



Formulario de registro

Nombre de la/del paciente: _____

Mujer Hombre Fecha de nacimiento _____

de Seguro Social _____ Correo electrónico _____

Dirección: _____ Apto./unidad _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Celular: _____ Teléfono de casa: _____

Doy mi consentimiento para que me envíen textos (avisos de citas, resultados de estudios, etc.) Sí No

Doy mi consentimiento para los mensajes de voz detallados (resultados de exámenes, etc.) Sí No

Método de comunicación preferido (marque con un círculo): celular / teléfono de casa / correo electrónico

¿Desea tener acceso al Portal? Sí No

Datos demográficos:

Idioma: Inglés Español Japonés Otro _____

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Me niego a especificarlo

Raza: Indígena americano o de Alaska Asiático
 Negro o afro-americano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 Blanco Me niego a especificarlo

Estado civil: soltero/a casado/a divorciado/a viudo/a

¿Cómo supo de nosotros? Anuncio Médico de cabecera Médico especialista

Paciente del consultorio Hospital Aseguradora

¿Nos permite acceso a su **Historial de Medicamentos** directamente del administrador de beneficios de la farmacia? Sí No

FARMACIA: _____ TELÉFONO: _____

Laboratorio preferido: _____ Para imágenes: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: (marcar con círculo) Esposo/a, pareja, padre/madre, amigo, otro _____

Empleo

Nombre de empleador: _____

Teléfono de empleador: _____

Oficio normal (actual o el más reciente): _____

Industria habitual: _____

Aseguradora/Seguro médico

Seguro médico principal: _____ # de identidad _____

Nombre del grupo: _____ # del grupo _____

Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro médico secundario: _____ # de identidad _____

Nombre del grupo: _____ # del grupo _____

Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico de cabecera/Médico que le refirió

Médico de cabecera: _____

Médico que le refirió: _____

Yo declaro que he leído y acepto/estoy de acuerdo con la política de pago de Radiance OB/GYN. Soy elegible para el seguro indicado en este formulario y comprendo que el pago es mi responsabilidad independientemente de la cobertura de seguro. Por la presente asigno a Radiance OB/GYN todo el dinero al que tengo derecho para los gastos médicos relacionados con los servicios proporcionados de vez en cuando por Radiance OB/GYN, pero no exceder/extralimitar mi endeudamiento con Radiance OB/GYN. Autorizo a Radiance OB/GYN a liberar cualquier información médica a mi compañía de seguros u otro tercer pagador para facilitar el procesamiento de mis reclamos de seguro. Comprendo que el de no pagar saldos pendientes dentro de un plazo de 120 días de la notificación del monto adeudado/debido resultará en que sean enviados a una agencia de cobranza externa. Se cobrará una tarifa de \$10 por cheques devueltos debido a fondos insuficientes. Elijo recibir comunicaciones de Radiance OB/GYN por texto o correo electrónico al número o a la dirección indicada anteriormente, incluyendo pero no limitado a comunicaciones sobre citas, tratamiento y pago. Comprendo que tales correos electrónicos y textos podrían no ser seguros y hay un riesgo de que puedan ser leídos por un tercero. Beneficiarios de MEDICARE: Pido que el pago de beneficios autorizados por Medicare autorizado sean hechos a Radiance OB/GYN. Autorizo a todo aquel que posea información médica acerca de mí a liberar a CMS y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Firma

Fecha/Hora

Formulario de ingreso para nuevos pacientes

Fecha de hoy: _____

Nombre de la/del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias a medicamentos: incluya cualquier reacción

NKDA (no se conoce alergia a medicamentos)

Alergias a alimentos: _____

Medicamentos que actualmente toma, dosis y frecuencia (use el otro lado de la página u otra página si es necesario):

Vacunas: ¿Se ha puesto?: Vacuna Gardasil (contra VPH)? Sí (3 dosis) Sí (< 3 dosis) No

