

Información del Paciente

(Por favor use letra de imprenta)

Nombre Completo Legal: _____ Nombre Preferido: _____
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre Sexo Masculino Femenino
Origen étnico: Hispano/Latino
No Hispano/No Latino
Me rehúso/Me niego

Fecha de Nacimiento: _____ # de SS: _____
Mes/Día/Año Completo

Médico de Atención Primaria: _____
Nombre de su Farmacia Preferida: _____ Número de Teléfono: _____
Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Conviviente Legalmente Separado
Raza: Caucásico (blanco) Indio Americano Afro- Americano (negro) Hispano
 Biracial Asiático Otro Desconocido
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Condado: _____ Tel. de Casa: () _____ Tel. Celular: () _____
Idioma Preferido: _____ Correo electrónico: _____
Veterano: Sí No Desconocido Religión: _____

Información del Fiador (Si el fiador es Usted Mismo, pase a la sección de Contacto de Emergencia)

El padre/tutor que se presente para el tratamiento de un menor será considerado como el fiador. Si el paciente es mayor de 18 años, será considerado como el fiador y no tundra que completar esta sección. El fiador será responsable por cualquier saldo que se deba.

Nombre: _____ Relación del paciente con el fiador: _____
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ # de SS: _____ Tel. de Casa: () _____
Tel. Celular: () _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____ País: _____
Dirección Postal (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____ País: _____

Contacto de Emergencia (Los pacientes pediátricos favor de nombrar a alguien que no sean los padres/tutor)

Contacto Primario
Nombre: _____ Tel de Casa: () _____
Relación del Paciente con el Contacto de Emergencia _____ Tel. Celular: () _____
Nombre del Contacto Secundario: _____ Tel de Casa: () _____
Relación del Paciente con el Contacto de Emergencia _____ Tel. Celular: () _____

Empleo

Empleador del Paciente: _____ Tel. del Trabajo: _____ Ext: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Situación Laboral: Tiempo Completo Medio Tiempo Negocio propio Militar Activo Estudiante tiempo completo
 Estudiante medio tiempo Fecha de Retiro _____ Discapacitado No Empleado Desconocido

(Solo Pacientes Pediátricos) Información de Padres/Tutor y Familia Inmediata

Madre (Si la dirección, números telefónicos e información del empleador es la misma que del fiador, por favor escriba "same".)

Nombre Completo: _____ Apodo: _____
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre

de SS: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Mes/Día/Año Completo
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
(si es diferente que la del paciente)
Tel. de Casa: _____ Tel. Celular: () _____
Empleador: _____ Tel. del Trabajo: () _____ Ext: _____

Padre Si la dirección, números telefónicos e información del empleador es la misma que del fiador, por favor escriba "same".)

Nombre Completo: _____ Apodo: _____
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre

de SS: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Mes/Día/Año Completo
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
(si es diferente que la del paciente)
Tel. de Casa: _____ Tel. Celular: () _____
Empleador: _____ Tel. del Trabajo: () _____ Ext: _____

Información del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

(Solo para Pacientes Pediátricos) Hermanos, Hermanas y Otros Miembros de la Familia

Nombre Completo	M o F	Fecha de Nacimiento	Relación	Vive con el Niño	
				Sí	No
				Sí	No
				Sí	No
				Sí	No

Marque aquí si no tiene seguro. Y pase a la sección de Autorización (abajo).

Información del Accidente

¿Es la visita el resultado de un accidente? (Ejemplos: accidente de auto, compensación al trabajador, etc.) Sí No

Tipo de Accidente: _____ Fecha del Accidente: _____ Condado del Accidente: _____

Información del Seguro Primario

Suscriptor: Es la persona que porta el seguro. Si el Suscriptor es el Paciente, pase a la sección Nombre de la Co. De Seguros.

