



Forma de Registro

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estatus Matrimonial: Soltero/a Casado/a Pareja Domestica Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Es Usted: Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de su casa/celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Si usted tiene una segunda dirección donde se enviara su correspondencia denos la información:

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

Nombre de su doctor familiar: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor que lo refirió: \_\_\_\_\_

PHONE: (520) 290-0961

FAX: (520) 290-0965



## Información de su Seguro medico

### Seguro **Primario**:

\_\_\_\_\_

Numero de indentificación : \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de dueño del Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco entre Paciente y Asegurado: Mismo/a Esposo/a Pareja domestica Pades

### Seguro **Secundario**: \_\_\_\_\_

Numero de indentificación : \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de dueño del Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco entre Paciente y Asegurado: Mismo/a Esposo/a Pareja domestica Pades

### Seguro **Tercero**: \_\_\_\_\_

Numero de indentificación : \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de dueño del Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco entre Paciente y Asegurado: Mismo/a Esposo/a Pareja domestica Pades

Doy autorización a mi Seguro medico del pago directo y total a mi doctor por los servicios medicos a mi favor. Y en un future autorizo a mi medico o a su personal representative o autorizado proveer información a mi seguro medico relacionada con dichos servicios , para determinar los beneficios a cubrir. Es en mi mayor entendimiento que independientemente de cualquier Seguro medico disponible , que por ultimo soy responsable por cobros finaciers. Una fotocopia o transmission por fax de esta asignación Debera ser valida igual como la original.

Por favor cobre a mi Seguro medico en mi lugar, Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Es Este un accidente de trabajo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si lo es llene la siguiente informacción:

Ocuparemos Nombre de la compañía de su trabajo, dirección y teléfono, el numero de la póliza, numero de reclamo, dirección de la aseguradora , teléfono y nombre de su ajustador. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Historia Medica**

Cual es el motivo de su vista \_\_\_\_\_

Es resultado de: Una caída Accidente de Vehiculo Accidente de Trabajo

Fecha en que se lastimo o accident \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si fue accidente de carro tiene usted abogado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre del abogado \_\_\_\_\_

Le han hecho estudios como : Rayos X, Resonancia Magnética, EMG/Electrografia

Si contesto que si denos la fecha y nombre del lugar donde se los hicieron? \_\_\_\_\_

Tiene usted algún tipo de metal implantado en su cuerpo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesta que si, expilquenos porque y donde \_\_\_\_\_

Tiene usted puesto un marcapasos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Anote todos los medicamentos que esté tomando actualmente:

Nombre de medicamento	Dosis	Porque toma este medicamento

**Tiene alergia a algún medicamento?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta e si anote el nombre del medicamento y la reacción que este le provoco: \_\_\_\_\_

**Historia de Síntomas o Padecimientos**

Usted tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas?

Embolia Cerebral Ojos Oído, Nariz, Garganta Pulmones/Respiración Polio Digestión Defecar  
 Problemas de vejiga Diabetes Tuberculosis Alta presión Sangrados Entumido o homigueda  
 Fatiga/ desmayos Prob. Sicológicos SIDA Cáncer Arthritis Claustrofobia

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_



Anotar cualquier cirugía que a tenido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le administraron anestesia general? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tuvo alguna complicación con la anestesia general? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si usted contesto que si, explique la razon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Historia Familiar**

Madre	Vive/ problemas de sauld	Causa de su Muerte:
Padre	Vive/ problemas de sauld	Causa de su Muerte:

### **Historia Social**

Esta usted: empleado trabajador por su cuenta estudiante retirado trabaja usted en casa

Anote su Ocupación: \_\_\_\_\_

Tiene hijos? Si/ No Si usted tiene hijos cuantos son? \_\_\_\_\_

Vive solo? Si/ No

Hace ejercicio? Si/ No Si contesto que si, que tipo? \_\_\_\_\_

Tiene usted historia de uso/abuso de Drogas o Substancias? Si/ No Si contesto que si, que tipo?

\_\_\_\_\_

Usted Fuma? Si/ No Cuantos años fumando \_\_\_\_\_ O cuando dejo de fumar \_\_\_\_\_

Toma usted alcohol? Si/ No Si contesto si, que tipo? \_\_\_\_\_ y que  
seguido: \_\_\_\_\_/social

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_