¿Vacuna contra la influenza? Sí, (fecha) _____ No

¿Vacuna contra DTP (contra la difteria, el tétano, y la pertussis/ tosferina)? Sí, (fecha) _____ No

Problemas médicos

Queja principal (razón de la visita): _____

Lista de problemas médicos continuos (ginecológicos u otros): _____

Historial ginecológico

¿Está sexualmente activa/o?: Sí No ¿Qué método de anticoncepción actualmente utiliza? _____

¿Cuál fue el primer día de la última regla menstrual? _____

¿Cuál es la fecha de su último Papanicolaou (Pap)? _____

Resultados del último Papanicolaou: Pap normal Pap anormal: _____ VPH negativo VPH positivo

¿Tuvo ALGUNA VEZ un Papanicolaou anormal? Sí No Detalles: _____

¿Ha recibido tratamiento debido al Papanicolaou anormal? Sí No Si es "Sí" indique cuando: _____

¿Alguna vez ha tenido una ETS/ITS (enfermedad/infección)? _____

Historia de colposcopia o LEEP o crio ablación Fechas: _____

¿A qué edad tuvo su 1ª regla?: _____ Resultados más recientes del examen de densidad ósea: _____

Resultado/más recientes mamografía: _____ Fecha y resultados/última colonoscopia: _____

Duración del flujo menstrual (días): _____ Menstruación mensual? Sí / No

Flujo: Ligero Moderado Fuerte Frecuencia del ciclo (por ej. cada 28 días): _____

¿Terapia hormonal sustitutiva? Sí No Edad al empezar la menopausia: _____

Antecedentes obstétricos (llene los espacios con detalles o marque con una 'X' las casillas apropiadas)

_____	Número total de embarazos	_____	Abortos espontáneos
_____	Embarazos de término completo	_____	Embarazos ectópicos
_____	Prematuros	_____	Partos múltiples (gemelos)
_____	Abortos electivos	_____	Número total de hijos vivos

Embarazo #1

Fecha del parto _____ # de fetos: _____ Peso al nacer _____ Sexo Masculino Femenino
Tipo: Término completo (más de 36 semanas) Prematuro (menos de 36 semanas)
 Aborto espontáneo Terminación electiva del embarazo ¿D y C? Sí No
Parto: Vaginal Cesárea
Edad gestacional a la hora del parto (por ejemplo: 9 semanas o 39 semanas): _____
Anestesia: General Local Epidural Espinal/raquídea Ninguna Otra _____

Embarazo #2

Fecha del parto _____ # de fetos: _____ Peso al nacer _____ Sexo Masculino Femenino
Tipo: Término completo (más de 36 semanas) Prematuro (menos de 36 semanas)
 Aborto espontáneo Terminación electiva del embarazo ¿D y C? Sí No
Parto: Vaginal Cesárea
Edad gestacional a la hora del parto (por ejemplo: 9 semanas o 39 semanas): _____
Anestesia: General Local Epidural Espinal/raquídea Ninguna Otra _____

Embarazo #3

Fecha del parto _____ # de fetos: _____ Peso al nacer _____ Sexo Masculino Femenino
Tipo: Término completo (más de 36 semanas) Prematuro (menos de 36 semanas)
 Aborto espontáneo Terminación electiva del embarazo ¿D y C? Sí No
Parto: Vaginal Cesárea
Edad gestacional a la hora del parto (por ejemplo: 9 semanas o 39 semanas): _____
Anestesia: General Local Epidural Espinal/raquídea Ninguna Otra _____

Embarazo #4

Fecha del parto _____ # de fetos: _____ Peso al nacer _____ Sexo Masculino Femenino
Tipo: Término completo (más de 36 semanas) Prematuro (menos de 36 semanas)
 Aborto espontáneo Terminación electiva del embarazo ¿D y C? Sí No
Parto: Vaginal Cesárea
Edad gestacional a la hora del parto (por ejemplo: 9 semanas o 39 semanas): _____
Anestesia: General Local Epidural Espinal/raquídea Ninguna Otra _____