Nombre del Suscriptor en la tarjeta _____ Fecha de Nacimiento _____

Mes/Día/Año Completo

Relación del Paciente con el Suscriptor: _____ Sexo: Masculino Femenino

Si la dirección, y el número telefónico es el mismo que el del paciente, por favor escriba "same"

Dirección: _____ # de SS#: _____

Ciudad, Estado, CP: _____ Tel. de Casa: _____

Empleador: _____ Tel. del Trabajo: _____ Ext. _____

Nombre de la Co. De Seguros: _____ **Teléfono:** _____

de Poliza/Certificado: _____ **No. de Grupo:** _____ **Fecha de Vigencia :** _____

Estado del Suscriptor: Tiempo Completo Medio Tiempo Negocio propio Militar Activo Estudiante tiempo completo

Estudiante medio tiempo Fecha de Retiro _____ Discapacitado No Empleado

Información del Seguro Secundario

SUSCRIPTOR: Es la persona que porta el seguro. Si el Suscriptor es el Paciente, pase a la sección Nombre de la Co. De Seguros.

Nombre del Suscriptor en la tarjeta _____ Fecha de Nacimiento _____

Mes/Día/Año Completo

Relación del Paciente con el Suscriptor: _____ Sexo: Masculino Femenino

Si la dirección, y el número telefónico es el mismo que el del paciente, por favor escriba "same"

Dirección: _____ # de SS#: _____

Ciudad, Estado, CP: _____ Tel. de Casa: _____

Empleador: _____ Tel. del Trabajo: _____ Ext. _____

Nombre de la Co. De Seguros: _____ **Teléfono:** _____

de Poliza/Certificado: _____ **No. de Grupo:** _____ **Fecha de Vigencia :** _____

Estado del Suscriptor: Tiempo Completo Medio Tiempo Negocio propio Militar Activo Estudiante tiempo completo

Estudiante medio tiempo Fecha de Retiro _____ Discapacitado No Empleado

Autorización

Yo autorizo que se lleve a cabo una evaluación y tratamiento médico, y a la liberación de información para fines médicos/del seguro con respecto a mi enfermedad y tratamiento. Por medio de la presente autorizo el pago de mi compañía de seguros al Prisma Health por los servicios prestados. Yo seré responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro.

Firma del Paciente/Tutor/Fiador: _____ Fecha: _____



Autorización Para Divulgación De Información Médica

Nombre completo del paciente (EN LETRA DE IMPRENTA) _____

Fecha de nacimiento _____ NRM _____

Autorización para la divulgación de información médica: La privacidad de su información médica es importante. Discutiremos su estado de salud con la(s) persona(s) que usted designe.

¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA U OTRO INDIVIDUO CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU ESTADO DE SALUD? SI ES ASÍ, ¿A QUIÉN? (Marque y complete uno)

SÍ - El proveedor puede discutir mi estado de salud con el siguiente miembro de la familia u otro individuo:

NO El proveedor no puede discutir mi estado de salud con ningún miembro de la familia u otro individuo.

Usted puede revocar/cancelar o modificar/cambiar la designación anterior, pero la revocación o modificación debe hacerse por escrito.

NOTA: Esta designación no les otorga a los individuos mencionados anteriormente el derecho de tomar decisiones de cuidado de salud por usted. Si en algún momento usted no puede dar su consentimiento para el cuidado o el tratamiento, nosotros seguiremos el procedimiento establecido en la Ley de Consentimiento de Cuidado de Salud para Adultos de Carolina del Sur.

Comunicación: Por favor, proporcione el número(s) de teléfono donde podamos comunicarnos con usted (al proporcionar un número, también autoriza a Prisma Health a dejarle mensajes de voz en el número(s) que proporcionó):

Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Nota: Un sistema automatizado de recordatorio de citas podría llamar al número que figura en nuestra base de datos.

Firma: Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica como se describe anteriormente.

Firma del paciente/Representante del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre EN LETRA DE IMPRENTA (si es representante del paciente): _____

Relación con el paciente (si es el representante del paciente): _____

Prisma Health Representative: _____ Date: _____ Time: _____

Fecha de Hoy _____ Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Historial Quirúrgico y de Hospitalizaciones – Enumere todos las hospitalizaciones y operaciones que haya tenido.

