



**Internal Medicine**

## Registro de Paciente

### INFORMACIÓN DE PACIENTE:

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección de Correspondencia: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Núm. de Teléfono: Casa \_\_\_\_\_  
Celular \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Matrimonial: \_\_\_\_\_  
Raza: \_\_\_\_\_ Etnico: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR DEL PACIENTE

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_  
Núm. de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO:

#### Primario:

Seguro: \_\_\_\_\_ Núm. de  
Identificación: \_\_\_\_\_ Núm. de Grupo: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_ Primer  
Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: **M F** Núm. de Seguro  
Social: \_\_\_\_\_ Estado Matrimonial: \_\_\_\_\_  
Relación al  
Paciente: \_\_\_\_\_

#### Secundario:

Seguro: \_\_\_\_\_ Núm. de  
Identificación: \_\_\_\_\_ Núm. de Grupo: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: **M F**  
Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Estado Matrimonial: \_\_\_\_\_  
Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

\*Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_  
Núm. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Como se enteró de nosotros (circule uno):  
Familia Periódico Volante Televisión Empleado  
Internet Al Pasar Letrero Amistad Médico  
Entró Páginas Amarillas Referido por Empleador Paciente Enfermera de Escuela

**Yo certifico que la información proveida arriba es completa y exacta según mi leal saber y entender.**

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o representante de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# HISTORIA DE SALUD DEL ADULTO

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene alergia a algún medicamento? ¿O a otras cosas? (Abejas, látex, etc.)  
 Por favor nombre los: \_\_\_\_\_

2. Por favor liste todos los medicamentos que esta tomando ahora (Incluyendo píldoras anticonceptivas, laxativos, aspirina, etc...) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Por favor díganos la fecha de sus últimas vacunas: Td. Tétanos Difteria  
 \_\_\_\_\_ MMR(Sarampión, Paperas, Rubéola) \_\_\_\_\_

4. Prueba de la Tuberculosis: Fecha \_\_\_\_\_ Resultados: Positivo \_\_\_\_\_  
 Negativo \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene algún problema de vista? Si\_\_ No\_\_ ¿Lleva lentes de contacto? Si\_\_ No\_\_

6. ¿Fuma o mastica tabaco? Si\_\_ No\_\_ Si fuma, ¿cuanto y durante cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Le gustaría información acerca de cómo dejarlo? Si\_\_ No\_\_

7. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez por enfermedad o cirugía? Si si, ¿por que? \_\_\_\_\_ ¿Donde y Cuando? \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene o ha tenido alguna vez un desorden alimentario? Si responde si, ¿de que tipo (Anorexia, bulimia, etc...)? \_\_\_\_\_

|   | Yo | Madre | Padre | Hermanos | Hijos | Otro | Comentarios |
|---|----|-------|-------|----------|-------|------|-------------|
| Diabetes  |    |       |       |          |       |      |             |
| Presión arterial alta/ Presión arterial baja  |    |       |       |          |       |      |             |
| Embolia cerebral  |    |       |       |          |       |      |             |
| Cáncer (De que tipo y quien)  |    |       |       |          |       |      |             |
| Hipotiroidismo o Hipertiroidismo  |    |       |       |          |       |      |             |
| Fiebre Reumática, soplo en el corazón, ataque al corazón, Válvula del corazón dañada o sustituida, Válvula mitral u otra condición del corazón, marcapasos. |    |       |       |          |       |      |             |
| Ataques/Epilepsia, periodos de  |    |       |       |          |       |      |             |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| desvanecimiento  |  |  |  |  |  |  |
| Tuberculosis (+) PPD   |  |  |  |  |  |  |
| Alcoholismo, problemas con la bebida, Uso de drogas            |  |  |  |  |  |  |
| Asma/Fiebre del Heno/Neumonía, SOB, otra enfermedad del pulmón |  |  |  |  |  |  |
| Salud Mental (Depresión, Ansiedad, etc.)                       |  |  |  |  |  |  |
| Hepatitis (de que tipo), enfermedad del hígado, ictericia.     |  |  |  |  |  |  |
| Infección urinaria, o enfermedad del riñón.                    |  |  |  |  |  |  |
| Migrañas, dolores de cabeza                                    |  |  |  |  |  |  |
| Problemas hemorrágicos   |  |  |  |  |  |  |
| Dolor abdominal/Ulceras/Perdida de peso persistente o diarrea  |  |  |  |  |  |  |
| Problemas inmunológicos, infecciones frecuentes                |  |  |  |  |  |  |
| Artritis, Miembros artificiales o articulaciones (cuales)      |  |  |  |  |  |  |
| Infecciones vaginales (candidiasis, bacterias, etc.)           |  |  |  |  |  |  |

