

ABAN CARE CLINIC LLC

GUILLERMO G. ZEGARRA, MD
2182 HWY 95
BULLHEAD CITY, AZ 86442
PHONE: 928-758-6420 / FAX: 928-758-6509

FORMA DE REGISTRO

Apellido _____ Nombre _____ Nacionalidad _____
Sexo H M Fecha De Nacimiento ___/___/___ Edad ___ Fecha de Hoy ___/___/___
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
Numero De **Tel:** _____ Numero De Celular: _____
CORREO ELECTRONICO: _____ # de Seguro Social _____
Estado Civil Soltero Casado Divorciado Separado Viudo/a Menor de Edad
Oupacion: _____ Empleador _____ Tel _____
Persona para contactar en caso de
emergencia _____ Tel _____
Si paciente es menor de edad:
Padre _____ Fecha De Nacimiento _____
Madre _____ Fecha De Nacimiento _____
Lenguaje de preferencia _____

INFORMACION DE SEGURO

(POR FAVOR DE DAR SU TARJETA DE ASEGURANZA E IDENTIFICACION A LA RECEPCIONISTA)

Aseguranza Primaria _____ # Poliza _____ # Grupo _____
Si el paciente no es el Suscriptor de la Aseguranza por favor de proveer la siguiente informacion:
Nombre del Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS _____
Relacion al Paciente _____

Aseguranze Secundaria _____ #Poliza _____ #Grupo _____
Si el paciente no es el Suscriptor de la Aseguranza por favor de proveer la siguiente informacion:
Nombre del Suscriptor _____ Fecha de Nac. _____ SS _____
Relacion al paciente _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACION QUE EH PROVISTO ES CORRECTA AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO

Firma: _____ Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

TESTAMENTO DE SALUD

A COMPLETADO USTED UN TESTAMENTO VITAL O DIRECTIVA AVANZADA CON RESPECTO AL TRATAMIENTO MEDICO QUE DESEA RECIBIR USTED?: SI _____ NO _____
EN CASO AFIRMATIVO, SIRVASE PROPORCIONAR A NUESTRA OFICINA UNA COPIA DE DICHO DOCUMENTO.

Consentimiento al acceso de la información de salud protegida: los siguientes son los familiares o representantes a quienes podemos divulgar su información protegida de la salud, tales como, pero sin limitarse a, comprobar resultados, recordatorios de citas, cuestiones de pago, determinación de beneficios y cobertura de los servicios. Indicar las restricciones sobre el tipo de accesos a realizarse:

Nombre: _____ Relacion _____
Nombre: _____ Relacion _____

Da permiso a Aban Care Clinic de dejar mensajes detallados en su telefono sobre sus citas perdidas Sus Citas, referimientos, y sus biles? SI _____ NO _____ INICIALES _____ Si asi es, es su Responsabilidad de dejarnos saber si hay algun cambio en su numero de telefono.

Reconosimiento de Recibimiento de Practicas de Privacidad: Yo eh recibido una copia de Aban Care de sus Practicas de Privacidad, que describe como usaran mi informacion de salud protegida, ciertas restricciones en el uso y divulgación y derechos que pueda tener con respecto a mi información de salud protegida. **Iniciales:** _____

Aseguranza: Entiendo que mi seguro se factura como una cortesía y reconozco que soy economicamente responsable de Todos los cargos sean o no cubiertos por mi aseguranza. Si es necesario mandar mi cuenta colecciones consiento en pagar todos los gastos incluyendo gastos de abogado. Autorizo la liberacion de information concerniente mi/hijo informacion medica, consejos y tratamiento proporcionado con el proposito de la evaluacion y administracion de reclamaciones para beneficio del seguro. Autorizo el pago beneficios medicos a Aban Care Clinic LLC. **Iniciales:** _____

SI TIENE BALANCE NOS DA PERMISO DE MANDARLE SU BIL POR CORREO ELECTRONICO? SI _____ NO _____ INICIALES _____ CORREO ELECTRONICO _____

Citas Perdidas: Entiendo que si no llamo y notifico al personal de Aban Care Clinic de mi cancelacion 24horas ANTES de mi cita, se me prodra cobrar \$25.00. Para los pacientes con AHCCCS se le notificara seguro y ellos podran tomar medidas disciplinarias contra mi. Llamare lo mas pronto posible
Iniciales: _____

Ultimo Examen: _____ Rason Por su Visita: _____

*******ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO? NO SI (SI ES SI, POR FAVOR ESPLIQUE)**

Lista de todos los medicamentos/vitaminas o suplementos que toma y su dosis (Ponga ninguno si no toma nada)SI NO TIENE CAMPO PARA ESCRIBIR TODOS SUS MEDICAMENTOS POR FAVOR DE DARNOS UNA LISTA SEPARADA DE TODAS SUS MEDICINAS

