

Family Care Clinic of Western Kansas, LLC

Informacion de Paciente				
Apellido del paciente:		Nombre del paciente:		Inicial Media:
Direccion:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Numero de telefono de (casa): () -		Numero de telefonode (celular): () -		Numero de telefono de (trabajo): () -
Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: M F	Estado Civil: (Marque Uno) soltero/a casado/a divorcido/a viudo/a	
Numero de seguro social: - -	Nombre de Empleador:	Direccion y Numero de telefono de Empleador:		
Estado de Empleo: (Marque Uno) Estudiante Tiempo Completo/ Medio Desempleo Ama de Casa Retirado			Ocupación:	
Raza: (Marque Uno) Blanco Negro Am. Indio Hispano Asiático Other Negar			Etnicidad: (Marque Uno) Hispano / Latino No Hispano / Latino	
Si paciente es un menor:		Preferencias de Idioma:(Marque Uno) Inglés Español		
Nombre de Padre/ Guardian:		Relacion al paciente:		

En Caso de Emergencia				
Nombre de contacto de Emergencia:		Relacion al paciente:	Numero de Casa: () -	Numero de Trabajo: () -
Direccion:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

Informacion de Aseguranza			
Nombre de Aseguranza Primaria:	Nombre del Asegurado:	Numero de Seguro Social: - -	Fecha de Nacimiento: / /
Relacion de paciente al Asegurado: si mismo esposo/a hijo/a otro; porfavor especifique: _____			
Nombre de Aseguranza Secundaria: (si aplica)	Nombre del Asegurado:	Numero de Seguro Social: - -	Fecha de Nacimiento: / /
Relacion de paciente al Asegurado: sí mismo esposo/a hijo/a otro; porfavor especifique: _____			

Otra Informacion		
Nombre de Farmacia:	Direccion de Farmacia:	Numero de telefono de Famacia: () -
Como se entero de esta clinica o Quien lo refirio?		

Responsable de Cuenta (Guarantor)				
El garantizador es la persona responsable por la cuenta del peciente. Si el paciente es responsable por su propia cuenta por favor continue al la siguiente seccion, Si el paciente es un menor (Menos) de 18 anos de edad), el padre o guardian usalmente es el garantizador del paciente.				
Apellido de garantizador:		Nombre del garantizador:		Inicial Media:
Direccion del garantizador si es diferente al paciente:		Cuidad:	Estado:	Codigo Postal:
Numero de garantizador: () -	Relacion al paciente:	Fecha de nacimiento de garantizador: / /	Numero de seguro social de garantizador: - -	

Family Care Clinic of Western Kansas, LLC

Nombre de paciente: _____	Fecha: / /
----------------------------------	-----------------------

Condiciones:

Asido diagnosticado con alguna de estas condiciones? (Marque todas las que aplican)

<input type="checkbox"/> Alta Presion <input type="checkbox"/> enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Alto Colesterol <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiatricos <input type="checkbox"/> Diabetes (tipo 1 o tipo 2?) <input type="checkbox"/> Cancer (Que tipo? _____) <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazon (Que Clase? _____)
---	--

Marque y de la fecha si a tenido uno de estos:

Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Vacuna de la influenza _____ <input type="checkbox"/> Colonoscopia _____ <input type="checkbox"/> Vacuna para pulmonia _____ <input type="checkbox"/> Colesterol _____	Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Prueba de densidad osea _____ <input type="checkbox"/> Vacuna del tetano _____ <input type="checkbox"/> Ultimo fisico _____
--	--

Hombre:

Fecha: _____
 PSA _____

Mujer:

Fecha: _____
 Ultimo Papanicolaou: _____
 Ultimo Mamograma: _____

	# de embarazos
	# de ninos

Otros Problemas

Marque si usted tiene o a tenido cualquiera de estos síntomas en las siguientes áreas a un magnitud significante.

