



Chart Número: _____ Nombre de paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Razón Para Visita: _____

Pasado Médico Historia: (por favor marque)

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardíacas |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Trastorno articular |
| <input type="checkbox"/> Trastorno renal | <input type="checkbox"/> Trastorno hepático | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Gusto | <input type="checkbox"/> Movimiento |
| <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Tiroides Disorder | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Depresión |

Otro: _____

Historia De Cirugías: _____

Historia Familiar: _____

Colonoscopia: Sí Cuando? _____ No. **Examen ocular:** Si Cuando? _____ No.

Sólo Mujeres: Mamografía: Sí Última vez? _____ No, Citología Vaginal _____: Sí No Última vez? _____

Estado civil: Solo Casado Divorciado Viuda

¿Eres Sexualmente Activo? Sí No # De Parejas En El Año Pasado? _____

Profesión: _____

¿Desea Que Se Le Revisen Las ETS? Sí No

Situación De Vida: Con la familia Solo Otro: _____

¿Alguien En Su Casa Alguna Vez Físicamente O Verbalmente Le Lastimó Sí No

Sexual Preferencia: Hombre Mujer Ambos

Fuma: Nunca Actual Anterior

Años Fumando: _____, cigarrillos/Día: _____

Tabaco de mascar: Nunca Actual Anteriores bolsas/Day _____

Alcohol: Menos de una bebida por semana Más de una bebida por semana

Bebidas por Day _____ Tipo: _____

Drogas ilegales: Sí No ¿Qué tipo? Resopló Ahumado Inyectado

Adicción a medicamentos recetados: Sí No En caso afirmativo, ¿qué Drogas? _____



La revisión de Sistemas

<p><u>General</u></p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Pérdida de peso</p>	<p><u>Sólo mujeres</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos <input type="checkbox"/> Dolor menstrual <input type="checkbox"/> Sangrado menstrual excesivo <input type="checkbox"/> Bochornos <input type="checkbox"/> Relaciones dolorosas <input type="checkbox"/> Secreción vaginal <input type="checkbox"/> Secreción del pezón ¿Alguna vez has tenido? Citología vaginal anormal; <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fibroma Uterino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Masas ováricas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Masa mamaria: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de embarazos: _____ Nacidos vivos: _____</p>	<p><u>Neurológicos</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de la visión <input type="checkbox"/> Desenfoco de la visión <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolores <input type="checkbox"/> Pérdida de HEARING <input type="checkbox"/> Dolor sinusal <input type="checkbox"/> Dolor de oído <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Debilidad</p>
<p><u>HEENT</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Deglución dolorosa <input type="checkbox"/> Calce <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos</p>	<p><u>Piel</u></p> <p><input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Piel no cicatrizante</p> <p><u>Musculoesqueléticos</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hinchazón del tobillo <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas <input type="checkbox"/> Venas VERICOSE</p>	<p><u>Gastrointestinal</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Sangre en las heces</p>
<p><u>Endocrino</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Pérdida de cabello <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor</p>	<p><u>Cardiovascular</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dolor torácico <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Hinchazón del tobillo</p>	<p><u>Urológica</u></p> <p><input type="checkbox"/> Micción excesiva <input type="checkbox"/> Flujo débil de orina <input type="checkbox"/> Sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga <input type="checkbox"/> Problema de orina en la noche</p>
<p><u>Hematología</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado fácil <input type="checkbox"/> Hematomas fáciles</p>	<p><u>Cognoscitivo</u></p> <p><input type="checkbox"/> Deterioro de la memoria</p>	<p><u>Respiratoria</u></p> <p><input type="checkbox"/> Tos con Flema <input type="checkbox"/> Tos con sangre <input type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria <input type="checkbox"/> Dolor torácico al respirar <input type="checkbox"/> Sibilancias</p>
<p><u>Alergias</u></p> <p><input type="checkbox"/> Temporada <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Comida</p> <p><u>Dormir</u></p> <p><input type="checkbox"/> Problemas para dormirse <input type="checkbox"/> Problemas para permanecer dormido <input type="checkbox"/> Terrores nocturnos <input type="checkbox"/> Somnolencia excesiva</p>	<p><u>Psiquiátrico</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Desesperanza <input type="checkbox"/> Ataques de pánico <input type="checkbox"/> Escena retrospectiva <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> Pensamientos homicidas</p>	

Otro: _____



Lista de medicamentos para pacientes

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

*(por favor incluya **todos los** medicamentos incluyendo medicina herbaria, suplementos y todo sin receta medicina, así como inhaladores, gotas para los ojos, gotas para los oídos, y de este modo adelante.)*

Medicina	Dosis (miligramos)	Frecuencia

Alergias: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Preferencia de recarga: 30 días 90 días

Asignación de beneficios

Por la presente autorizo la curación de la clínica de medicina interna para liberar la información del paciente de salud, compilado de los registros médicos relacionados con mi servicio de acuerdo con la política de la clínica y la ley de Texas, para facilitar el reembolso por un beneficio de salud Plan o pagador de terceras partes, incluyendo, pero no limitado a mi plan de seguro. Por la presente autorizo el pago de los beneficios de seguro bajo los términos de mi póliza directamente a la clínica de medicina interna de curación para los servicios prestados. Soy financieramente responsable y pagaré los cargos no cubiertos por mi plan de seguro. Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad cambiar a mi proveedor de atención primaria al Dr. Adeel Afzal si es aplicable, antes de que pueda ser visto.

