



## INFORMACION DE SEGUROS

Fecha: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_ Numero de historia clínica: \_\_\_\_\_ Otra identificación: \_\_\_\_\_ Uso interno: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE:**

Apellido                      Nombre                      Inicial                      Sexo: f/m                      Estado civil                      Fecha de nacimiento                      Edad                      # de seguro social

---

Dirección /domicilio                      Ciudad                      Estado                      Zona postal                      #de teléfono /domicilio                      #de teléfono/cell                      #de teléfono/empleo

---

**EMPLEO/INFORMACION MEDICA:**

Nombre de empleo                      dirección de empleo                      Ciudad                      Estado                      Zona postal                      Teléfono                      Ocupación

---

Nombre de contacto en caso de emergencia                      Relación/parentesco                      Teléfono

---

Nombre de su farmacia                      Teléfono                      Medico de familia                      Medico en el referido                      # de teléfono

---

Seguro Medico	Nombre/Dirección	Nombre del asegurado principal	Relación/parentesco	Numero de póliza	Numero de Grupo
1.					
2.					

**Persona responsable de pagos, diferente del paciente**

Apellido                      Nombre                      Inicial                      Sexo                      Estado civil                      Fecha de nacimiento                      # de seguro social

---

Teléfono/domicilio                      Teléfono /empleo                      Dirección de correo electronico

---

Dirección                      Ciudad                      Estado                      Zona postal                      Nombre/Dirección de empleo                      Ocupación

---

**HIPPA /Personas autorizadas a recibir información**

**1.** Apellido                      Nombre                      Inicial                      Sexo                      Fecha de nacimiento                      #de seguro social                      Relación/parentesco

---

Dirección                      Ciudad                      Estado                      Zona postal                      teléfono/domicilio                      teléfono/cell                      teléfono /empleo

---

**2.** Apellido                      Nombre                      Inicial                      Sexo                      Fecha de nacimiento                      # seguro social                      Relación/parentesco

---

Dirección                      Ciudad                      Estado                      Zona postal                      teléfono/domicilio                      teléfono/cell                      teléfono/ empleo

---

**FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA:** Doy mi consentimiento para tratamiento y asignación de beneficios pagaderos a mi. Yo soy responsable por cualquier pago cubierto o no cubierto por mi seguro medico. Autorizo al medico a proveer cualquier información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de mi firma para someter mis facturas al seguro medico. Entiendo el pago debe hacerse al momento de recibir los servicios médicos. He recibido la notificación de privacidad de la PRACTICA PRIVADA.

Autorizo a la PRACTICA /OFICINA a usar y proveer mi información medica para propósitos de tratamientos, obtener pagos por servicios recibidos, y conducir operaciones medico-quirurgicas.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



## Información del paciente/Historia Medica

### En letra de molde:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión o comienzo de los síntomas: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Razón de su visita (por favor explique)\_

\_\_\_\_\_

¿Como supo de nuestros servicios? \_\_\_\_\_

Sufre de alergias SI  NO

Por favor explique

\_\_\_\_\_

Por favor escriba cualquier medicamento recetado o no que actualmente este tomando incluyendo dosis y frecuencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor liste cirugías y hospitalizaciones y fechas

Cirugías/Lugar

Fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor liste fracturas y fechas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FUMADOR SI  NO

Si fuma, indique por favor cantidad y frecuencia \_\_\_\_\_



Información médica del paciente (incluya fechas)

Anemia	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Asma/Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Dificultades Intestinales/ vesícula	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Dolores en el pecho/ Angina	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Depresión/Trastornos Mentales	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
HIV	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Ataques al corazón/ desordenes cardiacos	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Palpitaciones/Arritmias	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Presión alta	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Problemas de riñón	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Enfermedades pulmonares	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Implantes metálicos	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____



Marcapasos	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Embarazos	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Problemas de la vista/del oído	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Parálisis/Isquemias cerebrales	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Abuso de sustancias/drogas	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____

Otras condiciones medicas (por favor, explique en detalle):

---

---

---