consultorio para recibir tratamiento:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Seguro (*proporcione la información del paciente a menos que el mismo sea un menor, entonces proporcione la información del garante*)

SEGURO PRIMARIO

Nombre del seguro: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del suscriptor: _____ Monto de copago: _____

Identificación del suscriptor/N.º de póliza del contrato: _____ N.º de grupo: _____

Número de seguro social del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Empleador del suscriptor: _____ Teléfono del empleador: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del seguro: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del suscriptor: _____ Monto de copago: _____

Identificación del suscriptor/N.º de póliza del contrato: _____ N.º de grupo: _____

Número de seguro social del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Empleador del suscriptor: _____ Teléfono del empleador: _____

Persona responsable para esta cuenta: _____ Teléfono: _____

Acepto que el pago se realice en el momento del servicio. Acepto pagar todos los copagos, cargos no cubiertos o de rutina, deducibles y coaseguros que apliquen. En caso de que esta cuenta se entregue a una agencia de cobranza para su cobro, seré responsable de todos los honorarios de cobranza, costas judiciales y honorarios de abogados. Autorizo a Huntsville Hospital Physician Care a divulgarles información a las compañías de seguros y autorizo a las compañías de seguros a divulgar información a HH Physician Care con respecto a mi enfermedad, tratamiento y pagos (incluyendo la compensación del trabajador), y por medio de la presente asigno al médico todos los pagos por los servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes si la asignación se aplica.

Firma

Fecha

Hora

Fecha: _____

N.º de historia clínica: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Motivo de la visita: _____

¿Cuáles son sus principales preocupaciones o preguntas hoy? _____

Descripción de la enfermedad actual (incluya cuándo comenzaron sus síntomas): _____

HISTORIAL MÉDICO PASADO *(Marque si tiene algunas de las opciones que se presentan a continuación).*

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Bocio | estomacales) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo 1 | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Nódulo tiroideo |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes - Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Infertilidad | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune (lupus) | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Cardiopatía valvular |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis biliar | <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (TVP) (coágulo en las piernas) | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Infección del trato urinario (ITU) - Recurrente |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Hepatopatía | <input type="checkbox"/> Venas varicosas/flebitis |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Hemorragia gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal |
| <input type="checkbox"/> Tumor cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE) (reflujo ácido) | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (IM) (ataque cardíaco) | <input type="checkbox"/> Enfermedad mamaria |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Hemocromatosis | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza por migraña | <input type="checkbox"/> Cáncer de mama |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (ACV)/ derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico | <input type="checkbox"/> Cáncer cervical |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (enfermedad pulmonar) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sensibilización al Rh |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica (EVP) | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |

¿Usa una presión positiva continua en las vías respiratorias (continuous positive airway pressure, CPAP)? Sí / No

Otro _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO PASADO

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Endarterectomía carotídea | <input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla derecha/izquierda | <input type="checkbox"/> Extracción de ovarios Sí / No |
| <input type="checkbox"/> Creación de fístula arteriovenosa | <input type="checkbox"/> Túnel carpiano derecho / izquierdo | <input type="checkbox"/> Cifoplastia | <input type="checkbox"/> Cirugía de próstata |
| <input type="checkbox"/> Injerto arteriovenoso | <input type="checkbox"/> Extracción de catarata | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Cirugía de hombro derecho / izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Válvula aórtica Reemplazo | <input type="checkbox"/> Resección de colon | <input type="checkbox"/> Nefrectomía derecha / izquierda | <input type="checkbox"/> Cirugía para la apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Válvula aórtica reemplazada | <input type="checkbox"/> Craneotomía | <input type="checkbox"/> Marcapasos implantado | <input type="checkbox"/> Cirugía tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Derivación gástrica | <input type="checkbox"/> Paratiroidectomía | <input type="checkbox"/> Extracción de amígdalas |
| <input type="checkbox"/> Derivación de ambas piernas | <input type="checkbox"/> Extracción de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Neumonectomía derecha / izquierda | <input type="checkbox"/> Cirugía vascular |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda | <input type="checkbox"/> Hemorroidectomía | <input type="checkbox"/> Angioplastia transluminal percutánea coronaria (ACTP) (angioplastia) | <input type="checkbox"/> Aumento del busto derecho / izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Broncoscopia (sonda pulmonar) | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera derecha / izquierda | <input type="checkbox"/> Reparación de manguito rotador derecho / izquierdo | <input type="checkbox"/> Mastectomía derecha / izquierda |
| <input type="checkbox"/> Injerto de derivación de arteria coronaria (coronary artery bypass graft, CABG) (revascularización coronaria) | <input type="checkbox"/> Procedimiento invasivo para el dolor | <input type="checkbox"/> Histerectomía abdominal | <input type="checkbox"/> Lumpectomía derecha / izquierda |
| | <input type="checkbox"/> Trasplante de riñón derecho / izquierdo | | |
| | <input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla derecha / izquierda | | |

