

MIGUEL A. ARENAS, M.D., P.C

REGISTRO DEL PACIENTE

Miguel A. Arenas, MD PC 7445 E Tanque Verde RD Tucson, AZ 85715 520-722-0744 (P)

Nombre Legal: _____ Fecha: ____/____/____

Correo Electronico _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Estado Civil: S D C V Sexo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Número de Seguro Social: ____/____/____ Medico de Cuidado Primario: _____

Proveedor Refiriendo: _____ Número de Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ Numero: _____

Farmacia: _____ Numero: _____

Empleador: _____ Numero: _____

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre de la Compañía: _____ Teléfono: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Dirección de facturación: _____

Nombre del Asegurador: _____ Relacion: _____

FDN del Asegurado: ____/____/____ NSS: _____

SI USTED NO ES EL SUSCRIPTOR, POR FAVOR ENUMERE EL NOMBRE DEL SUSCRIPTOR Y LA FECHA DE NACIMIENTO.

INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la Compañía: _____ Teléfono: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Dirección de facturación: _____

Nombre del Asegurador: _____ Relación: _____

FDN del Asegurado: ____/____/____ NSS: _____

SI USTED NO ES EL SUSCRIPTOR, POR FAVOR ENUMERE EL NOMBRE DEL SUSCRIPTOR Y LA FECHA DE NACIMIENTO.

Miguel A. Arenas, M.D., P.C Historia de la salud(Confidencial)

Fecha ___/___/___ Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo ___

FDN: ___/___/___ Peso: _____ Altura: _____

Describe brevemente sus síntomas médicos actuales: _____

HISTORIA MEDICA PASADA (circule todo lo que ha tenido en el pasado) SI NO HAY HISTORIAL COMPROBAR AQUÍ

Fibrilación auricular	Anemia	pedra del riñón	Trastorno de estrés
Hipertensión	Esófago de Barret	insuficiencia renal	Trastorno hemorrágico
Asma	Hernia hiatal	Diálisis	Glaucoma
Válvula artificial	Úlceras	Gota	Lupus
Colesterol alto	IBD/IBS	Bipolar	Desorden inmune auto
Coagula	Cirrosis	agrandamiento de la próstata	Enfermedad renal
Ataque cardíaco	Pancreatitis	Artritis	Clostridium difficile
Stent cardiaco	Colitis	Fibromialgia	VIH/SIDA
COPD	Cáncer de colon	Migrañas/ dolores de cabeza	Enfermedad transmitida sexual
Soplo cardíaco	pólipos de colon	Esclerosis múltiple	Culebrilla
Enfisema	Enfermedad de Crohn	Trastorno convulsivo	MRSA
Marcapasos/desfibrilador	Enfermedad diverticular	Enfermedad de Parkinson	Quimioterapia
Apnea del sueño	HEP A B C	Derrame Cerebral	Radiación
Tipo de cáncer _____	Tipo de diabetes _____	Tiroides problema __	Otros _____

Cirugías previas (circule todo lo que ha tenido en el pasado) SI NO HAY HISTORIAL COMPROBAR AQUÍ

Apendicectomía	Bandas gástricas	Amigdalectomía	Cirugía plástica/cosmética
Vesícula biliar	Gastrectomía	Tiroidectomía	Resección intestinal pequeña
Reparación de hernia	Hemorroidectomía	Próstata	Colectomía
Histerectomía	Baipás Coronario	Reemplazo de la válvula	Cesaría
Baipás gástrico	Mastectomía	Funduplicatura de/	reemplazo de la articulación
	Derecha/izquierda	Nissan de la hernia de hiatal	rodilla, cadera, hombro

Otras cirugías: _____

EXÁMENES PREVIOS (alguna vez ha tenido uno de estos exámenes/o pruebas)

Procedimiento	Año	Procedimiento	Año	Procedimiento	Año
Colonoscopia		biopsia de hígado		tomografía computarizada	
Endoscopia superior		prueba de heces		ultrasonido	
		Exploración Hepatobiliar		Resonancia magnética	

SOCIAL HISTORY

Bebes cafés? Si / No con qué frecuencia? _____

Fuma usted? Sí / No con qué frecuencia? _____

Bebes Alcohol? Sí / No con qué frecuencia? _____

Utilizas drogas recreativas ahora o en el pasado? Sí / No qué usas? _____

Ejercita? Sí / No con qué frecuencia? _____

Actualmente está empleado? Sí / no ocupación? _____

Estado civil: S C D V Otro: _____ Número de hijos: _____

Historia familiar Si no hay antecedentes familiares por favor revise aquí []

	Quien?	Difunto?		Quien?	Difunto?
Cáncer de colon		Si / No	Cáncer esofágico		Si / No
Pólipos de colon		Si / No	Cáncer De estomago		Si / No
Colitis ulcerosa, Crohn		Si / No	Enfermedad Hepática		Si / No
Alcoholismo		Si / No	Páncreas/ Vesícula biliar		Si / No

Usas un bastón, caminante o silla de ruedas? Sí / No _____

Tiene un testamento vital, un poder médico? Si / No _____

Tiene algún implante o metal en su cuerpo? Si / No _____

Tiene dentaduras postizas? Si /No Parciales, Full superior, Full inferior _____

Problemas de Anestesia? Sí / no _____

Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender, no voy a envejecer mi médico o cualquier miembro de su responsabilidad por cualquier error u omisión que pueda haber hecho en la finalización de este formulario.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____