

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE- POR FAVOR ESCRIBA

SOC SEC #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Edad: _____

Nombre: _____ Teléfono de la casa o celular: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____

Dirección de Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ocupación: _____ SEXO: Masculino Dirección Femenino

ESTADO CIVIL: Casado Soltero Divorciado Viudo Separado Socio

Correo electrónico: _____ @ _____ MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

nombre del cónyuge: _____

número de teléfono del cónyuge: _____

REFERENCIA

¿Quién lo refirió a nuestra clínica? (Marque la casilla)

Washington Regional Medical Center comunitaria o Feria de la Salud referidos por un médico: _____
 Periódico o Revista tratada por el médico en el hospital Empleador

Recomendado por un amigo o miembro de la familia Internet Directorio de Plan de Seguro

Condujo por la ubicación del Directorio de la Clínica Directorio Teléfono (páginas amarillas)

Pacientes regreso / No Aplicable Otros: _____

CÓNYUGE / INFORMACIÓN DE LOS PADRES Cónyuge / Padre SEXO: Masculino Mujer

Cónyuge / Nombre del padre: _____ Celular: _____

Ocupación: _____ Social Sec. #: _____ - _____ - _____

Empleador: _____ Trabajo: _____ Ext: _____

Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cónyuge/Padre Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ otro número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono celular: _____

Dirección: _____ Teléfono de la casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Quién es el responsable de pago: Otro Yo: _____ (LLENE ABAJO)

Nombre de la parte responsable: _____

Fecha de nacimiento de responsable: ____ / ____ / ____

Relación con el paciente: Mismo Cónyuge Niño Otro SS # _____ - _____ - _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

¿Alguna vez ha visto como paciente en uno de nuestros Clínicas de Washington Regionales sistema médico? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo?? ____ / ____ / ____ Donde: _____

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN (cónyuge, hijos, padres, etc.)

¿Quién puede discutir con su información? Por ejemplo: temas médicas / cuidado, resultados, facturación, etc.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Idioma preferido: Inglés Español Marshallese árabe RECHAZAR OTRA: _____

Raza: Blanco Africano Americano Asían Hawaiano / Otro Isleño del Pacífico
 Indio Americano / Nativo de Alaska Hispano Desconocido Rechazar

Etnicidad (Origen): No Hispano o Latino Hispano o Latino Desconocido RECHAZAR

Método de comunicación preferido: Imprimir Guardar flash Drive Rechazar

Avisos bienestar: Correo teléfono celular Teléfono de la casa Teléfono del trabajo RECHAZAR

FARMACIA PREFERIDO: _____ **LOCALIZACIÓN:** _____

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo a todas mis compañías de seguros. Yo autorizo el pago directo de las prestaciones médicas para el proveedor. Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en el lugar de la original. Doy mi consentimiento para que mi foto sea tomada. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por el seguro. Yo permito que la transmisión de fax y electrónicos de información médica a otros proveedores de salud, abogados, o compañías de seguros que participen en mi atención. Doy mi permiso para que los mensajes que se dejaron en mi contestadora o enviado por correo electrónico. Yo, el abajo firmante, autorización y consentimiento para la prestación de atención médica, incluidos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico por miembros autorizados de Washington Regional Medical System o sus designados, como a su juicio profesional necesario para el paciente antes mencionado. Reconozco que no se han dado garantías en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamientos. He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la clínica. Yo permito que este servicio para obtener mi historial de medicación por vía electrónica.

