

Formulario de Paciente Nuevo

Fecha de Hoy _____			
Nombre Legal (Primer Nombre)	Segundo Nombre:	Apellido (s):	Otro Nombre Usado Anteriormente (Soltero/a)
Dirección:		Ciudad, Estado, Código Postal	
Correo electrónico:	No. de la Casa:	No. de Celular:	No. de Seguro Social:
Fecha de Nacimiento	Ocupación:	Centro de Trabajo:	No. del Centro de Trabajo:
Para cumplir con los requisitos del gobierno marque los que corresponda:			
Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro			
Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio-Americano / Alaska			
Lenguaje Nativo <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro			
Su Medico Primario	No. de la Oficina	Fax de la Oficina	Dirección
Su Farmacia	No. de la Farmacia	Direccion	
Detalles del Seguro Medico			
Nombre del Seguro Primario	No. de Grupo	ID/No. de Miembro:	
Nombre del Titular Primario	Fecha de Nacimiento del Titular Primario		
Nombre del Seguro Secundario	No. de Grupo	ID/ No. de Miembro	
Nombre del Titular:			
Otra Informacion del Seguro			
Contacto de Emergencia			
Nombre del Familiar o Amigo	Relacion con el paciente	No. Celular	No. de la Casa
Podemos contactarle?			

Deseo ser contactado de la siguiente forma:

Teléfono Primario: _____

Correo Electrónico: _____

Otro: _____

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que los beneficios de mis seguros sean pagados en su totalidad al doctor. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Endocare of South Florida y/o Ihosvani Miguel MD PA o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar cualquier reclamo.

Firma del Paciente/Guardian _____

Historial Medico del Paciente

1. Con que frecuencia haces ejercicio a la semana?

- 0-2 dias 3-5 dias 6-7 dias

2. Duración del ejercicio/caminata/ciclismo por sesión?

- 0-30 Min 31-60 Min Mas de 1 hr.

3. Describa su dieta (que come a diario)

4. Actualmente fuma tabacos/cigarros?

- Si No Cuantos paquetes al día?

5. Alguna vez has fumado?

- Si No Cuando lo dejaste?

6. Actualmente consumes más de 2 bebidas alcohólicas al día?

- Si No

Para que necesito ver a un Endocrino:

7. Tengo las siguientes condiciones médicas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

8. He estado hospitalizado(a) o he tenido las siguientes cirugías:

1. _____
2. _____
3. _____

9. Soy alérgico(a) a los siguientes medicamentos:

Medicamento	Reaccion Alergica
1.	
2.	
3.	

Fecha del Último Examen Físico (mes/año) _____

Fecha del Último Examen de la Vista (mes/año) _____

Fecha del Último Examen de los Pies (mes/año) _____

Fecha del Último Examen Dental (mes/año) _____

10. Estoy tomando las siguientes medicinas, vitaminas, suplementos, hierbas. (nombre, dosis, frecuencia):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Historia Familiar

11. Sus padres, hermanos/hermanas/hijos/hijas tienen o han tenido alguna de las siguientes enfermedades? (Marque todas las que correspondan)

- a. Ataque Cardíaco /Cirugía Bypass / Stent? Si No No Se
- b. Accidente Cerebrovascular Isquémico? Si No No Se
- c. Colesterol Alto? Si No No Se
- d. Obesidad? Si No No Se
- e. Diabetes Adulta? Si No No Se
- f. Diabetes Juvenil Tipo 1? Si No No Se
- g. Enfermedad del Tiroides? Si No No Se Si respondió Si, que tipo? _____
- h. Cáncer? Si No No Se Si respondió si, en que órgano comenzó? _____
- i. Osteoporosis, Fractura de Cadera? Si No No Se
- j. Artritis Reumatoide, Lupus. Esclerosis Múltiple, ELA? Si No No Se

Razón por su visita

Por favor marque todos los síntomas que está teniendo:

