



## Información para el paciente

Actualización demográfica

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Número de seguridad social

Fecha de nacimiento

Hembra  Macho  
Sexo

Dirección                      Número de apartamento                      Ciudad                      Estado                      Código postal

**Estado**  Soltero  Casado  Compañero                      **Race**  Caucasian  African American  Asian  Hispanic/Latino  Middle Eastern  
**Civil**  Divorciado  Viudo  Apartado                       Native American  Pacific Islander  Other  No quiere revelar

( ) -                      ( ) -                      ( ) -  
Teléfono de casa  Primaria                      Teléfono de día  Primaria                      Teléfono alternativo  Primaria

Nombre completo del contacto emergencia                      Teléfono de contacto de emergencia

Dirección de correo electrónico                      ¿Cómo se enteró acerca de nuestra oficina?

## Información de garantía Garante igual que arriba

Apellido del garante                      Fiador nombre                      Segundo nombre

Seguridad social                      Fecha de nacimiento                       Mujer  Hombre  
Género

Dirección                      Apt #                      Ciudad                      Estado                      Código postal

Relación de garante                      ( ) -                      ( ) -  
Teléfono de casa  Primaria                      Teléfono de día  Primaria

## Información sobre el seguro Titular de la política igual que arriba

Política titular apellido                      Nombre titular de la política                      Segundo nombre

Seguridad social                      Fecha de nacimiento                       Mujer  Hombre  
Género

Dirección                      Apt #                      Ciudad                      Estado                      Código postal

Relación de soporte de la política                      ( ) -                      ( ) -  
Teléfono de casa  Primaria                      Teléfono de día  Primaria

Compañía de seguros principal                      número de póliza                      Número de grupo

Aseguradora secundaria                      número de póliza                      Número de grupo

## Reconocimiento

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Por la presente autorizo cualquier información médica que puede ser solicitada por la compañía de seguros nombre anterior para poder procesar una reclamación de beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cambios o no pagado por el seguro. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos acumulados desde cualquier citas perdidas que no fueron cancelados por el paciente al menos 24 horas antes de mi cita. En caso de defecto y la cuenta se coloca con una agencia de colección t, estoy de acuerdo en pagar los honorarios de la Agencia de colección igual hasta un máximo del 50% del saldo pendiente en el momento que la cuenta se coloca con el devengo de agencia y el interés del 10% anual sobre el saldo. Acción legal deba recoger la cuenta, estoy de acuerdo en pagar los costos del abogado y costas judiciales que se producen.

Firma del paciente (Si es menor: Parent / Legal Guardian)                      Fecha

# Cornerstone Family Medicine

## Paquete de paciente nuevo

**POR FAVOR COMPLETE CADA SECCIÓN EN SU TOTALIDAD**

Nombre \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_

### Farmacia

Primaria \_\_\_\_\_ Cruzar las calles \_\_\_\_\_

Secundaria o pedido por correo \_\_\_\_\_ Cruzar las calles \_\_\_\_\_

### Directivas avanzadas

Type  Ninguno  Basura  No resucitar **Eficaz**  
 Testamento en vida  No coloque en el soporte vital  Poder **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Alergias

No alergias

**\* Por favor especifique alergia y reacción \***

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

### Medicamento

No Medicamento

Si tienes más de 5 medicamentos por favor adjuntar lista o escribir en la parte posterior de la página

Nombre del medicamento	Fuerza	Direcciones
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Antecedentes médico-quirúrgicos

Ninguna historia relevante

Antecedentes medicos	Año		Año		Año
<input type="checkbox"/> Alergias	_____	<input type="checkbox"/> COPD	_____	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	_____
<input type="checkbox"/> Anemia	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad arterial	_____	<input type="checkbox"/> de migraña	_____
<input type="checkbox"/> Angina (dolor del pecho)	_____	<input type="checkbox"/> coronaria	_____	<input type="checkbox"/> MI (ataque al corazón)	_____
<input type="checkbox"/> Ansiedad	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	_____	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	_____
<input type="checkbox"/> Artritis	_____	<input type="checkbox"/> Depresión	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de	_____
Ubicación _____		<input type="checkbox"/> Diabetes I or II	_____	<input type="checkbox"/> úlcera péptica	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal/renal	_____
<input type="checkbox"/> La fibrilación auricular	_____	<input type="checkbox"/> vesícula biliar	_____	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo	_____
<input type="checkbox"/> Hipertrofia prostática	_____	<input type="checkbox"/> GERD	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	_____
benigna		<input type="checkbox"/> Hepatitis C	_____	<input type="checkbox"/> Other _____	_____
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	_____	<input type="checkbox"/> Lipidemia (colesterol alto)	_____	<input type="checkbox"/> Other _____	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer	_____	<input type="checkbox"/> HTN (presión arterial alta)	_____	<input type="checkbox"/> Other _____	_____
tipo _____		<input type="checkbox"/> Síndrome del	_____	<input type="checkbox"/> Other _____	_____
<input type="checkbox"/> CVA (Stroke/TIA)	_____	<input type="checkbox"/> intestino irritable	_____		
		<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	_____		

