

Informacion Del Paciente

Fecha: _____ Paciente: _____ () Hombre () Mujer

Fecha De Nacimiento: _____ Estado Civil: _____ Seguro Social: _____

Domicilio: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: _____ Numero Alernativo: _____

Dirreccion de Correo Electronico: _____

Referido por: _____

Parte Responsable: _____ Fecha de Nacimiento de parte responsable: _____

Relacion con el paciente: _____

Seguro Medico Primario: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre de asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Secundario: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Numero de asegurado: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre de su Farmacia: _____

Cruce de calles donde se encuentra la farmacia: _____

Asignación y Liberación:

Por la presente cedo mis beneficios del seguro a pagar directamente a Estrella Ear, Nose & Throat. Yo entiendo que soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos por my seguro medico Yo autorizo a Estrella Ear, Nose & Throat a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos de seguros.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Alergia al látex? Si () No ()

En caso afirmativo, qué tipo de reacción _____

Alergia a Medicamentos? Si () No ()

En caso afirmativo, indique.

Medicamentos a el cual usted es alergico	Tipo de reacción	Medicamentos a el cual usted es alergico	Tipo de reacción

Ha tenido alguna vez una prueba de alergia? Si () No ()
 ¿Alguna vez ha tenido inyecciones para la alergia? Si () No ()
 Si es así, usted todavía está tomándolas? Si () No () Cuánto alivio de las inyecciones? _____

Anote todos los medicamentos que esté tomando (con receta, de venta libre oa base de hierbas)
NINGUNO ()

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia

Historia clínica / Quirúrgica ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

() No Hay Antecedentes Médicos

	<u>Año Diagnosticado</u>		<u>Año Diagnosticado</u>
Cardiovascular:		Oído/Nariz/Garganta	
Enfermedad de las arterias coronarias	Si () _____	Las Cataratas	Si() _____
Niveles elevados de colesterol	Si () _____	Glaucoma	Si() _____
Presión arterial alta	Si () _____	Otitis Media Crónica	Si() _____
Gastrointestinal:		Otitis Media Crónica	Si() _____
Hepatitis	Si () _____	Pérdida de la audición	Si() _____
Hernia	Si () _____	Problemas de sinusitis	Si() _____
Por reflujo gastroesofágico	Si () _____	Pólipos nasales	Si() _____
Otro (s)	Si () _____	Alergias nasales	Si() _____
Genitourinario:		Amigdalitis recurrente	Si() _____
Agrandamiento de la próstata	Si () _____	Acúfenos / Vértigo	Si() _____
Piedras en el riñón	Si () _____	Otro(s)	Si() _____
Insuficiencia renal aguda	Si () _____		

Enfermedades Infecciosas	<u>Año Diagnosticado</u>	Psiquiátrico	<u>Año Diagnosticado</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 anestesia	Si () _____
Otro(s)	Si () _____	Otro(s)	Si () _____
Otro(s)	Si () _____	Otro(s)	Si () _____
Neurológicos		Diversos Pediátrica	
Migraña	Si () _____	Complicaciones durante el embarazo	
Accidente vascular cerebeloso	Si () _____	Complicaciones durante el parto	
Convulsiones	Si () _____	Unidad de cuidados intensivos neonatales de más de 48 horas	
Otro(s)	Si () _____	Parto prematuro	
Obstétrico		Explicación _____	
Embarazo(s)	Si () _____		

Por favor escriba todos los procedimientos y / o cirugías realizadas. Incluir la fecha y ubicación, así como el nombre del médico que realizó la cirugía.

Historia médica familiar

Deficiencia de la atención trastorno	Si () _____	Deficiencia auditiva	Si () _____
Déficit de atención con hiperactividad	Si () _____	Hiperlipidemia	Si () _____
Alergias	Si () _____	Hipertensión	Si () _____
Enfermedad de Alzheimer	Si () _____	Enfermedad mental	Si () _____
Enfermedad de la sangre	Si () _____	Obesidad	Si () _____
Enfermedad arterial coronaria	Si () _____	Osteoartritis	Si () _____
Cáncer Tipo(s) _____	Si () _____	Enfermedad arterial periférica	Si () _____
Depresión	Si () _____	Enfermedad renal	Si () _____
Retraso en el desarrollo	Si () _____	Trastorno convulsivo	Si () _____
Diabetes	Si () _____	Otro: _____	

