

GASTROENTEROLOGY

MRN: _____

C.T HUNG., M.D & KATHLEEN LAUREL PA-C REGISTRACION DE PACIENTE

Fecha : ____ / ____ / ____

★Information del Paciente:

Apeido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Masculino Femenino Seguro Social #: ____ - ____ - ____
Domicilio: _____ Apt/Ste #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
TELEFONO ☎#: ____ - ____ - ____ CELLULAR ☎#: ____ - ____ - ____
Empleo o Escuela del Paciente: _____ Ocupasion: _____ Trabajo#: _____
Estado Matrimonial: S M D W Idioma: _____ Rasa _____ Ecnesidad _____
E-Mail Address: _____

★Informasion de Aseguransa: Por favor de entregar su trajeta y identificasion a la recepcionista Gracias!

Nombre de Aseguransa: _____ ID#: _____ Grupo: _____
Nombre del asegurado (si es diferente del paciente): _____ Relacion: _____
Fecha de nacimiento del asegurado principal : ____ / ____ / ____
Seguro Social del asegurado principal #: ____ - ____ - ____
Segunda Aseguransa: _____ ID#: _____
Nombre del asegurado: _____ Grupo #: _____

★EMERGENCY CONTACT:

En caso de una emergencia a quien le gustaria que contactaramos?

Nombre: _____ Relacion: _____ ☎#: _____
nombre: _____ Relacion: _____ ☎#: _____

Le da permiso a nustra oficina de ablar con sus familiares sobre su estado de salud? SI NO

Porfavor de darnos el nombre: _____ Relacion: _____ ☎#: (____) ____ - ____

Podemos dejar informacion perosnal en su correo de voz? SI NO

★Farmacia Preferida: PORFAVO DE INFORMARNOS DE LA LOCACION (CALLES DE LOCACION)

★Quien es su doctor primario: Dr. _____ ☎#: (____) ____ - ____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Apeido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Cual es la razon de su visita el dia de hoy? _____

A echo estudios medeicos para la razon que vien hoy (laboratorios, x-rays, ct, o mri)? YES NO

★ **Lista Medicamentos:** Por favor de anotar rodos los medicamentos recetados / sin receta, vitaminas, anto conceptivos, hierbas, medicamentos para bajar de paso. Si no esta tomando medicamentos. Por favor de anotarlo en abajo. Por favor de no dejar lo vacio!

<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Not es tomando medicamentos

★ **Alergias :** Por favor de anotar cual quier alergia a un medicamento / comida / latex o ingrediente!

★ **Historial Medico:**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazon | <input type="checkbox"/> Coagulacion (sangrado) | <input type="checkbox"/> Fumar _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazon | <input type="checkbox"/> Cancer _____ | <input type="checkbox"/> Ultima vacuna contra la neumonia
_____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> Depresion / Anxieda | <input type="checkbox"/> Ultima vacuna de la gripa
_____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Examen de la ultima mamografia ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Problema del Igado | <input type="checkbox"/> Ultimo examen papanicolau ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Embolio | <input type="checkbox"/> Problema de Tiroides | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Constipasion | |
| <input type="checkbox"/> Reflujo Acido | <input type="checkbox"/> Diarrhea | |

★ **PROCEDURE HISTORY:**

<i>Procedimiento/Cirurgia</i>	<i>Fecha</i>	<i>Resultados y Persona responsable del procedimiento</i>
Colonoscopia		
Endoscopia		
Otro:		

Historia Familiar	Cancer de Colon SI NO	Cancer de mama SI NO	Esofágo / cancer de estomago SI NO
Padre (Vivo / Fallecido)			
Madre(Viva / Fallecido)			
Hermano/Hermana (Viva / Fallecido)			

C.T. Hung, MD & Kathleen Laurel, P.A.-C
Gastroenterology & Internal Medicine

629 N. 13th Ave.
Upland, Ca 91786
(909) 985-2709

Yo entiendo que cualquier procedimiento medico hecho por C.T. Hung MD o Kathleen Laurel P.A.-C. mi aseguranza, empiado o cualquier otro pagador pueda tener restricciones en el reembolso cualquier procedimiento medico hecho por C.T. Hung MD o Kathleen Laurel P.A.-C esta restricciones pueden incluir pre certificacion, uso de siertas locaciones, frecuencia de estudios, servicios no cubiertos, deductibles, copagos y otros requisitos. Yo entiendo que es mi responsabilidad de cumplir consiertas restricciones yo personalmente sere responsable de cualquier cargo que no sea pagado por mi compania de aseguransa o otro pagador.

Yo certifico que toda mi informacion dada sobre mi aseguranza y pagos es correcta. Yo entiendo quees MANDATORIAMENT de notificar a C.T. Hung, MD o Kathleen Laurel P.A.-C o cualquier otra persona que sea responsable de pagar mis gastos medicos (Section 1128B de Social Security Act y 31 U.S.C, 3801-3812 dara penalidades por no dar la informasion). Yo certifico que toda la information dada para cobra a mi aseguransa o otros pagadores es correcta. Yo entiendo que los pagadores tienen tiempo limitado para mandar los pagos y dar informacion correcta o incompleta que resultaria en pagos negados por los cuales yo sere personable de cubrir.

Yo autorizo que todos los pagos medicos que se dados por C.T. Hung MD o Kathleen Laurel P.A.-C. sean assignados, transferidos y pagados directamente a C.T Hung Yo mandare cual quier pago alquirido a C.T HUNG MD imediatamente por el momnto total de cualquier pago que mi sea asignado de mi aseguranza, empiador o pagador por procedimientos, visitas que se mi aigan dado por C.T. Hung MD o Kathleen Laurel P.A.-C.

Firma del Paciente

Fecha