X _____

Firma (paciente o padre / tutor si es menor)

Fecha: ____ / ____ / ____

SEGURO PRIMARIA

Relación del paciente con el asegurado principal: Yo mismo Esposo Niño Otros: _____

Nombre de la compañía de seguro: _____

Dirección De Seguro : _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

ID # _____ Grupo # _____

Número de teléfono de Compañía del Seguros : _____

Nombre de Beneficiario Principal: _____

Fecha de Nacimiento de Beneficiario Principal: ____ / ____ / ____

Dirección de Beneficiario Principal: _____

Numero de Soc Sec de Beneficiario Principal. #: _____ - _____ - _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

SEGURO SECUNDARIA

Relación del paciente con Beneficiario Principal: Yo mismo Esposo Niño Otros: _____

Nombre de la compañía de seguro: _____

Dirección de compañía: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

ID # _____ Grupo # _____

Número de teléfono de Compañía de Seguro: _____

Nombre de Beneficiario Principal: _____

Fecha de Nacimiento de Beneficiario Principal: ____ / ____ / ____

Dirección de Beneficiario Principal: _____

Numero de Soc Sec de Beneficiario Principal. #: _____ - _____ - _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Washington Regional General Surgery Clinic

3264 N. North Hills Blvd

Fayetteville, AR 72703

Phone: (479) 521-3300 Fax: (479) 521-4705

Stephen T. Woods, M.D., F.A.C.S.

Jon Berry, M.D., F.A.C.S.

Gareth Eck, M.D., F.A.C.S.

Jeffrey Bell, M.D., F.A.C.S.

SUR

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Farmacia y dirección: _____

Cuál es la razón de su visita _____

Estatura _____ Peso _____

¿Recibió la vacuna contra la influenza este año? Si _____ No _____

En caso de que si, ¿quién te dio la vacuna? _____

MEDICAMENTOS:

¿Toma anticoagulantes, como Plavix, Coumadin, o Aspirina? Si _____ No _____

MEDICAMENTO	DOSIS

ALERGIAS (por favor danos la fecha de inicio):

alergias a medicamentos:

alergias a los alimentos:

otras alergias:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SI TIENE AHORA, O HA TENIDO:

Diabetes Hipertensión Artritis
 Problema cardíaca Hepatitis/Tipo _____ Asma
 Problema renales Úlceras Enfisema
 Cáncer (tipo) _____ Convulsiones Problema de tiroides
 Colesterol alto Problemas de sangrado Coágulos de sangre
 Cualquier otra enfermedad: _____

CIRUGÍAS Y FECHAS:

HISTORIA QUIRURGICA:

CIRUGÍA	CUANDO Y DONDE

¿Te has hecho una colonoscopia? Si No

Fecha de realización _____

¿Resultado normal? Si No ¿Descubrimiento de pólipos? Si No

Explique _____

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR:

Miembro	Edad	Estado de salud	Enfermedades
Padre			
Madre			
Hermanos(as)			
Abuelas			
Abuelos			
Tías/Tíos			

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia Social:

¿Usas productos de tabaco? Si ___ No ___ ¿Cuánto? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

Por favor marque todo lo que se aplica a usted: **Cigarrillos/Tabaco de mascar/Pipas/Cigarrillos Vape**

¿Si utiliza vaporizador, qué fuerza de nicotina? _____ %

¿Alguna vez has tratado de dejar usar tabaco? Si ___ No ___

¿Alguna vez ha usado tabaco? Si ___ No ___ ¿A qué edad dejó de usar? _____

¿Bebes alcohol? Si ___ No ___ ¿Cuánto y con qué frecuencia? _____

Por favor marque todo lo que se aplica a usted: **Cerveza/Vino/Licor**

¿Usas drogas recreativas? Si ___ No ___ ¿Cuáles? _____

¿Cuál es su ocupación laboral? _____

¿Tienes una declaración de voluntad anticipada o testamento?

___ Si tengo testamento fichado

___ Si tengo una declaración de tratamiento de salud

___ No tengo declaración de tratamiento de salud

___ Prefiero no decir

¿Si tienes un declaración o testamento vigente? Si ___ No ___

Un apoderado de atención médica es una persona que ha designado para tomar decisiones de atención médica por usted si pierde la capacidad de tomar decisiones usted mismo. Al nombrar a un agente de atención médica, puede asegurarse de que los proveedores de atención médica cumplan sus deseos.