Uso del Tabaco Si() No() Anteriormente()

Uso de Alcohol Si() No() Anteriormente()

Tipo de tabaco	Paquetes al día	¿Cuántos años	año que dejó el tabaco
Cigarrillos			
Otro:			

Tipo de alcohol	Frecuencia	Cantidad	última copa

Expuestos al humo de segunda mano Si() No()

Consumo de cafeína Si() No() Tipo: _____ Cantidad cantidad por día? _____

Revisión de los Sistemas comprobar cualquiera de los siguientes problemas que ha tenido recientemente:

Problemas generales de salud

() Fatiga () Fiebre () Sudoración () Pérdida/aumento involuntaria de peso () Problemas para dormir

Problemas en los ojos

() Visión doble () Picor en los ojos () Hinchazón () Enrojecimiento

Problemas del oído

() Drenaje de los oídos () Pérdida de la audición () Infecciones de oído () Mareos () Picor () Acúfenos

Problemas de La nariz y senos paranasales

() Congestión crónica () Respiración por la boca () Sangrado de nariz () Estornudos frecuente () Goteo nasal/post-nasal

Problemas de la boca y garganta

() Dificultad para tragar () Ronquera () Dolor de garganta () Ronquera () Ulceras en la boca

Problemas del corazón o problemas de circulación

() Soplo en el corazón () Calambres en las piernas () Hinchazón de los tobillos () Dolor en el pecho () Latido irregular del corazón

Pulmonar o problemas respiratorios

() Dificultad para respirar () Sibilancias () Tos

Problemas estomacales

() Dolor abdominal () Diarrea () Acidez estomacal () Náuseas () Vómitos

Problemas del cerebro o problemas del sistema nervioso

() Dolor de cabeza () Convulsiones () Debilidad () Entumecimiento () Dolor facial

Problemas de las glándulas y los problemas hormonales

() Intolerancia al calor () Aumento del apetito () Aumento del tamaño del cuello () Intolerancia al frío

Sangre o la linfa problemas nodo

() Sangrado excesivo después de una lesión () Moretones fácilmente () Agrandamiento de los ganglios linfáticos

Problemas de alergia

() Intolerancias a los alimentos () Picaduras de insectos () Otros _____

Piel/Cutis

() Erupción () Picazón () Hinchazón () Urticaria / ronchas

¿Cuál es la razón por la que estamos hoy aquí _____

Firma de parte responsable _____ Fecha _____



Jonathan Wiggernhorn, DO

Board Certified in Otolaryngology - Head and Neck Surgery

Por Favor Complete lo siguiente:

Usted tiene mi consentimiento para dejar mensajes a miembros de la familia u otras personas importantes y / o en el contestador automático. Si _____ No _____

Usted tiene mi consentimiento para hablar de mi tratamiento médico / condición con el/los siguiente:

Name	Relacion
------	----------

Name	Relacion
------	----------

Name	Relacion
------	----------

Asignación Y Liberación

También autorizo la divulgación de cualquier información requerida para procesar reclamaciones de seguros, incluyendo cualquier información relacionada con el alcohol, el abuso de drogas, y / o SIDA. Yo autorizo que mi información personal de salud a: agencias de facturación, laboratorios, instalaciones de pruebas de diagnóstico, en referencia a los médicos y otras personas involucradas en los aspectos médicos y / o financiera del cuidado de mi seguro de enfermedad. Esta autorización puede ser revocada por escrito por mi en cualquier momento

Doy mi consentimiento para la administración y el rendimiento de todos los procedimientos diagnósticos y / o tratamientos que a juicio de Estrella Ear, Nose & Throat se puede considerar necesario y conveniente. Tengo derecho a una explicación completa antes de cualquier prueba, procedimiento o de referencia y que tengo la opción de rechazar tal tratamiento y buscar más información.

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,
(nombre de paciente)

Nose & Throat "**aviso de prácticas de privacidad**". Este aviso describe como Estrella

Ear, Nose & Throat puede utilizar y divulgar mi información médica, ciertas restricciones

sobre el uso y divulgación de mi información de salud y los derechos que pueda tener

con respecto a mi información protegida de salud.

(Firma de paciente, o representante personal)

(Fecha)

(Relacion a paciente)