**forma actualizada anual**

|  |
| --- |
| En un esfuerzo para asegurar toda su informaciones correcta en el archivo por favor llene la siguiente informacion. ***Por Favor Escriba*.** |
| **EL EMAIL:** | Fecha de hoy: |
| **informacion para el paciente** |
| Apellido: | Nombre: | Secundo Nombre: |  Mr. Mrs. |  Miss Ms. | Marital status (circle one): |
|  | Single / Mar / Div / Sep / Wid |
| Fecha de Nacimiento: | Edad: | Sexo: | Hombre / Hembra |  |  |
|  |
| Direccion: | Seguridad Social #: | Numero de Telefono#: |
|  |  | ( ) |
| P.O. Box: | Ciudad: | Estado: | Codiog Postal: |
|  |  |  |  |
| Ocupacion: | Empleador: |  |
|  | Numero de Empleador#: ( ) |   |
|  |  |
|  |
| **informacion sobre el seguro** |
| (Por favor dar su tarjeta de seguro a la recepcionista.) |
| Persona Responsable de bill: | Fechade Nacimineto: | Direccion: | Numero de Telefono #: |
|  |  / / |  | ( ) |
|  |  |  |  |  |
| Ocupacion: | Empleador: | Direccion de Empleador: | Numero de Empleador #: |
|  |  |  | ( ) |
| El paciente esta cubierto por el segudro? |  Si |  No |  |
| Seguro primario |  Medicare | BCBS |  United Healthcare |  Secure Horizons |  Aetna |
|  Cigna |  Tricare |  Humana | Yo pago |  Other |  |
| El Suscriptor Nombre: | El Suscriptor S.S. #: | Fecha denacimiento: | Numero de Grupo #: | Numero de poliza#: | El copago: |
|  |  |  / / |  |  | $ |
| Relacion paciente al Suscriptor: |  Yo Mismo |  El/ La Conyuge | El Hijo |  Otro |  |
| Nombre de seguro secundario: | Nombre de el suscriptor: | Numero de Grupo: | Numero de poliza: |
|  |  |  |  |
| Relacion paciente al suscriptor: | Yo mismo  |  El/la conyuge |  El hijo |  Otro |  |
|  |
| **en caso de emergencia** |
| Nombre de amigo o familiar (que no vive en la misma direccion): | Relacion con el paciente: | Numero de telefono: | Telefono de trabajar#: |
|  |  | ( ) | ( ) |
| La informacion anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a mi seguro beneficios se pagan directamente al medico. Soy financieramente responsable de cualquier saldo de pago yo autorizo Astor Medical Care/Dr. Chet Anthony, D.O. or compania de seguros para liberar cualquier informacion necesario para procesar mis reclamaciones. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Paciente/Tutor de paciente la firma:* |  | Fecha de hoy: |  |

Yo autorizo al Dr. Chet Anthony y el personal de la oficina para obtener mi informacion medica protegida segun sea necesario:

* *Anterior Medicos/Oficinas medicas*
* *Clinicas de atencion urgente*
* *Hospitale*
* *Farmacia*
* *Centos de imagenes*
* *Residencias de ancianos asistidas*

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

Imprimir Nombre Fecha de Nacimiento

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

Firma Testigo

**Historial Medico**

Los medicamentos actuales incluyendo la dosis y direcciones:

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

Alergias:

**HISTORIA SOCIAL**

Estado Civil: Ninos: Viviendo con: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Animales:

Ocupacion: Anos en FL: Estados antes de FL:

Nutricion: (Pobre, promedio, bueno, excelente, ovegetariano)

Ejercicio: Actividad Sexual: Anticonceptivos

De fumar: \_\_\_\_ Si es asi cuantos paquetes al dia?

Alcohol? \_\_\_\_\_\_ Si es asi cuantas bebidas por dia? \_\_\_\_\_\_\_

El cinturon de seguridad:

**Pasado reciente hospitalizacion con ano de cirugias: El ano:**

*Ha pasado mas de un ano desde su ultima mamografia?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ha pasado mas de cinco anos desde la ultima colonoscopia?*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ha tenido recientemente un trabajo de sangre en los ultimo 90 dias?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

Tenga en cuenta la historia familiar:

Madre viva o fallecida: **\_\_\_\_\_\_**

Razon de la muerte de la madre:

Padre vivo o fallecido:

Razon de la muerte de la padre:

Hermanos vivos o fallecido: **\_\_\_\_\_\_**

Razon de la muerte de los hermanos:

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Mi firma aqui por la presente reconozco que (1) yo recibido una copia de las practicas de priacidad de HIPPA para Dr. Chet Anthony, D.O. or (2) Se me ha ofrecido una copia, pero se nego a aceptar una copia.

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Telefono de casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( ) Deje un mensaje en mi contestador automatico con informacion.

 ( ) Deje un mensaje en mi contestador con numero de llamada solamente

( ) Telefono celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( ) Deje un mensaje en mi contestador automatico con informacion.

 ( ) Deje un mensaje en mi contestador con numero de llamada solamente

( ) Comunicacion escrita

 ( ) Correo electronico a la direccion del domicilio

 ( ) Correo electronico a la direccion del trabajo

A veces puede ser necesario hablar de informacion medica con otra persona. En el espacio por favor liste a cualquier persona que podamos discutir su informacion. Si usted no de sea enumerar a nadie por favor indique que nadie sea:

**Nombre:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Numero de telephono:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relacion con el paciente:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Numero de telephono:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relacion con el pacienteRelacion con el paciente:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Numero de telephono:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relacion con el paciente:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( ) Nadie**

Firma de paciente Fecha

Nombre de paciente Fecha de nacimiento

El aviso: Cuenta de usos y divulgaciones de mayo ser permitido sin previo consentimiento en caso de emergencia.