



## Información del Paciente

Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ M / F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono:

Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

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

Medico de Referencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Otro Medico que necesite su expediente: \_\_\_\_\_



## Información de Aseguransa:

Nombre de tendor de Poliza: \_\_\_\_\_

Numero de poliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Si nadie esta en casa a quien autoriza para su contacto de emergencia?

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

Telefono: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

**\*\*POR FAVOR DAR TODAS SUS TARJETAS MEDICAS Y ID A LA RECEPCIONISTA\*\***

### ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Por lo presente asigno todo beneficios Medicos y/o quirurgico, para incluir los principales beneficios medicos a los que tengo derecho, (incluyendo Medicare, Medi-Cal, aseguransa Privada y algun otro plan de salud) al Dr. Anthony Nguyen, DPM por todos los cargos, ya sean pagados o no por dicha aseguransa, Yo autorizo a el Dr. Anthony Nguyen, DPM que libere a la Aministracion de Salud Medica y sus agentes, cualquier informacion necesaria para de determinar estos beneficios pagadero a los servicios relacionados. Una fotocopia de este documento es considerado valido como original.

Por lo demas autorizo al Dr. Anthony Nguyen, DPM que proporcione a mi compania de aseguransa toda informacion medica que la compania de aseguransa requiera para la evaluacion de reclamaciones. Yo tambien autorizo que liberen a mi medico de referencia, registros relacionados con mi enfermedad o herida.

Paciente O Guardian legal: \_\_\_\_\_

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

## HISTORIA DE PACIENTE

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

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

### HISTORIA SOCIAL:

Estado Matrimonial: Soltero/a      Casado/a      Divorciado/a      Viudo/a  
 Historia de Trabajo: Trabajando      Retirado      Estudiante  
 Usted fuma? Si / No      encaso afirmado, cuanto tiempo \_\_\_\_\_ cuanto fuma \_\_\_\_\_  
 Fumo en el pasado ? Si / No      encaso afirmado, cuanto tiempo \_\_\_\_\_ cuanto fumaba \_\_\_\_\_  
 Usted bebe Alcohol? Si / No      encaso afirmado, cuanto por semana? \_\_\_\_\_  
 Usted usa Drogas? Si / No      encaso afirmado, que tipo de droga usa? \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE PASADO MEDICO:

SCV: Hipertension / Ataque al Corazon / Derrame Cerebral  
 Insuficiencia Cardiaca / Enfermedad de Valvula / Poca Circulacion de Pierna  
 PULM: Asma / COPD/Enfisema / Fiebre del Valle / Necesidad de Oxygeno en casa  
 GI: Ulcera Peptica / Reflujo/Acidez / Enfermedad de Hgado/Ictericia / Hernia  
 Enfermedad de Vesicula / Enfermedad de Crohn/Colitis  
 RENAL: Insuficiencia Renal / Calculos Renales / Retencion Urinaria  
 ENDOCRINO: Diabetes / Hipotiroidismo / Enfermedad de Paratiroides / Colesterol  
 MUSCU: Artritis / Osteoporosis / Artritis Reumatoide  
 HEMO: Sangrado Excesivo / Cuagulos de Sangre / Anemia  
 PSYCH: Depresion / Ansiedad / Bipolar  
 PIEL: Melanoma / Cancer de la Piel / Dermatitis/Eczema  
 OTRO: \_\_\_\_\_

Tiene antecedentes de sangrado excesivo despues de un procedimiento quirurgico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Toma alguno de los siguientes? Aspirina \_\_\_\_\_ Plavix \_\_\_\_\_ Coumadin \_\_\_\_\_ Eliquis \_\_\_\_\_ Xarelto \_\_\_\_\_

### HOSPITALIZACIONES/CIRUGIAS:

Tipo de Cirugia	Hospital (Ubicacion)	Año (aproximado)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### HISTORIA MEDICA FAMILIA (Por favor escriba la historia medical significativa de su familia):

Tiene alguno de los siguientes en su familia?

Diabetes \_\_\_\_\_ Hipertension \_\_\_\_\_ Enfermedad del corazon \_\_\_\_\_ Cancer \_\_\_\_\_

Condicion	Miembro de familia
_____	_____
_____	_____

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

**\*\*ERES ALERGICO(A) A ALGUN MEDICAMENTO\*\***

Nombre de Medicamento

Tipo de Reacción

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

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

Proporcione una lista de los medicamentos actuales y sus dosis.  
Por favor incluya todo medicamento en el mostrador.

Medicamento

Dosis

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

Es alergico a:    Cinta Medica \_\_\_\_    IV Contraste \_\_\_\_    Latex \_\_\_\_

Nombre de farmacia: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_



## FORMA DE CONSENTIMIENTO

### Consentimiento de Tratamientos, Pagos y Procedimientos de Cuidado de Salud por el Dr. Anthony Nguyen, DPM

Yo doy consentimiento al Dr. Anthony Nguyen, DPM para el uso o divulgación de mi información médica protegida con el propósito de recibir diagnóstico o tratamiento, obtener pago para los cobros por el cuidado de mi salud o para que el Dr. Anthony Nguyen, DPM haga procedimientos relacionados con el cuidado de la salud. Yo entiendo que mi diagnóstico y tratamiento realizado por el Dr. Anthony Nguyen, DPM dependerá de que yo de mi consentimiento.

Yo entiendo que tengo el derecho a pedir una restricción sobre cómo es usada o divulgada mi información médica protegida para llevar a cabo tratamiento, pagos u operaciones de cuidado de salud. El Dr. Anthony Nguyen, DPM no tiene la obligación de aceptar las restricciones que yo pida. Sin embargo, si el Dr. Anthony Nguyen, DPM acepta esta restricción, él estará obligado a cumplirla.

Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, con la excepción de que el Dr. Anthony Nguyen, DPM ya haya tomado alguna acción basada en este consentimiento.

Mi "información médica protegida" significa información de salud, incluyendo mi información demográfica, proporcionada por mí y creada o recibida por mi doctor, otro proveedor de servicios de salud, un plan de salud, mi empleador o una agencia de cobros para seguros médicos privados fuera de la clínica. Esta información médica protegida se refiere a condiciones físicas o de salud mental pasadas, presente o futuras que me identifiquen, o que pudiera revelar mi identidad.

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Procedimiento de Privacidad de el Dr. Anthony Nguyen, DPM antes de firmar el documento. El aviso de Privacidad de práctica describe los tipos de uso y divulgación de mi información médica protegida que ocurrirá durante mi tratamiento, pago de mis cobros o en el desempeño de las funciones en el cuidado de la salud de el Dr. Anthony Nguyen, DPM. El Aviso de Privacidad de práctica del Dr. Anthony Nguyen, DPM también está disponible y se puede obtener en el área de recepción de el Dr. Anthony Nguyen, DPM, 9610 Stockdale Hwy, Habitación D, Bakersfield, Ca 93311. Este Aviso de Privacidad de práctica también describe mis derechos y las responsabilidades de el Dr. Anthony Nguyen, DPM con respecto a mi información médica protegida.

El Dr. Anthony Nguyen, DPM se reserva el derecho de cambiar la información de privacidad que están escritos en el aviso de privacidad de práctica. Yo puedo obtener una copia actualizada del aviso de privacidad de práctica llamando a la oficina y pidiendo una copia actualizada, la cual será enviada por correo o pidiendo una en mi próxima cita.

Firma de Paciente o Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_