

Historia del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Cual es el motivo principal de su visita? _____

Cómo supo de nosotros? _____

Doctor Primario: _____ Tel: _____ Fax: _____

Alergias (medicamento y reacción): _____

Estado Civil: Soltero(a)_ Casado(a)_ Divorciado(a)_ Viudo(a)_ Separado(a)_

Cuantos hijos(as) tiene: _____

Ocupacion: _____

Fuma? Si ___ No ___ Si fuma, cuántos paquetes al día? ___ Por cuánto tiempo? _____

Si dejo de fumar, Hace cuanto? _____

Toma bebidas alcoholicas? Si ___ No ___ Si toma alcohol, Con qué frecuencia toma? _____

Si dejo de tomar alcohol, Hace cuanto? _____

Ha tenido problemas con uso de drogas? _____

Hace ejercicio? _____ minutos por día _____ veces a la semana

Embarazos: ___ Cesáreas: ___ Cuántos hijos nacidos?: _____

Último período menstrual: _____ Último PAP _____

Exámenes: Liste los últimos exámenes hechos, fecha y resultados

Mamograma: ___/___/___ Resultado: _____

Densitometria Osea: ___/___/___ Resultado: _____

Examen dental: ___/___/___ Resultado: _____

Ultrasonido de Tiroides: ___/___/___ Resultado: _____

Vacuna para resfriado común (Flu): ___/___/___ Alguna reacción? Si ___ No _

Vacuna para neumonia: ___/___/___ Alguna reacción? Si ___ No _

Toma Aspirina diaria? Si ___ No ___ Efectos adversos _

Cuantos dias de medicamentos prefiere? 30 dias ___ 90 dias _

COMPLETE LO SIGUIENTE SI TIENE DIABETES

Cuando fue diagnosticado con diabetes? _____

Ultimo examen visual: ___/___/___

La diabetes le ha afectado la vista? Si ___ No ___ Ha tenido terapia láser? Si ___ No _

Último examen de pies: ___/___/___

Tiene neuropatia? Si ___ No ___ No se _

Ha tenido exámenes de conducción nerviosa? Si ___ No ___ Resultados: _____

Tiene problemas renales? Si ___ No ___ No se

Tiene proteína en la orina? Si ___ No ___ No se _

Tiene problemas de circulación? Si ___ No ___ No se

Conoce su ultimo A1c? Si ___ Valor ___ No ___ No se _

Ha asistido a una clase de educación para diabetes? Si ___ No ___ No se

Sigue su dieta? Si ___ No ___ Intenta _

Chequea su glucosa en casa? Si ___ Frecuencia ___ No _

Tiene reacciones de glucosa baja? Si ___ Frecuencia ___ No _

Que Glucometro usa? _____

Firma: _____

Fecha: _____

Historia del Paciente

Condiciones	Si	No	Condiciones	Si	No	Condiciones	Si	No
GENERAL			CARDIOVASCULAR			NEUROLOGICO		
Perdida de apetito			Dolor de pecho			Debilidad/Parálisis		
Pérdida de peso			Palpitaciones			Dificultad al caminar		
Ganancia de peso			Poca tolerancia a ejercicio			Perdida de memoria		
Fatiga			RESPIRATORIO			Temblor		
Insomnia			Falta de aliento			PSIQUIATRICO		
Debilidad general			Tos			Depresion		
Otros:			Dificultad para respirar			Stress elevado		
ENDOCRINO			GASTROINTESTINAL			Cambios de humor		
Sed excesiva			Acidez			Problemas al dormir		
Sensibilidad al Frío			Nausea			PIEL		
Sensibilidad al Calor			Vomito			Erupciones		
Orina excesiva			Dolor abdominal			Ulceras		
Calores			Diarrea			Hematomas		
Otros:			Constipacion			Pelo excesivo		
OJOS			URINARIO			Pérdida de pelo excesiva		
Perdida de vision			Sangre en la orina			GENITAL (HOMBRES)		
Vision disminuida			Orina nocturna			Masa en el pecho		
Vision doble			Dolor/ardor al orinar			Dificultad erectil		
Ojos Brotados			EXTREMIDADES			GENITAL (MUJERES)		
Otros:			Piernas inflamadas			Descarga en el pezón		
ENT			Sensibilidad disminuida			Masa en el pecho		
Problema para escuchar			Entumecimiento			Disfuncion sexual		
Mareos			Hormigueo			Cambios en el periodo		
Cambios de voz			Calambres			Ultimo periodo:		
Dificultad para tragar			Dolor al caminar					
Otros:			MUSCULOESQUELETICO					
CUELLO			Dolor articular					
Masa en cuello			Dolor de espalda					
Inflamacion			Pérdida de fuerza					
Dolor								
Otros:								

Firma: _____

Fecha: _____



213 S. Dillard St., Suite 240
Winter Garden, FL 34787
Ph: 407.409.8067 Fax: 407.409.8068
myendocrinologistmd@gmail.com

Historia del Paciente

Nombre: Fecha de Nacimiento:

Dirección: Ciudad: Estado: Zip:

Teléfono de casa: Teléfono celular:

Teléfono de trabajo: Email:

Método de comunicación preferido: Email Telefono Correo

S.S.: Estado Marital: Sexo: M or F

Ocupación: Empleador:

Farmacia preferida: Teléfono de farmacia:

Dirección:

Seguro primario: ID de miembro:

Grupo #: Dia efectivo:

Nombre de asegurado primario: DOB: Sexo: M or F

S.S.: Telefono: Relacion:

Dirección: Ciudad: Estado: Zip:

Seguro secundario: ID de miembro:

Grupo #: Dia efectivo:

Contacto de emergencia: Relacion:

