

# INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ Referido Por \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Coligo Postal \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ Podemos comunicarnos de esta manera? Y / N

Tel: (Casa) \_\_\_\_\_ (Cell) \_\_\_\_\_ (Biz) \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_

Seguro Medico \_\_\_\_\_ # De Poliza \_\_\_\_\_

Nombre De Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento De Asegurado \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Direccion/Tel: \_\_\_\_\_

Altura (ft) \_\_\_\_\_ Peso (lbs) \_\_\_\_\_ Ultima Mamografia \_\_\_\_\_

**Que Tipo De Cirugia Te Interesa?** \_\_\_\_\_

Enfermedades \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_

Cirugia Anterior y Fecha \_\_\_\_\_

Doctor Primario \_\_\_\_\_ Alergias de Medicamento \_\_\_\_\_ Alergia Al Latex Y / N

Has Tenido: (Comprobar "Si") Hepatitis \_\_\_\_\_ Transfusiones de Sangre \_\_\_\_\_ Sangrado Excesivo \_\_\_\_\_ Moretones Facilmente \_\_\_\_\_

Historia De: Cancer De Cenos \_\_\_\_\_ Problemos Cardiacos \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Alta Presion \_\_\_\_\_ Urina Oscura \_\_\_\_\_

Hipertermia Maligna \_\_\_\_\_ Fiebre Despues Del Ejercicio \_\_\_\_\_ Problemas Anestesia \_\_\_\_\_ Espasmos Musculares \_\_\_\_\_

Detalles: \_\_\_\_\_

Usted Tomas: Aspirina, Motrin, Advil, Etc. Regularmente? \_\_\_\_\_ Coumadin, Xarelta or Plavix? \_\_\_\_\_

Alergias: Xylo/Novocaine? \_\_\_\_\_ Sensitivo Al Epinefrina \_\_\_\_\_ Otra Medicacion \_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia? \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Entiendo que soy responsable del pago total de todos los cargos. Autorizo que el pago de los beneficios de mi seguro se pague directamente a Gary S. Berger, M.D. También autorizo al Dr. Berger a divulgar a mi compañía de seguros toda la información necesaria para el procesamiento de las reclamaciones de seguros y las apelaciones necesarias.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Recibí y revisé una copia del "Aviso de prácticas de privacidad para la salud protegida" del Dr. Berger Información "según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_