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____
5. _____

Farmacia de Preferencia _____

HISTORIAL FAMILIAR

Mama: Viva ___ Fallecida ___ Salud Actual: _____ Padre: Vivo ___ Fallecido ___ Salud Actual: _____
De Hermanos: _____ Salud: _____ # de Hermanas: _____ Salud Actual: _____
Nombre de Esposo/a _____ Salud Actual _____ Cuantos Hijos Tiene: _____

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

ENFERMEDADES QUE SE AN PRODUCIDO EN SUS PARIENTES CONSANGUINEOS:

CANCER__DIABETIS__TENDENCIA DE SANGRADO__ENFERMEDAD RENAL__
TUBERCULOSIS__PROBLEMA DE CORAZON__ACCIDENTE CEREBROVASCULAR__
ALTA PRESION__ALERGIAS__ OTRO _____

HISTORIA MEDICA

POR FAVOR DE MARCAR SOLO LAS CONDICIONES QUE LE APLICAN A USTED

<u>GENERAL</u>	<u>CARDIOVASCULAR</u>	<u>PIEL</u>	<u>GASTROINTESTINAL</u>	<u>DOLOR</u>
ESCALOFRIOS	DOLOR DE PECHO	MORETES	FALTA DE APETITO	BRAZOS
DEPRESION	ALTA PRESION	COMEZON	INCHAZON	CADERAS
ANSIEDAD	BAJA PRESION	SALPULLIDO	ESTREÑIMIENTO	ESPALDA
MAREO	LATIDO IRREGULAR	VERRUGAS	DIARREA	PIERNAS
DESMAYO	MALA CIRCULACION	LLAGA/ULCERA	SED EXCESIVA	PIES
OLVIDADIZO	TOBILLOS HINCHADOS	<u>URINAL</u>	GAS	CUELLO
JAQUECA	VENAS VARICOSAS	SANGRE EN ORINA	INDIGESTION	HOMBROS
SIN SUEÑO		ORINA FRECUENTE	NAUSIA	MANOS
PERDIDA DE PESO		INCONTINENCIA URI	DOLOR DE ESTOMAGO	
ENTUMECIMIENTO		DOLOR AL ORINAR	VOMITO	

CONDICIONES QUE TIENE O A TENIDO

SIDA	APENDICITIS
ARTRITIS	ASMA
EMORRAGIAS	ULCERA
CANCER	CATARATAS
DEP QUIMICA	VARICELA
DIABETIS	ENFISEMA
EPILEPSIA	GLAUCOMA
PROB DE CORAZON	HEPATITIS _____
HERPES	COLESTEROL ALTO
PROB DE RIÑON	ENF. DE HIGADO
SARANPION	MIGRAÑAS
ESCLEROSIS MULTIPLE	PAPERAS
MARCAPASOS	PROB DE PROSTATA
NEUMONIA	POLIO
FIEBRE REUMATICA	ESCARLATINA
CEREBROVASCULAR	PROB. TIROIDES
TUBERCULOSIS	ENFERMEDAD VENERIAL

OJOS, OIDOS, NARIZ

SANGRADO EN ENCIAS
VISION BORROSA
OJOS CRUSADOS
DIFF EN TRAGAR
VISION DOBLE
DOLOR DE OIDO
FIEBRE
RONQUERA
PERDIDA AUDITIVA
SANGRADO DE NARIZ
TOS PERSISTENTE
CHIFLIDO EN OIDOS
SINUSITIS
DESTELLOS DE VISION

HOMBRES SOLAMENTE

PROBLEMAS DE ERECCION
MASA EN TESTICULOS
DESCARGA EN PENE
LLAGAS EN PENE
MUJERES SOLAMENTE
ABNORMAL PAP
ABNORMAL SANGRADO
MASA EN PECHOS
REGLA DOLOROSA
CALORES
DESCARGA DE PECHOS
COPULA DOLOROSA
DESCARGA VAGINAL
ULTIMO PAP _____
ULTIMO MAMO _____

HISTORIAL DE CIRUGIAS:

HISTORIA SOCIAL Si no le aplica a usted marque aqui

Fuma? _____ Cuantos por dia? _____ Toma alcohol? _____ Cuanto por semana? _____
Usa drogas? _____ Hace ejercicio? _____ Cuanto por semana? _____ Come saludable? _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACION QUE EH PROVISTO ES CORRECTA AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

FIRMA DE PACIENTE/GUARDIAN _____ **FECHA** _____

FIRMA DE PERSONAL _____ **FECHA** _____