



## 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 \_\_\_\_\_ Hipertensión \_\_\_\_\_ Enfermedad del corazón \_\_\_\_\_ 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

### Consentimineto 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 divulgacion de mi informacion medica protegida con el propositos de recibir diagnostic o tratamiento, obtener pago para los cobros por el cuidado de mi salud o para que el Dr. Anthony Nguyen, DPM haga procedimientos ralacionados con el cuidado de la salud. Yo entiendo que mi diagnostico y tratamiento realizado por el Dr. Anthony Nguyen, DPM dependera de que yo de mi consentimiento.

Yo entiendo que tengo el derecho a pedir una restriccion sobre como es usada o divulgada mi informacion medica protegida para llevar a cabo tratamiento, pagos u operaciones de cuidado de salud. El Dr. Anthony Nguyen, DPM no tiene la obligacion de aceptar las restriccion que yo pida. Sin embargo, si el Dr. Anthony Nguyen, DPM acepta esta restriccion, el estara obligado a cumplirla.

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

Mi "informacion medica protegida" significa informacion de salud, incluyendo mi informacion demografica, proporcionada por mi 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 medicos privados fuera de la clinica. Esta informacion medica protegida se refiere a condiciones fisicas o de salud mental pasadas, presente o futuras que me identique, 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 practica describe los tipos de uso y divulgacion de mi informacion medica protegida que ocurriera durante mi tratamiento, pago de mis cobros o en el desempeno de las funciones en el cuidado de la salud de el Dr. Anthony Nguyen, DPM. El Aviso de Privacidad de practica del Dr. Anthony Nguyen, DPM tambien esta disponible y se puede obtener en la area de recepcion de el Dr. Anthony Nguyen, DPM, 9610 Stockdale Hwy, Abitacion D, Bakersfield, Ca 93311. Este Aviso de Privacidad de practica tambien describe mis derechos y las responsabilidades de el Dr. Anthony Nguyen, DPM con respeto a mi informacion medica protegida.

El Dr. Anthony Nguyen, DPM se reserva el derecho de cambiar la informacion de privacidad que estan escritos en el aviso de privacidad de practica. Yo puedo obtener una copia actualizada del aviso de privacidad de practica llamando a la oficina y pidiendo una copia actualizada, la cual sera enviada por correo o pidiendo una en mi proxima cita.

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