## Políticas de Oficina

1. Los co-pagos son pagaderos al momento de la visita. Los co-pagos deben ser pagados cada vez que visite al médico, incluso en las visitas de seguimiento.
2. Auto-Pago de los pacientes deben pagar sólo en efectivo! No a los cheques y tarjetas de crédito serán aceptadas. Auto-Pago de los pacientes deben pagar cada vez que tienen una visita al consultorio.
3. Los pacientes que toman medicamentos de forma regular a necesitar citas cada tres meses.
4. Cualquier paciente que necesita renovaciones de medicamentos después de 3 meses necesita tener una primera visita al consultorio.
5. Los antibióticos no se prescriben a través del teléfono. En un caso de una emergencia, el doctor Khan se dará un suministro de 3 días y el paciente debe realizar un seguimiento dentro de 48 horas.
6. Recomendaciones y certificaciones previas, no se llevará a cabo si el paciente no ha tenido una visita dentro de las oficinas de 3 meses.
7. El paciente debe notificarnos antes de la visita a la oficina de cualquier otra forma de seguro cambia compañía de seguros no puede pagar y será responsabilidad del paciente.
8. Cualquier cambio en dirección o número de teléfono debe ser cambiado con la recepción.
9. Por favor nos notifique 24 horas antes de la cancelación de la cita.
10. \$ 25.00 se aplica a partir del 01/01/10! Si usted no llama y cancela un día antes.
11. Análisis de sangre se realizará únicamente con receta médica.
12. A partir del 1 de enero 2015 la finalización de todas las formas exámenes médicos será un cargo de \$ 10.00.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Dewan S. Khan, MD.

Diplomate American Board of Internal Medicine

146 New Brunswick Avenue

Hope lawn, NJ 08861

## HIPAA CONSENT Patient Record of Disclosures

In general, the HIPAA privacy rule gives individuals the right to request a restriction on uses and disclosures of their protected health information (PHI). The individual is also provided the right to request confidential communications or that a communication of PHI be made by alternative means, such as sending correspondence to the individual's office instead of their home.

I wish to be contacted in the following manner (check all that apply):

Home Telephone \_\_\_\_\_  
 OK to leave a message with details  
 Leave message with call-back number only

Written Communication  
 OK to mail to my home address  
 OK to mail to my work/office address  
 OK to fax to this number \_\_\_\_\_

Work Telephone \_\_\_\_\_  
 OK to leave a message with details  
 Leave message with call-back number only

Cell Telephone \_\_\_\_\_  
 OK to leave a message with details  
 Leave message with call-back number only

I acknowledge that I have read a copy of the Notice of Privacy Practices for HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Patient Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Birthdate

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

The Privacy Rule generally requires healthcare providers to take reasonable steps to limit the use or disclosure of, and requests for PHI to the minimum necessary to accomplish the intended purpose. These provisions do not apply to uses or disclosures made pursuant to an authorization requested by the individual. Healthcare entities must keep records of PHI disclosures. Information provided below, if completed properly, will constitute an adequate record.

*Note: Uses and disclosures for TPO may be permitted without prior consent in an emergency.*

### Record of Disclosures of Protected Health Information (The section below is to be completed by Office Staff only when disclosing records)

| Date | Disclosed to Whom<br>Address or Fax No | (1) | Description of Disclosure/<br>Purpose of Disclosure | By Whom Disclosed | (2) | (3) |
|------|--|-----|---|-------------------|-----|-----|
|      |  |     |   |                   |     |     |
|      |  |     |   |                   |     |     |
|      |  |     |   |                   |     |     |
|      |  |     |   |                   |     |     |

(1) Check this box if the disclosure is authorized

(2) Type Key: T = Treatment Records; P = Payment Information; O = Healthcare Operations