Otro _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento _____

ANTECEDENTES FAMILIARES	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijos
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad coronaria/ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal (crónica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno tiroideo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES SOCIALES (Marque o encierre en un círculo lo que corresponda)

Casado Soltero Divorciado Viudo
 Trabajo A tiempo parcial A tiempo completo Jubilado Con discapacidad Ocupación: _____
 Hijos: Sí / No Afiliación religiosa _____

ALERGIAS O REACCIONES A MEDICAMENTOS

NO SE CONOCEN ALERGIAS A FÁRMACOS

Alérgico a: _____ Reacción: _____

FACTORES DE RIESGO (Marque o encierre en un círculo lo que corresponda)

Consumo actual de tabaco Año en el que comenzó _____ Tipo de tabaco: Cigarrillos / Cigarros / Rapé / Vapor
 Consumo pasado de tabaco Año en el que lo dejó _____
 Nunca fumó Humo de segunda mano Sí / No
 ¿Usa el cinturón de seguridad? Sí / No

¿Múltiples parejas sexuales? Sí / No
 Consumo de cafeína Sí / No ¿Cuántas bebidas al día? _____
 Consumo de alcohol Sí / No ¿Cuántos tragos al día? _____ Tipo _____
 Ejercicio Sí / No
 Veces por semana _____ Tipo _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

HAGA REFERENCIA A LA LISTA

HAGA REFERENCIA A LOS FRASCOS

Incluya la dosis y con qué frecuencia toma el medicamento. (Omita eso si trajo una lista o los frascos)

Nombre	Dosificación	¿Cuántas veces al día?	Cuando sea necesario (PRN)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento _____

Farmacia _____ N.º de teléfono _____ Ubicación _____

¿Tiene permiso para recibir el historial de medicamentos sobre un paciente por medio de una receta electrónica? Sí / No

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS ¿Ha tenido algún problema reciente o persistente con las siguientes opciones?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Temblores/sacudidas | <input type="checkbox"/> Babeo | <input type="checkbox"/> Falta de equilibrio |
| <input type="checkbox"/> Mareo/vértigo | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Ronquera | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria |
| <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Problemas con el olfato | <input type="checkbox"/> Debilidad, lugar: _____ | <input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal |
| <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Otros cambios visuales | <input type="checkbox"/> Entumecimiento, lugar: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Concentración | <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar/
tragar/atragantamiento | <input type="checkbox"/> Rigidez | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria | <input type="checkbox"/> Dificultad para percibir
sabores | <input type="checkbox"/> Torpeza | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cambio de personalidad | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/
hormigueo facial | <input type="checkbox"/> Dolor | |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones | | | |
| <input type="checkbox"/> Dificultades en el habla | | | |

OTROS PROBLEMAS MÉDICOS ¿Ha tenido algún problema reciente o persistente con las siguientes opciones?

General

- Aumento/pérdida de peso
- Fiebre/escalofríos/fatiga
- Ronquido
- Problemas para dormir
- Depresión/ansiedad

Neurológico

- Dolor de cabeza
- Lesión en la cabeza
- Desmayos/mareos
- Convulsiones/temblores
- Pérdida de memoria
- Entumecimiento/
hormigueo
- Olvido/Confusión
- Coordinación anormal

Ojos, nariz y garganta

- Alergias
- Congestión nasal
- Anteojos/lentes de contacto
- Visión borrosa
- Zumbido
- Ronquera
- Goteo nasal
- Pérdida de audición
- Problemas para tragar
- Protuberancia en el cuello
- Glándulas inflamadas
- Dolor de oído

Corazón

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Insuficiencia respiratoria
- Inflamación de tobillos

Pulmones

- Tos persistente
- Toser sangre
- Insuficiencia Respiratoria
- Respiración sibilante

Musculoesquelético

- Dolor articular
- Gota
- Venas varicosas
- Inflamación en las piernas
- Dolor de espalda
- Rigidez articular
- Debilidad muscular
- Dolor muscular
- Calambres musculares

Gastrointestinal

- Reflujo/ERGE
- Vómitos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Heces sanguinolentas/negras
- Hemorroides
- Pérdida del apetito
- Hemorragia rectal
- Dolor abdominal

