

Dr. Malcolm P. Dulock
319 Canton Highway
Cumming, GA 30040

Fecha: _____
Nombre: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Codigo postal: _____
Numero de telefono (casa): _____ (trabajo): _____
Numero de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: M / F Edad: _____ Estado matrimonial: _____

Nombre de su esposo/a: _____ Fecha de nacimiento: _____
Numero de telefono (casa): _____ (trabajo): _____

Lugar de empleo: _____ Ocupacion: _____
Direccion: _____

Nombre de familiares o amigos quienes son nuestros clientes:

Direccion local: _____
Referido por: _____

Alergias: _____

Persona Responsable por los Pagos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Direccion: _____

Numero de telefono (casa): _____ (trabajo): _____

Historia Gynecologica

Edad cuando empecé la menstruación: ___ Frecuencia: _____ Duración: _____

Número de embarazos: _____ nacimientos: _____ abortos: _____

Sangrado anormal : si / no describe: _____

Fugas de orine (?) : si / no describe: _____

Dolor de pelvis: si / no describe: _____

Aprobación de gestación anormal: si / no describe: _____

Papanicolau anormal: si / no describe: _____

Por favor describe todas cirugías con las fechas:

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

Otras hospitalizaciones (sin cirugía):

Vacunas y Exámenes

Ud. ha sido vacunado en contra de

Hepatitis B si / no fecha: _____

Pneumonia si / no fecha: _____

Flu si / no fecha: _____

Tetano si / no fecha: _____

Otras: _____ fecha: _____

Cuando fue su último/a

Papanicolau: _____ Examen de seno: _____

Análisis de heces: _____ Mamografía: _____

Análisis de colesterol: _____ Examen de Prostata: _____

Historia Médica Familiar

Algún familiar suyo/a padece (?) de

Enfermedad Familiar y edad

Cáncer _____

Stroke (ataque cerebrovascular) _____

Presión alta _____

Enfermedad mental _____

Enfermedad cardiovascular _____

Alcoholismo _____

Diabetes _____

Glaucoma _____

Enfermedad de sangrado _____

Otras: _____

Informacion sobre su plan de seguro

Recibimos pagos a la hora de los servicios. Gracias.

Seguro Primario: _____

Nombre del asegurado: _____

Numero de Seguro Social: _____

Numero de identificacion o numero de polisa: _____

Grupo: _____

Seguro Secundario: _____

Nombre del asegurado: _____

Numero de Seguro Social: _____

Numero de identificacion o numero de polisa: _____

Grupo: _____

Historia Clinica

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M / F Edad: _____

Alergias

Ud. tiene algun alergia a medicamentos o otras sustancias? Si / No

Medicamento/Sustancia	Reaccion
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicamentos

Cuales son las medicinas que usted toma diariamente?

<u>Nombre</u>	<u>Dosificacion</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor marque con un "x" si usted ha tenido problemas con, o si padece actualmente de, cualquier de los siguientes.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presion alta | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cambios en evacuaciones |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hemorroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad en la vesícula |
| <input type="checkbox"/> Dificultad respirando | <input type="checkbox"/> Perdida/Aumento de peso inesperados |
| <input type="checkbox"/> Tobillos inchados | <input type="checkbox"/> Hepatitis / ictericia |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o cuello |
| <input type="checkbox"/> Orinando muy frecuentemente | <input type="checkbox"/> Enfermedad en los riñones |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Cálculos renales (?) |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dificultad orinando |
| <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Dificultad para orinar |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Dolor en los senos |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Dolor en la parte inferior de la columna |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad en la piel |
| <input type="checkbox"/> Dolor de estomago | <input type="checkbox"/> Desorden de sangre |
| <input type="checkbox"/> Indigestion | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Depresion |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Anemia |
| | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |

Prevención (opcional)

- Usa un cinturon? Si / No Si no, porque? _____
- Fuma Cigarros/Cigarillos? Si / No Cuantos? _____
- Bebe Alcohol? Si / No Cuanto? _____
- Toma Café? Si / No Cuanto? _____
- Bebe Te Si / No Cuanto? _____

Tiene usted armas en la casa? Si / No

Estan fuera del alcance de los niños? Si / No

Usa drogas? Si / No

Ha pasado algo o ubo algun momento cuando estuviste al riesgo de ser infectado por la Sida? Si / No Brevemente describe la situacion? _____

Quisiera tomar una prueba de la Sida? Si / No

Ha trabajado con productos químicos, pinturas, amianto, o otros materiales peligrosos? _____