Dirección: Ciudad: Estado: Zip:

Telefono:

Etnia: No hispano Hispano No especifica

Raza: Africano o Africano Americano Caucastico Nativo Hawaiano Asiatico o Asiatico

Americano Nativo Americano Otro:

Somos participantes con medicare. Si tiene un seguro complementario de Medicare que le paga al médico, no recaudaremos el 20%. Si no tiene un seguro secundario o complementario, entonces cobraremos un 20% más deducible en el momento del servicio. El pago se espera en el momento en que se presta el servicio, a menos que se haya hecho un acuerdo financiero previo a su cita. Se le entregará un recibo para que lo envíe a su compañía de seguros. Esta oficina facturara por procedimientos y hospitalización. Le garantizo a My Endocrinologist PA el pago de todos los cargos para el paciente mencionado de acuerdo con sus regulaciones y cargos. En el caso de que My endocrinologist PA decida facturar a mi compañía de seguros, por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagarles directamente todos los beneficios médicos que me corresponden según esta política. Si los servicios no están cubiertos por Medicare u otro seguro. Entiendo que seré responsable del pago, también entiendo y acepto que cualquier factura pendiente será mi responsabilidad. Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar mis reclamos a Medicare o cualquier otro seguro del que soy beneficiario, también autorizo la divulgación de cualquier registro médico de un centro externo que pueda solicitarse a la oficina. Consentimiento general para el tratamiento agradecemos que confíe su atención médica o la de un miembro de su familia a nuestra práctica. Sin embargo, necesitamos su permiso para que nuestros proveedores lo examinen, le brinden tratamientos y realicen estudios de diagnóstico según sea necesario. Si se consideran necesarios procedimientos más invasivos, se le explicarán los riesgos y beneficios de esos tratamientos invasivos. Doy mi consentimiento general para ser tratado por el médico de My Endocrinologist PA.

Firma:

Fecha:



213 S. Dillard St., Suite 240
Winter Garden, FL 34787
Ph: 407.409.8067 Fax: 407.409.8068
myendocrinologistmd@gmail.com

Historia del Paciente

AUTHORIZATION TO OBTAIN, RELEASE, OR REVIEW PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient's name: _____ Date of birth: _____

Address: _____ Phone: _____

I hereby authorize **MY ENDOCRINOLOGIST** to use and disclose to _____ or obtain from _____ or allow for review _____

Name of facility or person: _____

Phone _____ Fax _____

Address: _____

The following information contained in my medical record regarding hospitalization, care and treatment (please initial):

- | | | |
|----------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Complete records | All diagnostic test results | Pathology reports |
| Abstract of records | Consultations _ | Lab results _ |
| Therapy records | Radiology only _ | |
| Progress notes _ | Operative report _ | |

The purpose for the release of information at the request of the individual is:

Insurance _ **Legal Action** _ **Continued treatment** _ **Personal use** _

I understand that this authorization extends to all or any part of the records designated above, which may include psychiatric information, and/or genetic counseling/testing, and/or alcohol/drugs abuse, and/or AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and/or may include the results of an HIV test or the fact that test was performed. I expressly consent to the release of information as designated above unless initiated below or otherwise required by law

May NOT include information related to (please initial)

HIV/AIDS _ **Mental health** _ **Drug and/or alcohol abuse** _

Genetic counseling/testing information _

If I fail to specify an expiration event or condition, the authorization will expire in one year. I understand that this authorization is revocable upon written notice to the office where the original authorization is retained, except to the extent that action has already been taken on this authorization. I understand that my protected health information that is used or disclosed under this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and the privacy of my protected health information may no longer be protected by law. I further understand that My Endocrinologist may not condition the provision of treatment, payment, enrollment in the health plan, or eligibility for benefits on the provision of this authorization

Signature: _____

Date: _____



213 S. Dillard St., Suite 240
Winter Garden, Fl 34787
Ph: 407.409.8067 Fax: 407.409.8068
myendocrinologistmd@gmail.com

Historia del Paciente

NO SHOW FEE

**IMPORTANT NOTICE FOR ALL PATIENTS
AVISO IMPORTANTE PARA TODOS LOS PACIENTES**

Effective Immediately...

Everyday there are on average 5 patients who do not show up for their appointments. That creates a problem for other patients, who want to come in sooner and can't due to the lack of open slots on the schedule, and for the office.

This is why we will charge you a \$ 50.00 dollar no show fee for follow up and \$100.00 for new patient. If you don't call in advance to cancel or reschedule if you can't make it to your appointment.

Please be considerate with other patients and the office and call at least 24 hours in advance if you are not coming.

I understand that I will be charged for no show appointment in the amount of \$50 dollar for follow up and \$ 100.00 for new patient, this fee will be collected prior to being seen by the providers at your next scheduled appointment.

Thank you.

Todos los días hay por lo menos 5 pacientes que no vienen a su cita programada. Esto continúa creando un problema para la oficina y para los pacientes, que quieren una cita pronto y no la obtienen por falta de espacio.

Por esta razón vamos a cobrarle \$50.00 dólares para pacientes establecidos y \$ 100.00 para pacientes nuevos por faltar a su cita y no dar aviso previo de que no podía asistir.

Por favor piense en otros pacientes que necesitan su ayuda y sino puede venir avise por lo menos con 24 horas de anticipación.

Entiendo que se me cobrará \$50.00 dólares para pacientes establecidos o \$100.00 para paciente nuevo sino cancelo la cita programada con la debida anterioridad. Este valor se cobrará en su próxima cita programada antes de ver a los proveedores.

Gracias.

Print Name (nombre del paciente) _____

Patient Signature (firma del paciente) _____

Date (fecha) _____

