



Northwest Houston Surgical Association

Dr. Ayyar

Dr. Leiva

Dr. Ziad Amr

Gracias por elegir nuestra oficina. Con el fin de servirle adecuadamente, necesitamos la siguiente información. Por favor imprima. Toda la información será confidencial

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo M/F: _____

Estado marital: _____ Seguro Social: _____

Domicilio: _____ Código Postal: _____

Correo Electronico: _____

Telefono de Domicilio: _____ Celular: _____

Lugar de empleo: _____ Telefono del Trabajo: _____

Dirección de Empleo: _____

Razon por su visita: _____

A quien le agradecemos por referirlo?: _____

Telefono: _____

Doctor General?: _____

Numero del doctor general: _____

En caso de emergencia Notificar A ?: _____

Telefono: _____

Persona responsable si el paciente es menor de edad:

Información Médica General

Escriba todos los medicamentos en el espacio indicado
 SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL POR FAVOR INCLUYA SU LISTA
 Incluyendo los que compra sin receta / Vitaminas / suplementos herbales

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS / MILIGRAMOS	FRECUENCIA/ DÍA ¿CUÁNTAS VECES	¿POR QUÉ TOMA ESTE MEDICAMENTO	CUÁL MÉDICO LO RECETÓ	COMENTARIOS

Le da NHSA permiso para obtener su historial de medicamentos? (Y) (N)

¿Es alérgico a algún medicamento (Y) (N) List: _____

¿Toma algun anticoagulante ?

ASPRIN / COUMIDIN / PALVIX / PRADAXA / XARELTO / ZEITA _____

Farmacia: _____ Telefono: _____

Fax: _____

QUESTIONARIO MEDICO

<u>HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE</u>	ASMA (Y) (N)	<u>FAMILIA HISTORIA MEDICA</u>
DIABETES (Y) (N) CON INSULINA O SIN INSULINA	PROBLEMA- PIEL (Y) (N)	DIABETES (Y) (N) CON INSULINA O SIN INSULINA MADRE /PADRE
ALERGIAS (Y) (N)	PROBLEMA-PSIQUIATRICO (Y) (N)	ALERGIAS (Y) (N) MADRE/PADRE
PROBLEMA DEL CORAZON (Y) (N)	PROBLEMA- THYROIDE (Y) (N)	PROBLEMA DEL CORAZON (Y) (N) MADRE /PADRE
PRESION ALTA (Y) (N)	SIDA (Y) (N)	PRESION ALTA (Y) (N) MADRE /PADRE
EMBOLIA / EPILEPSIA / CONVULSIONES (Y) (N)	OTRAS	EMBOLIA / EPILEPSIA / CONVULSIONES (Y) (N) MADRE /PADRE
CANCER / TUMORES (Y) (N) TYPE/TIPO	ALTURA	CANCER / TUMORES (Y) (N) MADRE /PADRE
TUBERCULOSIS (Y) (N)	PESO	TUBERCULOSIS (Y) (N) MADRE/PADRE
ULCERA/PROBLEMA-ESTOMACAL (Y) (N)	FUMA (Y) (N) CANTIDAD CUANTO TIEMPO	ULCERA/PROBLEMA-ESTOMACAL (Y) (N) MADRE /PADRE
FUERTE LESION DEL CUERPO (Y) (N)	CAFEINA (Y) (N) CANTIDAD CUANTO TIEMPO	PROBLEMA- THYROIDE (Y) (N) MADRE/PADRE
HEPATITIS / PROBLEMA-HIGADO (Y) (N)	ALCOHOL (Y) (N) CANTIDAD CUANTO TIEMPO	HEPATITIS / PROBLEMA-HIGADO (Y) (N) MADRE /PADRE
PROBLEMA-RIN□ON / VEJIGA (Y) (N)	ESTA EMBARAZADA? (Y) (N)	PROBLEMA-RIN□ON / VEJIGA (Y) (N) MADRE /PADRE
SANGRA FACILMENTE? (Y) (N)		HIV / SIDA (Y) (N) MADRE/PADRE

Lista de cirugias:

_____ Año _____ Año _____

_____ Año _____ Año _____

_____ Año _____ Año _____

SEGURO MEDICO

Si el paciente tiene un seguro HMO, se requiere una referencia del PCP para permitir que el paciente sea visto por nuestro grupo. Si el paciente no tiene una referencia válida en el momento de la designación, ofreceremos a reprogramar la cita hasta que se obtiene una referencia o podemos ver al paciente si ellos pagan por la consulta en efectivo.

Seguro Primario: _____ ID# _____ Grupo# _____

Nombre del Suscriptor: _____

Suscriptor SS# ___/___/___ Fecha de nacimiento del Suscriptor: ___/___/___

Empleador del Suscriptor: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección de las Reclamaciones: _____

Teléfono de Seguro # _____ Parentesco del Suscriptor con el paciente: _____

Seguro Secundario: _____ ID# _____ Grupo# _____

Nombre del Suscriptor: _____

Suscriptor SS# ___/___/___ Fecha de nacimiento del Suscriptor: ___/___/___

Empleador del Suscriptor: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección de las Reclamaciones: _____

Teléfono de Seguro # _____ Parentesco del Suscriptor con el paciente: _____

ES ESTA UNA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO? _____

SI ES ASÍ, POR FAVOR DAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN :

Nombre de la Ajustador encargada del reclamo: _____

Teléfono: _____ Fecha de la lesión: _____ Número de Reclamo: _____

Contacto del Empleador: _____ El Teléfono de Contacto: _____

Autorizo el hacer disponible información sobre mi salud, consejo médico y tratamiento (o el de mi hijo/hija) con el propósito de evaluar y administrar beneficios de seguro. Autorizo pago de beneficios de seguro al Médico.

Firma

Fecha

NHSA Reconocimiento de Divulgación

Persona que firma abajo certifica que EL / ELLA es el paciente o esta debidamente autorizados por el paciente como el agente general del paciente para ejecutar la anterior y acepta sus términos.

Fecha

Paciente, Persona Responsable

Testigo

Parentesco con el paciente

Reconocimiento de Revisión de Aviso de Prácticas de Privacidad

He revisado El Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina, que explica cómo se utilizará mi información médica y revelada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Fecha

Paciente, Persona Responsable

Testigo

Parentesco con el paciente

NHSA Políza Finaciera

Autorizo el hacer disponible informacion sobre mi salud, consejo medico y tratamiento (o el de mi hijo/hija) con el proposito de evaluar y administrar beneficios de seguro. Autorizo pago de beneficios de seguro al Medico.

Fecha

Paciente, Persona Responsable

Testigo

Parentesco con el paciente

Acerca de su medicamento Historial

Autorizo NHSA para acceder a mi historial de medicamentos.

Fecha

Paciente, Persona Responsable

Testigo

Parentesco con el paciente