<input type="checkbox"/> Cambios inexplicables de peso <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> Levantandose en la noche para orinar <input type="checkbox"/> necesidad frecuente de orinar <input type="checkbox"/> pérdida de control de la vejiga o goteo de la orina <input type="checkbox"/> Lunar de preocupacion <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Falta de aliento <input type="checkbox"/> Hinchazón o bultos en la mama	<input type="checkbox"/> Mala memoria o perdida de memoria <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Intolerancia al frio <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Sangre en su heces o heces negra <input type="checkbox"/> Dolor reciente de musculo o coyuntura <input type="checkbox"/> Desmayo o perdida de conciencia <input type="checkbox"/> Sed excessiva <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor
---	---

Historia Social

Tabaco: (Marque Uno) Nunca ex fumador fumador		(Marque Uno) cigarros puros pipa cigarros sin humo	
Numero de anos:	Cantidad Diaria:	Desea dejar de fumar?(Marque Uno)	Si No
Alcohol: (Marque Uno) Nada Cerveza Vino Otro: _____			Cantidad Semanal:
Utiliza drogas ilegales? (Marque Uno) Si No			
Haces Ejercicio regular? Si No		Que tipo de Ejercicio?	

Incluya cualquier cirugía que haya tenido y las fechas

Fecha:	Cirugia:	Fecha:	Cirugia:

Nombre de paciente: _____ Fecha: / /

Lista todos los medicamentos que esta usando incluyendo recetados, inhaladores, sin receta, herbas medicinales, etc.

Nombre de medicamento:	Dosis:	Frecuencia:

Alergias a medicamentos:

Nombre de medicamento:	Reaccion que tuvo:

Historial de Salud Familiar

Por favor, marque todas las que correspondan	Historial de Salud Familiar											Vivir? ¿A qué edad?			
	Enfermedad coronaria	Ataque del Corazón	Derrame cerebral / CVA	Presión arterial alta	Colesterol Alto	Diabetes - Tipo 1 o 2?	Enfermedad de la Tiroides	Alcoholismo	Depresión	Cáncer de Mama	Cáncer Colorrectal	Otro Cáncer	Otro: (especificuese)		
Padre															
Madre															
Hermano(s)															
Hermana(s)															
Abuela Materna															
Abuelo Materno															
Abuela Paterna															
Abuelo Paterno															
Tías o Tíos Maternos															
Tías o Tíos Paternos															

Cualquier otra información pertinente que le gustaría haber incluido en su expediente? _____

Family Care Clinic of Western Kansas, LLC

Solicitud del Paciente de Family Care Clinic of Western KS, LLC para divulgar información confidencial

A menos que usted nos proporciona con el permiso en este formulario, no podemos dar a los miembros de su familia o amigos la información sobre sus visitas a nuestra clínica. Por favor, háganos saber si usted desea que otros se incluyan en su atención médica. Una palabra de advertencia - una vez que demos una información, no tenemos control sobre si la persona va a mantener esa información privada. ¡Gracias!

Identifique a los miembros de la familia o demás nombres abajo, que pueden hablar de sus problemas de salud con nosotros. Por favor, verificar cualquier / todos los problemas personales que se pueden discutir con nosotros.

Nombre	Relacion					

Salud Mental / Trastornos Psiquiátricos (como la depresión)

La dependencia química (el abuso de drogas y / o alcohol / tratamiento)

La información sobre el embarazo

Virus del VIH / SIDA

Enfermedades Transmitidas Sexualmente

Nos pondremos en contacto con usted en su dirección y número de teléfono (s) en la primera página de este formulario.
 ¿Quieres que dejemos correos de voz sobre los resultados de laboratorio, citas o instrucciones detalladas? (Circule uno)
 SÍ NO

Su firma aquí da su consentimiento legal para todo lo que solicitó o no solicitó en esta página

Nombre de Paciente: _____ fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Firma del Paciente o Guardián Legal: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Relación con el paciente (si no es el paciente): _____

Nombre Impreso: _____

¿Usted tiene una Directiva Avanzada, testamento vital o poder notarial duradero para decisiones de atención de salud? (Marque Uno)
 Sí No (En caso afirmativo, por favor proporcione la oficina con él por lo que una copia puede ser colocado en su carta.)