**Antecedentes quirúrgicos**

<input type="checkbox"/> Apendicectomía	_____ Año	<input type="checkbox"/> Bypass gástrico	_____ Año	<input type="checkbox"/> Hembras sólo	_____ Año
<input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla	_____ Año	<input type="checkbox"/> Reparación de la hernia	_____ Año	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas bilat	_____ Año
<i>Lado</i> _____		<i>Sitio</i> _____		<input type="checkbox"/> Biopsia de mama	_____ Año
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda	_____ Año	<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera	_____ Año	<i>Lado</i> _____	
		<i>Lado</i> _____		<input type="checkbox"/> Sección cesariana	_____ Año
<input type="checkbox"/> CABG (Bypass de corazón)	_____ Año	<input type="checkbox"/> Marcapasos	_____ Año	<input type="checkbox"/> D and C	_____ Año
<input type="checkbox"/> Extracción de la catarata	_____ Año	<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla	_____ Año	<input type="checkbox"/> Histerectomía	_____ Año
<i>Lado</i> _____		<i>Lado</i> _____		(parcial/completa)	
<input type="checkbox"/> Vejiga de rozadura	_____ Año	<input type="checkbox"/> Resección del intestine	_____ Año	<input type="checkbox"/> Mastectomía I D Bilat	_____ Año
<input type="checkbox"/> Extirpación del intestine	_____ Año	<input type="checkbox"/> Tiroidectomía I D Bilat	_____ Año	<input type="checkbox"/> Mamoplastia de reducción	_____ Año
Grueso (completo)					
<input type="checkbox"/> Operación del intestine	_____ Año	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	_____ Año	<b>Hombres sólo</b>	_____ Año
Grueso				<input type="checkbox"/> Biopsia de la próstata	_____ Año
<b>Historia adicional</b>				<input type="checkbox"/> TURP	_____ Año
_____				<input type="checkbox"/> Vasectomía	_____ Año

Paciente adoptada      **Historia de la familia**       Ninguna historia relevante

<b>Diagnóstico</b>	<b>Miembros de familia inmediata, sangre, familia parientes</b>		<b>Edad de la muerte</b>	<b>Causas de muerte</b>
ADD/ADHD	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Alcoholismo	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Alzheimer	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Asma	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
CAD (Enfermedad de la arteria coronaria)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Cáncer <i>Tipo</i> _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
CVA (Stroke/TIA)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Depresión	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Diabetes	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Hyperlipidemia (colesterol alto)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
HTN (presión arterial alta)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Síndrome del intestino irritable	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Enfermedad mental	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Osteoartritis	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Osteoporosis	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
PVD enfermedad vascular periférica)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Enfermedad renal/renal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Trastorno convulsivo	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí
Otros _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí

**Historia social**

<b>Carrera</b>	<input type="checkbox"/> Americano africano/negro	<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico	<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Otros
	<input type="checkbox"/> Asia	<input type="checkbox"/> Middle Eastern	<input type="checkbox"/> No quiere revelar
<b>Ethnicity</b>	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Origin	<input type="checkbox"/> No Hispanic/Latino Origin	<input type="checkbox"/> Desconocido

País de nacimiento  USA  Other \_\_\_\_\_

Empleador (nombre) \_\_\_\_\_ Ocupación (tipo de trabajo) \_\_\_\_\_

Situación en el empleo  Tiempo completo  Por cuenta propia  Jubilado Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Tiempo parcial  Desempleados  Otros \_\_\_\_\_

Estado civil  Se casó con  Socio de la vida  Viudo / a  
 Solo  Separado legalmente  Otros \_\_\_\_\_  
 Se divorciaron  Anuló

Tiene hijos  No  Sí Número de hijos \_\_\_\_\_ Número de hijas \_\_\_\_\_

#### Tabaco, Alcohol, cafeína

Usa tabaco  Corriente  Ex  Nunca  
Tipo de tabaco  La masticación  Pipa  Sin humo **Unidades/día** \_\_\_\_\_  
 Puros  Sin humo **Años utiliza** \_\_\_\_\_

Intentó dejar de fumar?  No  Sí **Año dejar de fumar** \_\_\_\_ **Exposición al humo de segunda mano**  No  Sí

Estado de fumador  Actual cada día fumador  Fumador, estado desconocido  Ex fumador  
 Actual algún día fumador  Nunca fumador  Sabe si alguna vez has fumado

