



After Hours Medical Group

9200 Colima Rd. #101 Whittier, CA 90605 (562) 945-2128

Cuéntanos quién te refirió? _____

INFORMACIÓN PACIENTE CONFIDENCIAL

Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Iniciales _____

Sexo: Hombre/ Mujer _____

Nombre Anterior _____

Seguro Social _____

Domicilio _____

Correo Electronico _____

Ciudad _____

Estado _____ Codigo Postal _____

Idioma _____

Telefono _____ Movil _____

Estado Civil _____

Ascendencia Hispano o Otro

Etnicidad Latino/Hispano, No Soy Latino/Hispano o Otro

SI EL PACIENTE ES MENOR O DEPENDIENTE DEL SEGURO DE ALGUIEN MÁS, PROPORCIONE INFORMACION FINANCIERA RESPONSABLE

Apellido _____

Fecha De Nacimiento _____

Nombre _____ Iniciales _____

Sexo: Hombre/ Mujer _____

Telefono _____ Movil _____

Seguro Social _____

Domicilio _____

Relacion _____

Ciudad _____

Yo Soy El Responsable

Estado _____ Codigo Postal _____

Contacto De Emergencia

Farmacia

Relacion _____

Nombre _____

Apellido _____

Domicilio _____

Nombre _____

Ciudad _____

Telefono _____ Movil _____

Codigo Postal _____

Por la presente autorizo y ordeno a mi compañía de seguros que pague directamente a este proveedor de servicios médicos cualquier beneficio adeudado en virtud de mi plan de seguro. Acepto pagar el saldo de los cargos no pagados en virtud de mi plan. Por la presente, también autorizo a este proveedor a usar, divulgar u obtener cualquier información de mi salud personal para tratamiento y pago. Si no estoy ASEGURADO, entiendo que soy totalmente responsable de todos los cargos. Los gastos cobrados por usted al momento del servicio son un costo estimado de su visita. Si, después de que se factura a su seguro, si su póliza aplica algún monto adicional a su gasto de bolsillo, usted es personalmente responsable de ese monto y se le facturará ese saldo adeudado.

Fecha: _____ Nombre: _____

Firma: _____



After Hours Medical Group

9200 Colima Rd. #101 Whittier, CA 90605 (562) 945-2128

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Fecha de Hoy: _____ Nombre y Teléfono de su Doctor Primario: _____

Edad: _____ Hombre [] Mujer [] Primer Idioma: _____

Alergias: _____

Razón de su visita: _____

Medicamentos/Vitaminas: _____

Por favor encierre en un círculo todo lo que corresponda (sólo para pacientes nuevos):

Historia Clínica: Hipertensión, Diabetes Mellitus, Diabetes Mellitus dependiente de Insulina, Derrame Cerebral, Infarto (ataque del Corazón), Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Gota, Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Hepatitis, Pancreatitis, Enfermedad por reflujo gastroesofágico, Lupus, Artritis Reumatoide, Osteoartritis, Cáncer, Hiperlipidemia, Enfermedad Renal, Diálisis, Depresión o Manía, Gastritis

Otros: _____

Historia de Cirugías: Extirpación de la Vesícula, Extirpación del Apéndice, Extirpación de la Tiroides, Eliminación de las amígdalas, Histerectomía, Cesárea, cirugía de revascularización, Reparación de la Hernia, Angioplastia, Cáncer

Otros: _____ Año(s) de cada cirugía: _____

Historia Social: ¿Fuma o mastica tabaco? **Si/No** Si fuma, ¿Cuántos paquetes por día? ____ ¿Por cuánto tiempo? ____

¿Bebe alcohol? **Si/No** Si bebe, ¿cuánto y con qué frecuencia? ____

Por favor encierre en un círculo todo lo que corresponda (para todos los pacientes):

General: Fiebre, Cansancio, Sudor, Escalofríos

Endocrino: Sed Excesiva, Pérdida de Peso, Aumento de Peso

Sanguíneo: Moretones inusuales, Sangrado inusual

Alergias/Inmunología: Problemas de Sinusitis, Rinitis Alérgica

Otorrinolaringología: Dolor de garganta, Dolor de oídos, Nariz que moquea (Rinorrea)

Ojos: Enrojecimiento de los ojos, Secreción de los ojos, Visión doble

Pulmonar: Dificultad para respirar, Tos Seca, Tos con flema, Respirar con silbido (sonido agudo)

Cardiovascular: Palpitaciones, Presión Arterial Alta, Frecuencia Cardíaca Rápida

Gastrointestinal: Náuseas, Vómitos, Diarrea, Dolor abdominal o Cólicos

Genito-Urinario: Ardor o dolor al orinar, Sangre en la orina, Dolor Pélvico o Genital, Dolor vaginal anormal, Dolor menstrual, Flujo vaginal

Musculoesquelético: Dolor en las articulaciones, Dolor muscular

Neurología: Dolor de cabeza, Convulsiones, Vértigo

Psiquiatría: Ansiedad, Deprimido o Triste

Piel: Erupciones, Picazón

Firma del Paciente/ Representante Legal: _____ Relacion con el Menor: _____



Consentimiento para Recibir Tratamiento Médico

Yo (o la persona que firma en representación del paciente), voluntariamente doy mi consentimiento para que los médicos de After Hours Medical Group y su personal de asistentes médicos, me provean de cuidado médico, incluyendo procedimientos de diagnóstico y tratamiento rutinario, como paciente externo y tantas veces como sea necesario. Yo deberé ser informado del plan y la duración de todo tratamiento y tengo la libertad de terminar con cualquier tratamiento que me hayan precrito los doctors de After Hours Medical Group, en cualquier momento que yo considere necesario. Además estoy en pleno conocimiento de mis derechos como paciente.

Desea una copia de los derechos del paciente? **SI** **NO**

Desea una copia de este consentimiento? **SI** **NO**

Nombre del Paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Firma del Paciente: _____

Nombre del padre, relación con el paciente y firma, si el paciente es menor de edad:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Firma: _____

Nombre del Testigo: _____ Firma: _____