Paciente Inicial _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

Acuerdo financiero y declaración de responsabilidad

Para y en la consideración de los servicios prestados o ser rendidos por la clínica curativa de la medicina interna, acepto pagar dicha clínica para todos los servicios y cargos. Entiendo que soy responsable por cualquier deducible de seguro de salud, con-seguro y cargos no cubiertos. El pago en su totalidad es debido en el momento de los servicios son prestados o los arreglos de pago se deben hacer antes de su cita.

Paciente Inicial _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

Consentimiento al tratamiento médico por el médico

Yo, o tutor autorizado/legal que actúe en nombre del paciente, por la presente consiento en recibir los servicios médicos generales, que pueden incluir procedimientos de diagnóstico de rutina y el tratamiento médico tal como el médico, sus ayudantes consideran ser necesario en su juicio. También reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se han hecho garantías a mí en cuanto a los resultados del tratamiento o examen en la curación clínica de medicina interna o el Dr. Adeel Afzal

Paciente Inicial _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

Liberación de información médica del paciente.

Por la presente autorizo la curación de la clínica de medicina interna para liberar la información de salud del paciente, de acuerdo con la póliza de la clínica, como es necesario a los proveedores de atención médica para facilitar el reembolso por el plan de beneficios de salud o personal de este cuidado de la salud entidad con el único propósito de proporcionar la continuidad actual de la atención, incluyendo, pero no limitado, a fax, correo o envío electrónico.

Paciente Inicial _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

La autorización antedicha es válida a menos que usted especifique de otra manera o revocarlas por escrito.

¿Tiene una directiva avanzada (testamento vital)? Sí No Si es así, por favor traiga una copia a nuestra oficina para nuestros archivos. Si no y le gustaría información sobre una directiva anticipada, por favor hable con nuestra oficina principal.

Atención a todos los pacientes

1. Los copagos son debidos en el momento de su visita, cada vez. Por favor confirme la cantidad de copago con su seguro y haga los arreglos necesarios. Si su seguro requiere que usted tenga al Dr. Afzal en la lista como su PCP y usted no lo hace, su seguro no puede pagar por los servicios que se le brindan y usted será responsable de cualquier cargo.
2. Por favor notifique al personal de la oficina de cualquier cambio en su dirección o seguro. Por favor llame a su farmacia para cualquier solicitud de recarga. Pídale que envíen por fax la solicitud de reabastecimiento para su aprobación. Cualquier llamada telefónica o mensaje para solicitudes de recarga después de las 4 PM no será contestada hasta después de la clínica al día siguiente. Cualquier llamada después de las 14:00 del viernes no será contestada hasta el lunes después de la clínica. Por favor, permita que se completen hasta cinco (5) días hábiles para sus solicitudes de recarga. Es responsabilidad del paciente solicitar recambios en la manera oportuna para no agotarse de la medicación. Todos los mensajes dejados para la enfermera o en el correo de voz principal serán devueltos en 48 horas y el primer día hábil después de un fin de semana o festivo nacional. Por favor, no deje nunca mensajes de carácter urgente o emergente en el buzón de voz.
3. Por favor, permita 72 horas para que todas las referencias y autorizaciones sean procesadas.
4. todos los pacientes menores de 18 años de edad deberán estar acompañados por un padre o tutor legal. El padre o tutor legal debe estar presente durante toda la duración de la cita. Si un padre o tutor legal no está disponible para acompañar al paciente, entonces un formulario de autorización de tratamiento médico debe ser completado dando otro permiso de adulto para acompañar al paciente.
5. Si usted va a estar más de treinta minutos tarde para su cita programada, por favor díganos lo más pronto posible. Será reprogramado. Además, si usted no va a ser capaz de mantener su cita, por favor, dar por lo menos un aviso de 24 horas. Después de 2 no show citas, un cargo de \$25.00 será añadido a su cuenta.
6. Generalmente no aceptamos cheques, si aceptamos un cheque de usted y se convierte en fondos no suficientes, nosotros cargamos a \$50.00 como honorarios de fondos insuficientes.

Cargos adicionales que su seguro no cubre

(los formularios pueden tomar hasta 5 días hábiles para ser completados)

Cita perdida: \$25.00 (menos de 24 Aviso de horas)

Cartel de hándicap forma médica terminación: \$35,00

Informes de laboratorio: \$1.00 por página

Notas perdidas/recetas/requisiciones: \$15 (no todas las recetas serán reemitidas)

Copia de los registros médicos: primeras 20 páginas: \$25.00 cada página adicional: 25 centavos

Forma de incapacidad: \$50.00 formulario FMLA: \$50.00

_____ Estoy de acuerdo en que he revisado el aviso anterior y estoy de acuerdo para proceder con mi cuidado en *(inicial del paciente)* Clínica de medicina interna curativa.



Familiares que usted nos permite para discutir resultados de pruebas, resultados de laboratorio e historial médico.

(Por favor, deje en blanco si no está seguro.)

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

¿Da su consentimiento al Dr. Adeel Afzal o al personal que deja la información del resultado de la prueba en su buzón de voz?

Sí

No

¿Da su consentimiento al Dr. Adeel Afzal o al personal que envía información de resultados de prueba como un mensaje de texto?

Sí

No

(Si es así, por favor escríbale un mensaje de texto capaz número de teléfono celular:

_____)

¿Da su consentimiento para que el Dr. Adeel Afzal o el personal que libera la información médica a cualquier especialista que Consulte ¿usted o usted está actualmente bajo tratamiento de?

Sí

No

Por favor, enumere todos los especialistas a los que está tratando actualmente:

Médico: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____

Médico: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____

Médico: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____

Médico: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____

Médico: _____ Especialidad: _____ Teléfono: _____