OTRAS CIRCUNSTANCIAS MÉDICAS Marque todo lo que corresponda.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Marcapasos o desfibrilador | <input type="checkbox"/> Diafragma o dispositivo intrauterino | <input type="checkbox"/> Clips de aneurisma | <input type="checkbox"/> Aparatos de ortodoncia o artículos dentales removibles |
| <input type="checkbox"/> Stents, espirales o filtros recientes | <input type="checkbox"/> Parche transdérmico (de piel) | <input type="checkbox"/> Estimulador de crecimiento óseo | <input type="checkbox"/> Extremidad o articulación artificial |
| <input type="checkbox"/> Estimulador nervioso | <input type="checkbox"/> Perforaciones corporales (piercings) | <input type="checkbox"/> Prótesis de válvulas cardíacas | <input type="checkbox"/> Expansor de tejido |
| <input type="checkbox"/> Implante coclear (oído) | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Bomba de insulina | <input type="checkbox"/> *En diálisis |
| <input type="checkbox"/> Bomba para analgesia | <input type="checkbox"/> *Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Prótesis auditivas | <input type="checkbox"/> *Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Metal en el ojo | <input type="checkbox"/> *Trasplante de hígado o riñón | <input type="checkbox"/> Prótesis de pene | <input type="checkbox"/> *Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Metralla o bala | | <input type="checkbox"/> Tatuajes o delineado tatuado en los ojos | |

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES (razones): _____

Nombre del paciente: _____ Número de seguro social (opcional): _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de servicio: _____

N.º de historia clínica: _____

Proveedor: _____

Autorizo el uso y divulgación de la información médica de la persona mencionada anteriormente según lo que se describe a continuación:

- La red de médicos de Huntsville Hospital está autorizada a realizar la divulgación.
- El tipo y cantidad de información que se debe procesar o divulgar es la siguiente: (incluya las fechas donde corresponda)
 - Registro completo
 - Informe patológico
 - Notas de la visita/reunión
 - Informe de consulta
 - Resultados de laboratorio
 - Informe operatorio
 - Informes de radiografía e imagenología
 - Registro de inmunización
 - Lista de problemas
 - Tratamiento de drogas y alcohol
 - Lista de medicamentos
 - Tratamiento de VIH/SIDA/ETS
 - Lista de alergias
 - Registro de inscripción
 - Informe de electrocardiograma
 - Otro: _____
- Entiendo que la información de mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndromes de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de comportamiento o salud mental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.
- Esta información puede ser divulgada y ser usada por la siguiente persona o agencia:

Formato de divulgación de los registros:
(elija una opción)

- Entrega electrónica (conexión de HealthPort)
- CD
- Papel

Nombre: _____ Dirección: _____

para el propósito de: _____

- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita ante el Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le proporcione a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación conforme a mi póliza.
- A menos que se revoque en otras circunstancias, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:

Si se deja en blanco, esta autorización se vencerá seis meses después de la fecha de la firma.

- Entiendo que una vez que la información se divulgue de conformidad con esta autorización, el destinatario la puede volver a divulgar y es posible que no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Entiendo que, como destinatario, soy responsable de la seguridad de estas copias del registro médico, así como de la información médica contenida en las mismas, ya sea en formato de papel o en CD/DVD.
- Entiendo que no tengo que firmar este formulario con el fin de asegurar el tratamiento de atención médica, el pago, la inscripción en mi plan médico o la elegibilidad para los beneficios. SIN EMBARGO, entiendo que si me niego a firmar este formulario, conforme a condiciones específicas, la organización puede rechazar la inscripción del tratamiento en el plan médico o la elegibilidad para los beneficios.

Firma

Fecha

Hora

Relación con el paciente (si la firma un representante legal)

Firma del testigo

Fecha

Hora

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA: ¿Alguna parte de la solicitud de registro se encuentra en la historia clínica en papel?

Sí No

Nombre de la organización/persona _____

Dirección _____

Fax/Teléfono _____

Huntsville Hospital solicita información para el siguiente paciente:

Nombre del paciente _____

N.º de seguro social (opcional) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma _____ Fecha de servicio _____

Número del paciente: _____

Información solicitada para tratamiento, pago u operaciones:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informe de electrocardiograma | <input type="checkbox"/> Registro del departamento de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Notas de enfermeras | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informe operatorio | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Resultados de imagenología |
| <input type="checkbox"/> Informe patológico | <input type="checkbox"/> Indicaciones de los médicos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe de consulta | <input type="checkbox"/> Registro ambulatorio | |

Envíe a:

Huntsville Hospital Neurological Associates

Fax: (256) 265-6386

Firma

Fecha

Relación con el paciente

Testigo



ROI32A

HUNTSVILLE HOSPITAL / Medical District

