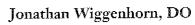




Board Certified in Otolaryngology - Head and Neck Surgery

Informacion Del Paciente

Fecha:	Paciente:	<u></u> .	()Hombre () Mujer
Fecha De Nacimiento	: Esta	do Civil:	Seguro Social:
Domicilio:			
			Codigo Postal:
Numero de Telefono	·	Nu	mero Alertnativo:
Dirrecion de Correo E	Electronico:		
Referido por:			
Parte Responsable:		Fecha de N	lacimiento de parte responsable:
Relacion con el pacie	nte:		
Seguro Medico Prima	ario:		
Numero de Poliza:		Numero d	e Grupo:
Nombre de asegurac	lo:	Fed	cha de Nacimiento:
Seguro Secondario:_			
Numero de Poliza:		Numero de	e Grupo:
Numero de asegurad	do:	Nu	mero de Grupo:
Nombre de su Farma	acia:		
Cruce de calles donc	le se encuentra la fa	rmacia:	
	Asign	nación y Liber	ación:
entiendo que sov finar	ncieramente responsat	ole de los servic	etamente a Estrella Ear, Nose & Throat. Yo ios no cubiertos por my seguro medico Yo nformación necesaria para procesar mis
Firma:			Fecha:





Board Certified in Otolaryngology - Head and Neck Surgery

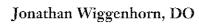
Nombre del Paciente:				Fecha De Nacimien	to:		
Alergia al látex? Si En caso afirmativo, qu Alergia a Medicamo	é tipo de rea e ntos? Si (cción					
En caso afirmativo, inc	lique.						
Medicamentos a el cual Ti usted es alergico		Tipo d	Tipo de reacción		Medicamentos a el cual usted es alergico		oo de reacción
	·						
Ha tenido alguna vez ¿Alguna vez ha tenido Si es así, usted todaví Anote todos los m	inyeccione: a está toma	s para la a ndolas?	lergia?	Si () Si () ado (c	No () No () No () Cuánto alivio de on receta, de venta li		
Medicamento	Dosis	Fred	uencia		Medicamento	Dosis	Frecuencia
Modioanionio							
-							
					·		
				2			
						<u> </u>	
Historia clínica	/ Quirúrgi	ca ¿Algu	ına vez ha	sido	<u>diagnosticado con a</u>	<u>lguna de la</u>	s siguientes
condiciones?							
			() No	Hay A	intecedentes Médico	S	
						Α.	ño Diagnosticado
Cardiovascular:			Año Diagn				Si()
Enfermedad de las					_	_	Si()
Niveles elevados d		İ	Si ()		_	เอ	Si()
Presión arterial alta	l		Si ()		Otitis Media	Crónica	Si()
Gastrointestinal:			e;/\				Si()
Hepatitis			Si ()				Ci/ \
		Si ()		-		Si()	
Por reflujo gastroesofágico		Si()		_		Si()	
Otro (s)		Si ()				· · —	
Genitourinario:					Alergias nas		Si()
Agrandamiento de			Si ()				Si()
Piedras en el riñón			Si ()			· -	Si()
Incuficiencia renal	aguda		Si ()		Otro(s)		Si()

