



## 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 (miscarriages)  
\_\_\_\_\_ 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 espontaneo  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 espontaneo  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 espontaneo  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 espontaneo  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 espontaneo  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													
<b>CÁNCER DE MAMA</b>													
Enfermedad crónica del hígado y/o hepatitis													
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica													
Cirrosis													
<b>CÁNCER DE CÓLON</b>													
Insuficiencia cardíaca congestiva													
Depresión / Ansiedad													
Diabetes													
Diálisis													
Enfisema													
<b>CÁNCER DE ENDOMETRIO (UTERINO)</b>													
Ataque al corazón/infarto													
Colesterol alto													
Infección de VIH													
Hipertensión													
Enfermedad renal / Piedras / Infecciones													
Enfermedad mental													
Osteoporosis													
<b>CÁNCER DE OVARIO</b>													
Enfermedad de Parkinson													
Cáncer de la próstata													
Convulsiones													
Enfermedad de transmisión sexual													
Derrame cerebral/embolia/apoplejía													
Tuberculosis													
<b>OTRO CÁNCER:</b>													
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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Nuevo Episodio Obstétrico

Numero de fetos: \_\_\_\_\_ Peso antes de embarazo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre del bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación (esposo, marido/pareja, etc.): \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_

### Historia menstrual

Primer día de su última regla: \_\_\_\_\_ Definitivamente:  Sí  No

Menstruación mensual:  Sí  No Frecuencia: cada \_\_\_\_\_ días

¿A qué edad tuvo su primera menstruación?: \_\_\_\_\_ ¿Tomaba anticonceptivos al embarazarse:  Sí  No

### Evaluación genética e historia de infección (personal o familiar, paciente o padre de bebé)

¿Tendrá la madre 35 años o más a la fecha estimada del parto?  Sí  No

Talasemia (antecedentes italianos, griegos, mediterráneo, o asiáticos)  Sí  No

Defecto del tubo neural (mielomeningocele, espina bífida, o anencefalia)  Sí  No

Defecto congénito del corazón  Sí  No

Síndrome de Down  Sí  No

Tay-Sachs (por ej. antecedentes judíos, acadianos/cajún, franco-canadienses)  Sí  No

Enfermedad de Canavan  Sí  No

Anemia depranocítica o antecedentes africanos  Sí  No

Hemofilia u otros trastornos sanguíneos  Sí  No

Distrofia muscular  Sí  No

Fibrosis quística  Sí  No

Corea de Huntington  Sí  No

Retraso mental/autismo  Sí  No

De responder "Sí", ¿le hicieron a la persona la prueba del síndrome X frágil?  Sí  No

Otro trastorno genético o de cromosomas que haya sido heredado \_\_\_\_\_  Sí  No

Trastorno metabólico materno (por ej. diabetes tipo 1, PKU)  Sí  No

¿Tuvieron paciente o el padre del bebé un niño con otras anomalías congénitas no listadas arriba?  Sí  No

Pérdida recurrente de embarazo o mortinato  Sí  No

- Cualquier otro antecedente genético: \_\_\_\_\_  Sí  No
- Vive con alguien con tuberculosis or expuesto a la tuberculosis  Sí  No
- Paciente o su pareja tienen antecedentes de herpes genital  Sí  No
- Erupción o enfermedad viral desde la última regla/menstruación  Sí  No
- Previamente tuvo niño infectado de GBS  Sí  No
- Antecedentes de ETS, gonorrea, clamidia, VPH, sífilis  Sí  No
- Antecedentes de VIH  Sí  No
- Antecedentes de hepatitis  Sí  No
- Otras infecciones: \_\_\_\_\_  Sí  No
- Hemoglobinopatía o portador de la misma  Sí  No
- Otro defecto estructural de nacimiento: \_\_\_\_\_  Sí  No
- Viaje reciente fuera del país: \_\_\_\_\_  Sí  No

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha/hora: \_\_\_\_\_