Bebidas Alcohol  No  Sí  Antes **Caffeine**  No  Sí

#### Estilo de vida – otros

Dominancia de la mano  derecho  izquierdo  Ambidiestro  
Nivel de actividad  Moderada  Sedentarios  Vigoroso \_\_\_\_\_

Tipo de ejercicio \_\_\_\_\_

Frecuencia de ejercicio (Horas/semana) \_\_\_\_\_

Pasatiempos y actividades \_\_\_\_\_

#### Historia de la dieta

Diabetic  Vegano  Vegetariano  Alto contenido de fibra  Bajo contenido de sodio  Alto valor proteico  Otros

Animales en el hogar  No  Sí Type \_\_\_\_\_

#### Estilo de vida – Medio ambiente/seguridad en el hogar (Para efectos del seguro)

Detectores de humo en casa  No  Sí Detectores de monóxido de carbono en casa  No  Sí

Uso de cinturón de seguridad  No  Sí Caídas en el último año  No  Sí Número de caídas \_\_\_\_\_

### Manejo de la enfermedad

#### Mantenimiento de la salud

	Fecha		Fecha	Hembras sólo	Fecha
<input type="checkbox"/> H&P (Examen físico)	___/___/___	<input type="checkbox"/> Influenza Vaccine	___/___/___	<input type="checkbox"/> GYN Exam	___/___/___
<input type="checkbox"/> Panel de lípidos	___/___/___	<input type="checkbox"/> Pneumonia Vaccine	___/___/___	<input type="checkbox"/> Pap	___/___/___
<input type="checkbox"/> EKG	___/___/___	<input type="checkbox"/> Shingles Vaccine	___/___/___	<input type="checkbox"/> mamograma	___/___/___
<input type="checkbox"/> Colonoscopia	___/___/___	<input type="checkbox"/> Tdap Vaccine	___/___/___	<input type="checkbox"/> Dexa Scan	___/___/___
<input type="checkbox"/> Tarjeta de taburete	___/___/___	<input type="checkbox"/> Examen de la vista	___/___/___	<b>Hombres sólo</b>	<b>Fecha</b>
				<input type="checkbox"/> PSA	___/___/___

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia ha te han molestado por cualquiera de los siguientes problemas (su número del círculo)

	De nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sensación, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3. Dificultad para caer o permanecer dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de ti mismo – o que un fracaso o han defraudado a sí mismo	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o viendo la televisión	0	1	2	3
8. Móvil o habla tan lentamente que otras personas podrían tener notado. O lo contrario, ser inquieto o inquieta que han estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos que usted estaría mejor muerto, o de lastimar a ti mismo	0	1	2	3
¿Si usted marcó cualquier problema lo difícil tiene estos problemas para usted hacer su trabajo, cuidar de las cosas en casa o conseguir junto con otras personas?	No es muy difícil <input type="checkbox"/> Algo difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>			

¿Con qué frecuencia tienes una bebida que contenga alcohol?

- A. nunca
- B. mensual o menos
- C. 2 - 4 veces a mes
- D. 2 - 3 veces por semana
- E. 4 o más veces a la semana

¿Cuántas bebidas estándar que contengan alcohol tienes en un día típico?

- A. 1 ó 2
- B. 3 ó 4
- C. 5 ó 6
- D. 7 a 9
- E. 10 o más

¿Con qué frecuencia usted tiene seis o más bebidas en una ocasión?

- A. nunca
- B. menos que mensual
- C. mensual
- D. semanal
- E. diario o casi diario

# Cornerstone Family Medicine

4545 E Southern Ave, #103

Mesa, AZ 85206

Phone: 480-981-6100

Fax: 480-981-5501

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente autorizo mi información de salud como se describe a continuación.

1. la siguiente persona (s) o instalación nombrado a continuación están autorizados a divulgar mi información de salud por requerimiento a la medicina familiar de piedra angular.
2. las siguientes personas o instalaciones mencionadas están autorizados a divulgar mi información de salud por requerimiento.

Nombre de Médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

La información específica a divulgarse incluye:

\_\_\_\_\_ Salud información relativa a las siguientes condiciones o fechas de tratamiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Toda la información profesional de la salud durante los últimos 2 años.

\_\_\_\_\_ Todo healthcare informació

**\*\* Si más de 50 páginas, por favor correo \*\***

Puedo revocar esta autorización por notificar a medicina de familia de la piedra angular en la escritura de mis intenciones. Entiendo que mi información de salud puede ya han sido revelado y no se puede revertir.

Entiendo que mi información de salud que se da a conocer puede ser sujeta a divulgación de re por la persona que lo recibe y puede no estar protegido por el Reglamento de privacidad federal.

Esta autorización expira el \_\_\_\_\_ o cuando se produce el evento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este formulario debe completarse en su totalidad antes de firmar.

\_\_\_\_\_  
Firma de persona

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor/representante

Fecha de firma

Relación con el individuo