	Año Diagnosticado	Psiquiátrico <u>Año Di</u>	<u>agnosticado</u>
Mononucleosis	Si ()	Ansiedad	Si ()
Enfermedades de transmisión sexual	Si ()	Depresión	Si ()
Tipo(s)	_	Otro(s)	Si ()
Metabólico / Endocrino		Pulmonar	
Diabetes	Si ()	Asma	Si ()
La deficiencia de tiroides	Si ()	EPOC / Enfisema	Si ()
El exceso de tiroides	Si ()	La apnea del sueño	Si ()
Masa tiroidea	Si ()	Tuberculosis	Si ()
Otro(s)	Si ()	Otro(s)	Si ()
Neoplásicas		Misceláneo	
Cáncer Tipo(s)	Si ()	Reacción a la anestesi	
Otro(s)	Si ()	Otro(s)	Si ()
Otro(s)	Si ()	Otro(s)	Si ()
Neurológicos		Diversos Pediátrica	
Migraña	Si ()	Complicaciones durant	
Accidente vascular cerebeloso	Si ()	Complicaciones durant	
Convulsiones	Si ()	Unidad de cuidados inf	
Otro(s)	Si ()	neonatales de más de	48 horas
Obstétrico		Parto prematuro	
Embarazo(s)	Si ()	Explicación	
Por favor escriba todos los proced	imientos y / o cirugías ombre del médico que	s realizadas. Incluir la fec e realizó la cirugía.	cha y ubicación,
Por favor escriba todos los proced	imientos y / o cirugías iombre del médico que	s realizadas. Incluir la fec e realizó la cirugía.	cha y ubicación,
Por favor escriba todos los proced	imientos y / o cirugías ombre del médico que	s realizadas. Incluir la fed e realizó la cirugía.	cha y ubicación,
Por favor escriba todos los proced así como el n	imientos y / o cirugías combre del médico que	s realizadas. Incluir la fec e realizó la cirugía.	cha y ubicación,
Por favor escriba todos los proced	ombre del médico que	s realizadas. Incluir la fec e realizó la cirugía. Deficiencia auditiva	Si ()
Por favor escriba todos los proced así como el n Historia médica familiar	Si ()	e realizó la cirugía.	Si ()
Por favor escriba todos los proced así como el n Historia médica familiar Deficiencia de la atención trastorno Déficit de atención con hiperactividad	Si ()	perealizó la cirugía. Deficiencia auditiva	Si () Si ()
Por favor escriba todos los proced así como el n Historia médica familiar Deficiencia de la atención trastorno	Si ()	Deficiencia auditiva Hiperlipidemia	Si () Si () Si () Si ()
Por favor escriba todos los proced así como el n Historia médica familiar Deficiencia de la atención trastorno Déficit de atención con hiperactividad Alergias Enfermedad de Alzheimer	Si ()Si ()Si ()Si ()	Deficiencia auditiva Hiperlipidemia Hipertensión	Si () Si () Si () Si () Si ()
Por favor escriba todos los proced así como el n Historia médica familiar Deficiencia de la atención trastorno Déficit de atención con hiperactividad Alergias	Si ()	Deficiencia auditiva Hiperlipidemia Hipertensión Enfermedad mental Obesidad Osteoartritis	Si ()
Historia médica familiar Deficiencia de la atención trastorno Déficit de atención con hiperactividad Alergias Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de la sangre Enfermedad arterial coronaria	Si ()	Deficiencia auditiva Hiperlipidemia Hipertensión Enfermedad mental Obesidad	Si ()
Por favor escriba todos los proced así como el n Historia médica familiar Deficiencia de la atención trastorno Déficit de atención con hiperactividad Alergias Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de la sangre Enfermedad arterial coronaria Cáncer Tipo(s)	Si ()	Deficiencia auditiva Hiperlipidemia Hipertensión Enfermedad mental Obesidad Osteoartritis	Si () Si () Si () Si () Si () si () Si () Si ()
Historia médica familiar Deficiencia de la atención trastorno Déficit de atención con hiperactividad Alergias Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de la sangre Enfermedad arterial coronaria	Si ()	Deficiencia auditiva Hiperlipidemia Hipertensión Enfermedad mental Obesidad Osteoartritis Enfermedad arterial periféri	Si () Si () Si () Si () Si () ica Si ()

Tipo de tabaco	Paquetes al día	ر Cuántos años	año que dejo el tabaco
Cigarrillos			
Otro:			