(3) Enter how disclosure was made: F = Fax; P = Phone; E = Email; M = Mail; O = Other

Dewan S Khan MD PC  
146 New Brunswick Ave Rear address  
Hopelawn, NJ 08861  
Phone: 732-697-1919 Fax: 800-954-0789

**Paciente responsable para la atención de seguimiento**

**El reconocimiento y la promesa**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo), reconozco y entiendo que, aun con el ejercicio de una buena atención médica, un médico no siempre puede garantizar el éxito del tratamiento y la solución de mis problemas de salud. Por lo tanto, entiendo que es importante que las recomendaciones de todas y cada una de mi médico se cumplirán inmediatamente y por completo con el fin de aumentar la capilla, como de un tratamiento positivo y saludable / resultado.

Reconozco y entiendo que si mi médico le receta un medicamento, es de mi exclusiva responsabilidad de llenar la receta con prontitud y tomar el medicamento según las indicaciones de su finalización.

También entiendo que si mi médico me refiere a otro médico o para una prueba como una prueba de sangre, y la resonancia magnética o tomografía computarizada, o el estudio de diagnóstico de otra, esta recomendación es importante y esencial para el éxito final de mi tratamiento / resultado . Entiendo que es mi responsabilidad para ver el médico de consulta o para obtener la prueba recomendada tan pronto como sea posible. Reconozco que no es posible que mi médico o su oficina para el seguimiento para asegurarse de que he seguido sus recomendaciones. Por lo tanto, entiendo que si no llego a ver rápidamente el especialista recomendado u obtener la prueba para la que se hace referencia, esto puede poner en peligro mi salud actual o aumentar los riesgos de salud en el futuro como resultado de la falta de seguir el consejo de mis médicos.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# ¿ Necesito un examen de PAD?

*Enfermedad arterial ( peripheral artery disease- PAD) es un grave problema circulatorio en los vasos sanguineos que llevan la sangre a los brazos, las piernas, el cerebro y los riñones, en que estos vasos se convierten obstruidos o reducidos. Esta enfermedad afecta a mas de 8 millones de estadounidenses. La mayoría de los afectados tienen mas de 50 años. Esta enfermedad puede producir molestias en las piernas al caminar, la mala cicatrizacion de las llagas/ulceras, dificultad en controlar la presion arterial, o sintomas de ataque cerebral. Las personas con PAD estan en riesgo de accidentes cerebrovasculares y ataques al Corazon. Las respuestas a la siguientes preguntas determinaran si usted esta en riesgo de PAD y si un examen vascular nos ayudara a evaluar su estado de salud vascular.*

Nombre: \_\_\_\_\_

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

## Circula " Si" o " No"

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿ Tiene ud. Molestia de pie, pantorrilla, nalgas, cadera O muslo ( fatiga, hormigueo, calambres o dolor), cuando usted camina, que estan aliviados cuando descansa? | Si | No |
| 2. ¿ Tiene ud. dolor en reposo en la parte inferior de la(s) pierna(s) o de los pies?  | Si | No |
| 3. ¿ Tiene ud. dolor de pie o dedo que pertuba su sueño?   | Si | No |
| 4. ¿ Estan sus pies o dedos de los pies palidos, descoloridos ,o azulados?   | Si | No |
| 5. ¿ Tiene ud. heridas o ulceras en los pies?  | Si | No |
| 6. ¿ Su medico alguna vez le ha dicho que ud. tiene pulsos de pie disminuidos o ausentes?  | Si | No |
| 7. ¿ Ha sufrido ud. una grave lesion en la (s) pierna (s) o en los pies?   | Si | No |
| 8. ¿ Tiene ud. una infeccion en la (s) pierna (s) o en los pies que puede ser gangrenoso( tejidos de la piel negros)?  | Si | No |
| 9. A usted fumado o actualment fuma?   | Si | No |
| 10. ¿ Ha sido usted diagnosticado con Diabetes?  | Si | No |
| 11. ¿ Ha sido usted diagnosticado con Alta Presion?  | Si | No |
| 12. ¿ Ha sido usted diagnosticado con el Cholesterol Alto?   | Si | No |

Patient Signature: \_\_\_\_\_

Physician Signature: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_