- General:** Cambio de peso inexplicable Fatiga Fiebre
- Vista:** Tratamiento con Laser Cataratas Desprendimiento de retina Visión Pobre/Ceguera Glaucoma
- Ent.:** Cambio de voz/ Ronquera Dificultad tragando Tiroides Agrandado Dolor delante del cuello
- Cardio/Respiratorio:** Asma Apnea del Sueño Falta de Aliento por Esfuerzo Uso de CPAP/BIPAP Latidos Lentos, Rápidos o Irregulares
 Falta de Aliento por la noche/Descanso Hinchazón de los tobillos/ piernas Marcapasos o Desfibrilador Interno Tos a Largo Plazo
 Ulceras en las piernas mal curadas.
- Gastrointestinal:** Nausea/Vómitos Acidez Estomacal frecuente/ Indigestión Intestino Irritable Diarrea o Estreñimiento Intolerancias Alimentarias
- Pecho:** Secreción de los pezones Dolor/ Sensibilidad en los pechos o Hinchazón
- Sangre:** Historia de coágulos de sangre Problemas de sangrado Fragilidad Capilar
Alguna vez ha recibido radiación en la cabeza, el cuello, o el cuerpo completo? SI NO
- Urológico:** Infecciones frecuentes en la vejiga o en la vagina Micción Frecuente Cálculos Renales
- Solo Hombres:** Dolor o Bulto en los Testículos Dificultades para lograr o mantener una erección Cambio en el deseo de tener intimidad sexual (libido)
- Solo Mujeres:** Periodos Irregulares Sequedad Vaginal Fecha del Último Periodo ___/___/___ Esta Ud. Embarazada? SI NO
- Musc/Huesos:** Gota Artritis Fracturas Amputaciones
- Neuro/Psich:** Dolores de cabeza frecuentes y severos Marcha Inestable Lesión previa en la cabeza Pérdida de Conciencia
 Pérdida de Memoria Convulsiones Temblores Depresión/Ansiedad/Miedos Parálisis Pérdida de Sensación en los Pies
 Mareos
- Endocrino:** Sudoración Excesiva/ Sudoración Nocturna Problemas tiroideos Problemas Pituitarios Problemas de Calcio
 Baja Azúcar en Sangre Intolerancia al Frio o al Calor
- Piel:** Úlcera en la pierna Erupción Cutánea Pérdida de Cabello Oscurecimiento o Aclaramiento de la Piel Piel Seca

Cualquier otra información que le gustaría que supiéramos sobre usted?: _____

Por la presente certifico que las respuestas dadas son verdaderas y completas a lo mejor de mi conocimiento. Por la presente autorizo a Endo Care of South Florida y/o Ihosvani Miguel MD PA a divulgar cualquier información adquirida en el transcurso de mi tratamiento a cualquier medico u organización de salud según sea necesario.

Firma: _____

Vitales

Temp. ___ ___ HT: _____

Pulso _____ WT: _____

Resp _____ BP: _____

Para uso de la oficina: _____

Revisado: _____



Endo Care of South Florida
Center for Endocrine and Diabetes Care

Documento de Reconocimiento de Endo Care of South Florida

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Dia Mes Año

La Ley nos requiere que nosotros les proveamos a usted con nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, las cuales explican como podemos usar y divulgar su información medica. La ley también nos requiere que obtengamos su firma, reconociendo que se este aviso lo hemos hecho disponible para usted.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente o Representante Autorizado)

Relación al Paciente: ____ Mismo ____ Esposo(a) ____ Otro

Razón por la cual el paciente no puede no puede/ no desea firmar: _____



Endo Care of South Florida
Center for Endocrine and Diabetes Care

Póliza de Cancelación

Tenga en cuenta que la oficina del Dr. Miguel tiene una póliza de cancelación de 24 horas.

Si no cancela o reprograma su cita con un mínimo de 24 horas de anticipación a la hora programada, habrá un cargo de \$50.

La oficina le proporciona recordatorios de citas a través de una llamada de cortesía 48 horas antes de su cita programada, para evitar que se le agregue este cargo a su cuenta. Sin embargo, es su responsabilidad cancelar o reprogramar su cita con un aviso de 24 horas.

Firma: _____

Muchas Gracias
Dr. Ihosvani Miguel