Tipo de alcohol	Frecuencia	Cantidad	última copa
_			

Expuestos al humo	Si() No()	
de segunda mano Consumo de cafeína	Si() No() Tipo:	Cantidad cantidad por día?
	s comprobar	cualqu	iera de los siguientes problemas que ha tenido
recientemente:		•	•
Problemas generales de saluc	ı		
()Fatiga ()Fiebre ()Sudora	ción ()Pérdida	/aumen	to involuntaria de peso ()Problemas para dormir
Problemas en los ojos			
()Visión doble ()Picor en lo	s ojos ()Hind	hazón () Enrojecimiento
Problemas del oído			
		udición () Infecciones de oído ()Mareos ()Picor () Acúfenos
Problemas de La nariz y seno	s paranasales		() The second of Market
, , =	spiración por	a boca (()Sangrado de nariz ()Estornudos frecuente()Goteo
nasal/post-nasal			
Problemas de la boca y garga	inta	مام حماما	comente (\Penguera (\) lleeras en la boca
			garganta()Ronquera()Ulceras en la boca
Problemas del corazón o prof	olemas de circ	ulación	() U. J. () J. L. L. L. H. H. J. () Delevies of soche
		s pierna	s ()Hinchazón de los tobillos ()Dolor en el pecho
()Latido irregular del corazó			
Pulmonar o problemas respir		_	
()Dificultad para respirar ()	Sibilancias () i os	
Problemas estomacales	() A .:	_4	J. / Méusona / Wémiton
()Dolor abdominal ()Diarre	a () Acidez e	stomaca	nicses ()vonitos
Problemas del cerebro o prol	olemas dei sis	tema ner Shilidad /	()Entumecimiento ()Dolor facial
Problemas de las glándulas y	usiones ()De	e hormo	nales
() Intelerancia of calor () Au	monto del an	stito (\/	Aumento del tamaño del cuello ()Intolerancia al frío
Sangre o la linfa problemas r		stito (<i>)r</i>	Admicato del tamano del sacistic ()
() Sangrado eveceivo desni	iós de una les	ión ()M	foretones fácilmente ()Agrandamiento de los ganglios
linfáticos	ica de dila les		loretenise lasimienta (), igni
Problemas de alergia			
()Intolerancias a los alimen	tos ()Picadu	ras de ir	nsectos ()Otros
Piel/Cutis	()		
()Erupción ()Picazón ()H	inchazón()U	rticaria /	ronchas
¿Cuál es la razón por	la que esta	ımos l	noy aquí
Firma de parte respon	nable		Fecha
1: 1			





Board Certified in Otolaryngology - Head and Neck Surgery

Por Favor Complete lo siguiente:	
Usted tiene mi consentimiento para dejar mensajes a miem importantes y / o en el contestador automático. Si	nbros de la familia u otras personas No
Usted tiene mi consentimiento para hablar de mi tratamien siguiente:	to médico / condición con el/los
Name .	Relacion
Name	Relacion
Name	Relacion
Asignación Y Liberacion También autorizo la divulgación de cualquier información reclamaciones de seguros, incluyendo cualquier información abuso de drogas, y / o SIDA. Yo autorizo que mi información facturación, laboratorios, instalaciones de pruebas de diago y otras personas involucradas en los aspectos médicos y / seguro de enfermedad. Esta autorización puede ser revocamento	equerida para procesar ón relacionada con el alcohol, el ón personal de salud a: agencias de nóstico, en referencia a los médicos o financiera del cuidado de mi
Doy mi consentimiento para la administración y el rendimiendiagnósticos y / o tratamientos que a juicio de Estrella Ear necesario y conveniente. Tengo derecho a una explicación procedimiento o de referencia y que tengo la opción de recinformación.	, Nose & Throat se puede considerar n completa antes de cualquier prueba,
Firma (si el paciente es menor de edad-firma de padre(s)	guardian) Fecha
Nombre de paciente (si el paciente es un menor)	Relacion a paciente



El Reconocimiento Y La Recepción De La Notificación De Prácticas De Privacidad

Yo	entiendo que e	recibido una copia de Estrella Ear,
(no	embre de paciente)	
Nose & T	hroat "aviso de prácticas de privacida	d". Este aviso describe como Estrella
Ear, Nose	e & Throat puede utilizar y divulgar mi in	formación médica, ciertas restricciones
sobre el હ	uso y divulgación de mi información de s	alud y los derechos que pueda tener
con respe	ecto a mi información protegida de saluc	I.
	pesiente, o representante personal)	(Fecha)
	:	
	a paciente)	