

Midtown Obstetrics & Gynecology

4600 Hale Parkway, Ste. 400

Denver, CO 80220

Bienvenidos a Nuestra Oficina Favor de Completar Todas Las Secciones

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telefono de Casa: _____ Celular: _____ Empleo: _____

Numero de Seguro Social: _____ Empleador: _____ Telefono de Empleador: _____

Esposo/Pareja: _____ Empleador: _____ Telefono de Empleador: _____

Persona Responsable Por la Cuenta:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telefono Casa: _____ Celular: _____ Empleo: _____

Aseguranza: Favor de Llenar Todas Las Secciones:

Aseguranza Primaria: _____ Aseguranza Secundaria: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad, Edo., C.P.: _____ Ciudad, Edo., C.P.: _____

Telefono: _____ Telefono: _____

de Poliza: _____ # de Poliza: _____

de Grupo: _____ # de Grupo: _____

Empleador: _____ Empleador: _____

Contacto de Emergencia: (Identifique una persona que no vive con usted)

Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____

Consentimiento Para Recibir Resultados de Exámenes: Yo, autorizo a los doctores de Midtown Obstetrics & Gynecology, PC de dejar los resultados de exámenes, laboratorio, radiografías y otra información importante sobre mi salud y instrucciones medicas en el:

Buzon de Voz de Casa Buzon de Voz del Trabajo Otro _____ Favor de no dejar mensaje

Como paciente de Midtown Obstetrics & Gynecology, PC reconozco y estoy de acuerdo que recibi una copia de las Notas del acto de Privacidad del Paciente. Yo, autorizo a Midtown Obstetrics & Gynecology, PC de dar información medica para recibir pagos de beneficios y poder procesar reclamos de servicios necesarios.

Como paciente de Midtown Obstetrics & Gynecology, PC estoy de acuerdo que soy responsable por los pagos que mi aseguranza no cubre, copago, deducible de aseguranza o cual quier otro tipo de pago.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____

Firma del Paciente: _____ Telefono: _____

HISTORIA PERSONAL DE SU SALUD

Favor de completar la hoja. Toda la información es confidencial.
Este formulario debe ser actualizado cada año por petición del medico. Gracias.

Nombre _____ Apodo _____
Fecha de hoy _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

HISTORIA MENSTRUAL:

Fecha de su ultimo período: _____ ¿Fue normal? _____ ¿Cuántos días dura su período? _____
¿Cuántos días del comienzo de un período hasta el comienzo del proximo período? _____
¿Tiene problemas con su período? _____ No _____ Sí ¿Cuáles? _____
¿Tomas hormonas? _____ No _____ Sí ¿Cuáles? _____
Fecha de último Papanicolao: _____ ¿Ha tenido un papanicolao anormal? _____ No _____ Sí ¿Cuando? _____

HISTORIA DE EMBARAZO: Número total de embarazos (incluyendo este): _____

Cesáreas _____ # de niños viviendo _____ Abortos provocados _____ Abortos naturales _____ Ectópicos _____ Muertes fetal _____
¿Esta usted actualmente esta tratando de concebir? _____ No _____ Sí ¿Por cuanto tiempo? _____
¿Esta usted embarazada? _____ No _____ Sí

HISTORIA SEXUAL: ¿Es usted activa sexualmente? _____ No _____ Si

¿Es su pareja _____ Masculino o _____ Femenina? ¿Cuántas parejas a tenido durante el año pasado? _____
¿Alguna vez has tenido una infección de transmisión sexual? _____ No _____ Sí ¿Cuále(s)? _____

HISTORIA ANTICONCEPTIVA:

¿Qué método(s) de anticonceptivo esta utilizando actualmente? _____ ¿Cuanto tiempo a estado utilizando? _____
¿Tiene alguna problema con su método(s) ? _____ No _____ Sí _____ ¿Cuáles? _____
¿Quiere usted anticonceptivos hoy? _____ No _____ Si ¿Cuáles? _____

HISTORIA MEDICA PERSONAL: Ningún cambio desde sú última visita (pacientes existentes) _____

Proporcione una lista de sus cirujías: _____
Proporcione una lista de sus problemas médicos (incluyendo el asma, el tiroides, la hipertension, etc.): _____

¿Esta tomando algún medicamento con receta o suplementos? ¿Cuáles? _____

¿Toma un suplemento a diario de calcio? _____ No _____ Sí
¿Es usted alérgico a alguna medicina? _____ No _____ Sí ¿Cuáles? _____

HISTORIA FAMILIAR:

¿Alguno de sus parientes de sangre tienen problemas médicos? _____ No _____ Sí ¿Cuáles? _____
¿Tienen historia familiar de: _____ Cáncer de Ovario _____ Cáncer de Seno _____ Cáncer del Colon
_____ Enfermedad de Tiroides _____ Enfermedad del corazón

HISTORIA SOCIAL: Usted:

¿Fuma? _____ No _____ Sí, ¿Cuántos? (diario/por semana) _____ ¿Cuántos años? _____
¿Bebe alcohol? _____ No _____ Sí ¿Cuántos? (diario/por semana) _____ ¿Cuántos años? _____
¿Utiliza drogas recreativas? _____ No _____ Sí ¿Qué y con qué frecuencia?(diario/por semana) _____

MEDICO ACTUALIZA: ¿Ha tenido usted?

¿Mamografía en el último año? _____ No _____ Sí
¿Prueba de glucosa en los últimos 3 años? _____ No _____ Sí
¿Colonoscopia? _____ No _____ Sí
¿Cuándo fue su última vacuna de tetanus? _____ Fecha _____
¿Proyección de la densidad ósea? _____ No _____ Sí
¿Prueba de la tiroides en los últimos 5 años? _____ No _____ Sí
¿Prueba de colesterol en los últimos 5 años? _____ No _____ Sí

¿Tiene algún problema específico que usted quiere discutir hoy? Por favor especifique.