Razón de la Hospitalización/Cirugía – Todos	Año
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____
6 _____	_____
7 _____	_____
8 _____	_____
9 _____	_____
10 _____	_____

Sí No ¿Tuvo algún problema con la anestesia? Si es así, por favor descríballo.

Historial Social

Sí No ¿Usted fuma o usa productos de tabaco actualmente? Si es así, ¿Cuántos al día? _____

Sí No ¿Ha fumado o usado productos de tabaco en el pasado? Si es así, ¿Cuántos al día? _____

¿Hace cuántos años que fumó por última vez? _____

Sí No ¿Toma bebidas con cafeína? Si es así, ¿qué tipo, qué tan a menudo, cuánto? _____

Sí No ¿Toma alcohol? Si es así, ¿qué tipo, qué tan a menudo, cuánto? _____

Sí No ¿Hace usted ejercicio regularmente? Si es así, qué tipo? _____
qué tan a menudo, y por cuánto tiempo? _____

Historial Médico Familiar – A continuación, marque la casilla junto a cualquier padecimiento que haya afectado a cualquier miembro de su familia cercana (padres, hermanos, hermanas), escriba su relación y la edad que tenían cuando inició el padecimiento.

	Relación	Edad de inicio
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	_____	_____
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	_____	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	_____	_____
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	_____	_____
<input type="checkbox"/> Migrañas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones	_____	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sangrado/Coágulos sanguíneos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Alergias	_____	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides	_____	_____
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	_____	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico/mental	_____	_____
<input type="checkbox"/> Alzheimer/Demencia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer - tipo:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro:	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____



Medicamentos, Alergias e Inmunizaciones

Fecha de Hoy: _____ Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nac: _____

Por favor Traiga Todos sus Medicamentos a su Visita

Medicamentos Recetados – Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente

Nombre y Dosis	Recetado por:	Con qué frecuencia lo toma	Fecha de Inicio
1 _____			
2 _____			
3 _____			
4 _____			
5 _____			
6 _____			
7 _____			
8 _____			
9 _____			
10 _____			
11 _____			
12 _____			

Medicamentos No-Recetados – Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente

Nombre y Dosis	Recetado por:	Con qué frecuencia lo toma	Fecha de Inicio
1 _____			
2 _____			
3 _____			
4 _____			
5 _____			
6 _____			
7 _____			
8 _____			
9 _____			
10 _____			
11 _____			
12 _____			

Farmacia Actual

Nombre y Lugar _____ Número Telefónico _____
Preferida _____
Otra _____

Fecha de Hoy _____ Nombre del Paciente _____ Fecha de Nac. _____

Alergias – Enumere todas las alergias o reacciones inusuales que tenga a medicamentos, alimentos, medios de contraste, productos de látex y otros agentes.

Alergia	Reacción
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____

Enumere cualquier reacción a picaduras o mordeduras de insectos _____

Inmunizaciones de Adultos – Marque la casilla que está al lado, o enumere todas las inmunizaciones que ha recibido incluyendo la fecha más reciente en que las recibió.

	Fecha Recibida	Otras	Fecha Recibida
<input type="radio"/> Tétanos	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Gripe	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Neumonía	_____	_____	_____
<input type="radio"/> VPH	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Hepatitis B	_____	_____	_____

Evaluaciones – Enumere la fecha más reciente y el doctor que realizó las siguientes evaluaciones:

	Fecha	Nombre de Doctor/Consultorio/Instalaciones
Examen Físico Completo	_____	_____
Panel Completo de Laboratorio	_____	_____
Evaluación de Colesterol (Lípidos)	_____	_____
Rayos-X de Tórax	_____	_____
Prueba de Esfuerzo en una Caminadora	_____	_____
Otras Pruebas del Corazón	_____	_____
Colonoscopia	_____	_____
Mamografía	_____	_____
Densidad Ósea	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____