Embarazo #5

Fecha del parto _____ # de fetos: _____ Peso al nacer _____ Sexo Masculino Femenino
Tipo: Término completo (más de 36 semanas) Prematuro (menos de 36 semanas)
 Aborto espontáneo Terminación electiva del embarazo ¿D y C? Sí No
Parto: Vaginal Cesárea
Edad gestacional a la hora del parto (por ejemplo: 9 semanas o 39 semanas): _____
Anestesia: General Local Epidural Espinal/raquídea Ninguna Otra _____

Complicaciones previas del embarazo: (por ejemplo: diabetes gestacional, parto prematuro, pre eclampsia, parto de nalgas)

Historial médico en el pasado

Personal y familiar: ¿Ha usted o algún familiar suyo tenido **alguna vez** alguno de los siguientes?:

Favor incluir a qué edad se hizo el diagnóstico:

	Yo	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuela materna	Abuelo materno	Abuela paterna	Abuelo paterno	Hijo/a	Hijo/a	Otro	Otro
Abuso de alcohol													
Enfermedad de Alzheimer / demencia													
Asma													
CÁNCER DE MAMA													
Enfermedad crónica del hígado y/o hepatitis													
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica													
Cirrosis													
CÁNCER DE CÓLON													
Insuficiencia cardíaca congestiva													
Depresión / ansiedad													
Diabetes													
Diálisis													
Enfisema													
CÁNCER DE ENDOMETRIO (UTERINO)													
Ataque al corazón/infarto													
Colesterol alto													
Infección de VIH													
Hipertensión													
Enfermedad renal / piedras / infecciones													
Enfermedad mental													
Osteoporosis													
CÁNCER DE OVARIO													
Enfermedad de Parkinson													
Cáncer de la próstata													
Convulsiones													
Enfermedad de transmisión sexual													
Derrame cerebral/embolia/apoplejía													
Tuberculosis													
OTRO CÁNCER:													
Otro:													
Otro:													

Historia social

USO DE TABACO: Fuma actualmente Ex-fumador Nunca fumó Mastica tabaco

Años fumando _____ # de paquetes/cigarrillos _____

USO DE ALCOHOL: Nunca Ocasional Moderado Excesivo **Tipo:** vino, cerveza, licor fuerte

USO DE DROGAS: Actualmente uso Usé en el pasado Nunca usé Años usándola _____

Tipo: THC/marihuana, cocaína, drogas intravenosas, otras **Detalles:** _____

OCUPACIÓN/EMPLEO: _____

Listar cualquier exposición dañina actual o previa en el trabajo: _____

NIVEL DE EJERCICIO: Ninguno Ocasional Moderado Bastante **Tipo:** _____

DIETA: Regular Diabética Alta en carbohidratos Vegetariana Vegana Sin gluten

¿Es usted testigo de Jehová? Sí No

Historia quirúrgica

Historia quirúrgica pasada (favor de indicar **la fecha de la cirugía**)

_____ Histerectomía (extirpación del útero +/- cérvix/cuello del útero)

_____ Sólo a través de una incisión abdominal grande

_____ Sólo a través de una incisión laparoscópica pequeña

_____ Sólo a través de la vagina

_____ Combinación de métodos laparoscopia / vaginal

_____ Una o las dos trompas y ovarios fueron extirpados

_____ Elevación de la vejiga (colporrafía anterior) _____ marque aquí si fue con malla

_____ Corrección del prolapso rectal (colporrafía posterior) _____ marque aquí si con malla

_____ Cabestrillo uretral (TOT o TVT por sus siglas en inglés)

_____ Implantes de seno: Favor de marcar con círculo si fue: salina o silicona _____ Reducción de seno

_____ Mastectomía; dé detalles: _____

_____ Colectomía (extirpación de la vesícula)

_____ Apendectomía (extirpación del apéndice)

_____ Tiroidectomía (extirpación de la tiroides: Favor de marcar con círculo si fue: parcial o completa

Favor de listar cualquier otra cirugía y las fechas:

