

Rafael A. Avila M.D., P.A.
FORMATO DE REGISTRO DE PACIENTE
LETRA DE MOLDE POR FAVOR

Fecha: _____

Num de Tel.: _____

Celular: _____

Información del Paciente:

Apellido de Paciente: _____ Primer Nombre: _____ Segundo: _____

Domicilio: _____ # de Licencia de Manejar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Sexo: F M

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: S C V D SS#: _____

Nombre de Empleo: _____ Num. de Tel: _____

Ocupación: _____ Num. de Tel: _____

Información de Espos(a): Si el paciente es menor de edad información de padres:

Nombre de Espos(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Num. de Tel: _____

Nombre de Empleo: _____ Num. de Tel: _____ # de Licencia de Manejar: _____

Proposito de Visita:

Nombre del Medico Primario: _____ **Num. de Tel:** _____

Seguro Primario:

Tiene seguro medico? S N El seguro esta bajo su nombre? S N (no, llene la parte de abajo)

Nombre del suscriptor: _____ Relación: _____

Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de Polica: _____

Seguro Secundario:

Nombre de Aseguranza: _____ Num. de Polica: _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación: _____

Num. Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

En caso de emergencia, **necesitamos un número de teléfono, diferente al de su casa y/o trabajo**, ya sea el de un vecino, pariente, familiar o amigo:

Nombre: _____ Relación: _____ Phone#: _____

**ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO
PERMISO DE TRATAMIENTO**

Por el presente autorice el pago de beneficios de seguro de otro modo pagadero a mi, directamente al doctor, además; autorizo a que se me de tratamiento en este consultorio. También autorice dar a conocer cualquier información concerniente al cuidado de mi salud, consulta y tratamiento proporcionado, con el propósito de evaluar y administrar para asegurar los beneficios del seguro al medico que me refirió de tratamiento, pago u operaciones. Además reconozco que en el evento que los servicios que me sean negados como "médicamente no necesario", por Medicaid o Medicare, solicito que esos sean proporcionados para mi condición o enfermedad y acepto la responsabilidad del pago. He leído una copia del Aviso de Privacidad y he tenido la oportunidad de objetar el dar a conocer mi información protegida de salud.

Doy permiso para una copia de este autorización sea usada como original.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

(Si es menor de 18 anos firma del pariente/tutor)

AVILA PLASTIC SURGERY
QUESTIONARIO PARA LA HISTORIA MEDICA

Fecha: _____ Nombre: _____
Estatura: _____ Peso: _____ Edad: _____

Doctor primario: _____ Telefono: _____
Doctor del corazon: _____ Telefono : _____

Alergico a medicamento o idoina: _____

Usted se concidera estar en Buena salud? _____ Si no Esplique? _____

Escriba medicamento que toma diariamente: _____

Toma frecuentemente aspirina o otro medicamento para adelgasar la sangre.: _____

A tenido usted alguna cirugia/ plastica? _____

HISTORIA FAMILIAR:

Alguna persona en su familia ha tenido?

Cancer del ceno.....si/no	Alta presion.....si/no	Enfermedad del rinon.....si/no
Melanoma.....si/no	Enfermedades del corazon....si/no	Depresion.....si/no
Ataque del Corazon....si/no	Diabetis.....si/no	

HISTORIA MEDICA DEL PASADO:

A tenido usted alguna enfermedad de las siguiente?

Enfermedades del corazonsi/no	Cancer.....si/no	Ulcera del estomago.....si/no
Arthritis.....si/no	Glaucoma.....si/no	Enfermedad del rinonsi/no
Fiebre reumatica...si/no	Asma.....si/no	Tendencia para sangrar.....si/no
Anemia.....si/no	SIDA/HIV..si/no	Ataque del Corazonsi/no
Tuberculosis.....si/no	Hepatitis....si/no	<u>Alta presion.....si/no</u>
Diabetis.....si/no	Enfermedad de la tiroydes.....si/no	

Tiene o a tenido en el ano pasado alguna enfermeda de las siguientes ?

Cambio de peso.....si/no	Pies/Tobillos inchados.....si/no	Jaundice.....si/no
Ojos secos.....si/no	Ataque de corazon.....si/no	Dolor de musculossi/no
Tos cronica.....si/no	Diarea Cronica.....si/no	Depresion.....si/no
Dolor en el pecho.....si/no	Tendencia para sangrar.....si/no	
Palpitacion rapida...si/no	Ataques Epelepticos.....si/no	

Fuma.....si/no Toma bebidas alcoholicas..si/no Usa drogas.....si/no

MUJERES:

Edad de primer periodo: _____ # de Embarasos: _____ Talla de brazier: _____

Fecha de ultimo mamograma: _____ Amamanto a sus bebes? Si/ No

Tiene desechos de los cenos? Si/No

YO VERIFICO QUE LA INFORMACION ESCRITA ES CORRECTA.

FIRMA DEL PACIENTE O PADRES SI ES MENOR DE EDAD