Has tenido alguna relacion donde fuiste fisicamente abusado/a? _____

Alguna vez has temido a tu querido/a? _____

Tienes un testamento? Si / No Tiene usted una tarjeta de donante? Si / No

Utiliza algunos metodos anticonceptivos? _____

Firma de Paciente o Persona Responsable

Fecha

Aviso

Pagos por los servicios se recibirán antes del servicio. Con mucho gusto, le podemos explicar todos los cargos aquí en la oficina. Es su responsabilidad conocer los límites de cobertura de su plan de seguro. Si no se siente satisfecho/a con lo que su seguro cubriese y pague, por favor llame la compañía de seguro directamente.

Autorización para la Divulgación de Información Médica:

1. Autorizo que la oficina de Malcolm P. Dulock y Guillermo A. Peña y sus agentes divulgan mi información privada (incluyendo copias de mis registros médicos) cuando sea requerido por las agencias de seguro para que se puedan pagar los reclamos.

Firma del Paciente

2. Autorizo que la oficina de los doctores Dulock y Peña divulga información sobre mis visitas y diagnósticos con:

Esposo/a

Guardián

Otra persona

Firma del Paciente

3. Autorización para el tratamiento de los menores de edad:
Permito que mi hijo/a sea examinado, submitido a análisis de sangre o radiografías, y reciba tratamientos en la oficina de los doctores Dulock y Peña.

Firma de padre, madre, o guardián

4. Autorizo que los doctores Dulock y Peña me examinen, extraigan sangre, tomen radiografías y rindan tratamientos.

Firma del paciente

5. Almacenamiento de sus Reclamos:
Reconozco que después que mi seguro haya sido verificado, mis reclamos serán enviados a la compañía de seguros para colección. Es mi responsabilidad asegurar de que los reclamos sean pagados dentro de 30 días. (Nota: Si el seguro paga algún servicio que ya fue pagado por el paciente, el dinero inicialmente pagado por el paciente se le devolverá al paciente.)

Firma del Paciente

- El paciente irrevocablemente asigna los beneficios y los asentamientos de su seguro a la consulta de los doctores Dulock y Peña por sus servicios médicos, siendo en la oficina, en un hospital, o en cualquier otro local.
- El paciente entiende que los cargos debidos al Dr. Peña o al Dr. Dulock serán pagados por el paciente cuando indique la oficina de los médicos Dulock y Peña. Si los cargos no se pagan a tiempo, la consulta puede cobrarle interés al paciente sobre el balance que le quede por pagar. El paciente también será responsable por tasas judiciales, si se hace necesario ir a la corte para reclamar la cantidad debido por el paciente.
- Pacientes que se ven bajo el seguro "Medicare" dan la garantía que han dado información correcta al la oficina de los médicos Dulock y Peña bajo el Titulo XVII, y autoriza que tal información se use para coleccionar los pagos debido a los médicos por sus servicios. Con su firma abajo, el paciente certifica que sus beneficios deben ser utilizados para pagar sus consultas y tratamientos y que ha recibido el documento titulado "A Message from Medicare."
- Pacientes que se ven bajo el seguro "Medicaid" dan la garantía que han dado información correcta al la oficina de los médicos Dulock y Peña bajo el Titulo XIX, y autoriza que esa información se use para coleccionar los pagos debido a los médicos por sus servicios. Con su firma abajo, el paciente certifica que sus beneficios deben ser utilizado para pagar sus consultas y tratamientos.
- El paciente o el representante del paciente entiende lo que esta firmando y/o ha pedido aclaración de las explicaciones de servicios escritas aquí. Legalmente, el representante tiene permiso para firmar por el paciente y, con su firma, autoriza que el paciente sea tratado por los médicos Dulock y Peña de acuerdo a los términos descrito aquí. El paciente se compromete a indemnizar a los médicos de cualquiera responsabilidad que resulte a consecuencia del representante firmar este contrato de parte del paciente.

Derechos y Póliza de Privacidad

- Con mi firma, reconozco que recibí una copia de la póliza de privacidad y declaro que toda mi información esta correcta y que si se encuentra que he mentido en mi contrata con los médicos Dulock y Peña, yo podría ser procesado/a criminalmente.
- Entiendo que el profesional quien me trate esta dependiendo de la información mía, documentado en mi historia medica o dicho por mi o mis familiares autorizados por mi a representarme. Por eso, garantizo que he dado una historia médica correcta y completa.

Firma del Paciente / Representante Autorizado

Fecha