

## Historia Clínica Medica

Fecha \_\_\_\_\_

Primer Nombre/Apellido \_\_\_\_\_

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

Marque la casilla junto a las condiciones que le han diagnosticado o tiene algún problema con alguna de estas dolencias:

	Alergias	Gota	Neumonía
	Anemia	Dolor de cabeza	Polio
	Asma	Enfermedad cardiaca	Enfermedades de próstata
	Disfunción de vesícula	Soplo cardiaco/palpitaciones	Fiebre reumática
	Trastorno de la coagulación	Hepatitis	Artritis reumatoide
	Disfunción intestinal	Presión arterial alta	Rubéola
	Bronquitis	VIH/SIDA	Escarlatina
	Cáncer	Incontinencia	Incautaciones
	Dolor en el pecho	Enfermedad renal	Disfunción sexual/menstrual
	Depresión	Sarampión /parotiditis	Falta de aliento
	Diabetes	Enfermedad mental	Golpe
	Mareo/desmayo	Debilidad muscular	Tétanos
	Epilepsia	Nerviosismo	Enfermedad de la tiroides
	Infecciones frecuente	Osteoarthritis	Úlcera
	Enfermedad de vesícula biliar	Osteoporosis	Enfermedad venérea
	Trastornos gastrointestinales	Parálisis	Otro:
	Glaucoma	Enfermedad vascular periférica	Otro:

Escriba todos los medicamentos que esta tomando, incluso los que esta tomando sin receta medica:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

Alergias (comida/drogas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Usted consume o ha consumido alguna vez:

cigarrillos?

Sí  No

Si, \_\_\_\_\_ paquetes por día.

alcohol?

Sí  No

Si, \_\_\_\_\_ bebidas por día.

té/café?

Sí  No

Si, \_\_\_\_\_ bebidas por día.

Haga una lista de las hospitalizaciones o cirugías que ha tenido.

Fecha	Motivo de su hospitalización(es) o cirugía

## Informacion Demografica del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Padre/Madre o tutor legal (si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero de Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_

Hombre/Mujer

Estado Civil Soltero \_\_ Casado \_\_ Divorciado \_\_ Viudo \_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia contacte a \_\_\_\_\_

Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo /nombre de su patrón: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Tiene usted seguro de salud Medicare, o Medicaid? Sí  No

Ha aplicado a uno de estos programas? Sí  No

Si su respuesta es Si, a cual? \_\_\_\_\_

## Consentimiento para Mi Atención

Mi firma abajo significa que comprendo lo siguiente:

- Los servicios médicos ofrecidos por la Clínica El Buen Samaritano de Edmond pueden ser administrados por una variedad de profesionales médicos licenciados.
- Para asegurar la curación del paciente en su totalidad, puede ser necesario para los proveedores de cuidado de la clínica (médico, enfermeras, consejeros, etc.) compartir información sobre mí con otros proveedores envueltos en mi cuidado.
- Los resultados de análisis o procedimientos pueden ser dados a mí por teléfono.
- Los servicios no-médicos pueden ser proporcionados por una variedad de consejeros no-licenciados y profesionales u otros clínicos, que puede incluir a estudiantes de medicina o internos.
- Una evaluación inicial de admisión será completada para cada cliente.

Yo comprendo lo explicado arriba y doy mi consentimiento para recibir atención, empezando

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Si es menor de edad, firma del Padre/Madre o Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del testigo \_\_\_\_\_

## Forma de Permiso

Doy permiso a la Clinica El Buen Samaritano de Edmond para que comparta mi información médica con las siguientes personas:

Sí  No

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Doy permiso a la Clinica El Buen Samaritano de Edmond para que dejen algún recado en el contestador automatico de mi numero de telefono.

Sí  No

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_