¿Tiene un poder de atención médica? SI ___ No ___

En caso afirmativo, ¿cómo se relaciona esta persona con usted? _____

Poder de representación para atención médica:

Nombre: _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Fecha efectiva de representación _____

HIPPA DISCLOSE INFORMATIN:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización por: Paciente o Tutor Legal (nombre): _____

El médico / la práctica puede usar o divulgar la siguiente información de salud:

La siguiente información de salud no puede ser revelar:

Para revelar información de salud marcar todos los que correspondan:

Cualquier médico o centro de salud

¿Está bien dejar un mensaje de voz?

Nombres de personas autorizadas.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿HA EXPERIMENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS?

SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES

Fiebre	S	N
Fatiga	S	N
Aumentación de peso involuntaria	S	N
Bajo de peso involuntaria	S	N
No sentirse bien	S	N
Resfriado	S	N

DERMATOLÓGICO

Erupciones en la piel	S	N
Úlceras	S	N

OJOS/ NARIZ

Visión borrosa	S	N
Doble visión	S	N
Rinorrea	S	N

RESPIRATORY

Tos aguda	S	N
Falta de aliento	S	N
Sibilancias	S	N

CORAZÓN / CIRCULACIÓN

Dolor de pecho	S	N
Latido de corazón irregular	S	N
Hinchazón de los tobillos	S	N

GASTROINTESTINAL

Dolor abdominal	S	N
Sangre en las heces	S	N
Estreñimiento	S	N
Diarrea	S	N
Acidez estomacal	S	N

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Náuseas S N

Vomito S N

GENITOURINARIO

Producción de orina excesiva S N

Cambios de eliminación urinaria S N

Pérdida del control de la vejiga S N

REPRODUCTIVO

Bulto en el seno S N

Dolor en los senos S N

Dolor en el pezón S N

METABÓLICA

Intolerancia al frío S N

Intolerancia al calor S N

Neurológica

Dolor de cabeza S N

Dificultad para recordar S N

Mareo S N

Convulsiones S N

entumecimiento de las extremidades S N

debilidad de las extremidades S N

Salud Psiquiátrica

Ansiedad S N

Depresión S N

Insomnio S N

Integumentaria

Pérdida de cabello S N

Urticaria S N

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Erupciones S N

Lesión de piel S N

Comezón S N

Musculoesquelético

Dolor de espalda S N

Articulaciones dolorosas S N

Inflamación de articulaciones S N

Debilidad muscular S N

Dolor de cuello S N

Firma del paciente

Fecha

Consentimiento para el tratamiento

Yo autorizo y consiento a la rendición de atención médica, incluidos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico por miembros autorizados de Washington Regional clínica de cirugía general como en su juicio profesional sean necesarias para el paciente por debajo de su nombre. Reconozco que no se han dado garantías en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamientos.

Asignación de Beneficios de Seguro

Paciente-Médico Acuerdo: Yo, el abajo firmante, autorizo Washington Regional clínica de cirugía general para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento a mi compañía de seguro (s) médico o otro. Yo, reconociendo que el seguro médico no poseo completamente puede cubrir la cuota (s) de los servicios profesionales rendido mí, por este medio acepto que soy responsable de dicha tasa (s). Yo autorizo el pago directamente a mí por sus servicios. Una fotocopia del mismo será válida como el original. Soy consciente de que puedo consultar a mi médico de la cuota (s) por los servicios profesionales necesarios y / o rendido.

Autorización para divulgar información

Yo autorizo Washington Regional clínica de cirugía general a dar cualquier información solicitada por la compañía de seguros necesarios para recibir beneficios bajo cualquier póliza hacemos reclamo en contra de los servicios en esta o en una fecha relacionada con el servicio.

Garantía de pago

Entiendo que las visitas al consultorio se van a pagar en el momento del servicio a menos que otros arreglos se han hecho. Yo entiendo que soy responsable para el balance no cubierto por el seguro. Entiendo que Washington Regional clínica de cirugía general no acepta ninguna asignación póliza de seguro como garantía del pago completo.

Firma del paciente:

X _____

(Paciente o padre / Guardián si es menor de 18 años de edad)

Relación del Guardián

fecha