

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Nombre : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Vuido Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Información de Seguros

Principal Proveedor de Seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del Subscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Subscriptor: \_\_\_\_\_

Numero del Subscriptor: \_\_\_\_\_ Numero del Grupo: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Subscriptor: \_\_\_\_\_

Segundo Proveedor de Seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del Subscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Subscriptor: \_\_\_\_\_

Numero del Subscriptor: \_\_\_\_\_ Numero del Grupo: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Subscriptor: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Información de Referencia

Médico de Referencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_ Numero de Autorización (si es necesario): \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia

Nombre y la Relación con el Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Favor de Leer y Firmar

Yo autorizo la entrega de cualquier información médica o de otra clase necesarias para procesar las reclamaciones de pago. Yo autorizo el pago de beneficios médicos a Camino Ear, Nose & Throat Clinic, James W. Linehan, M.D., Michael T. Murray, M.D., Hussein Samji, M.D., MPH y/o Jennifer Tucker, Au.D.

Entiendo que el pago se espera cuando se presten los servicios a menos que la cobertura de seguro está en vigor. Una balanza puede quedar después de que mi compañía de seguros ha pagado. Entiendo que este balance restante es mi responsabilidad financiera.

Firmado: \_\_\_\_\_

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

Michael T. Murray, M.D.

Jennifer Grady, M.D. MPH

James W. Linehan, M.D.

Hussein Samji, M.D., MPH

Jennifer Tucker, Au.D.

Nicole Conrad, Au.D.



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia de su información de salud, con algunas excepciones. Una solicitud por escrito debe ser presentado con respecto a la información que desea ver. Si usted también quiere una copia de su historia, nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa razonable por las copias.

Usted tiene el derecho de solicitar una modificación o cambio de información sobre su salud. Usted debe presentar una solicitud por escrito para hacer cualquier cambio. Si desea incluir una declaración en su archivo, por favor pídelo por escrito. No siempre será posible hacer los cambios que usted solicita, pero de todos modos incluimos su declaración en su archivo. Si estamos de acuerdo en una modificación o cambio, no eliminaremos ni alteraremos documentos previos, pero se añade nueva información.

Usted tiene el derecho a recibir una copia de este aviso.

Si se cambia alguno de los detalles de este aviso, le notificaremos de los cambios por escrito.

Usted puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Ave., SW, Room 509F, Washington, D.C. 20201. No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

Sin embargo, antes de presentar una queja o para obtener mas información o ayuda con respecto a su privacidad de la información de salud, por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad al 408-227-6300.

Este aviso entrará en vigencia a partir del 14 de abril de 2003.

Yo reconozco que he leído y entiendo este aviso.

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

Nombre: \_\_\_\_\_

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



# Camino Ear, Nose & Throat Clinic

## INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA DE LA CITA: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

### HISTORIA MEDICAL

¿Está tomando alguna droga, medicación o vitamina?  Sí  No Si es así, ¿cuales?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Es usted alérgico a algún medicamento?  Sí  No Si es así, ¿cuales?:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido anestesia local (xylocaína o novocaína) por un dentista o un medico?  Sí  No  
Si tuvo una mala reacción, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Hay enfermedades en su familia? (Por ejemplo, enfermedad del corazón, diabetes, cáncer, Alzheimer's Parkinson's)

¿Tiene usted ahora, o ha tenido enfermedades o condiciones de: (Marque SI o NO)

#### Los Pulmones:

	SI	NO
Asma o Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rayos X Anormal del Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de Aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis/Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Cardiovascular:

Alta/Baja Presión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos de sangre (piernas, pulmones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia de la hinchazón de las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalías en el electrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos/Desfibrilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Hematológica/Metabólico:

	SI	NO
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusiones de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Gastrointestinal:

	SI	NO
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Musculoesquelético/Neurológico:

Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Otros Sistemas:

	SI	NO
Ressequedad en los Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes Correctoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Oreja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragias Nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____		

¿Alguna vez ha tenido una cirugía?  SI  NO  
Que tipo de cirugía, y cuando?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Camino Ear, Nose & Throat Clinic

Haga una lista de otras enfermedades o condiciones no especificados anteriormente:

---

**Historia Social:**

¿Bebe alcohol? SI  NO  ¿Cuántas debibas por semana? \_\_\_\_\_  
 ¿Fuma? SI  NO  EN EL PASADO  ¿Cuanto fuma usted? \_\_\_\_\_  
 Si ha fumado en el pasado, ¿cuánto tiempo Ud. fumaba, y cuando dejó de fumar? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido o ha estado expuesto al VIH (SIDA)? SI  NO   
 (Mujeres) Está embarazada?  SI  NO ¿Fecha de parto?: \_\_\_\_\_

**SINTOMAS:** Marque SI solo por los síntomas que has desarrollado.

<b>General:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Ojos, Oreas, Nariz, Garganta:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Músculos/Articulaciones/Huesos:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado de las Encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor, debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión Borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareo/Vertigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olvido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreción en el oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragias Nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Piel:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gastrointestinal:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de Apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Destellos en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio en los lunares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distensión Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halos en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios Intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Genito-Urinario:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Cicatrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llaga que no sana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orinar frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Neurológico:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Hambre Excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de control de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sed Excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad de los brazos/piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>MUJERES:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de Papanicolaou anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado entre períodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor Mamario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado Rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor menstrual extremo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dolor de Estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oleadas de calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreción del pezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vómitos de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor durante el coito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>HOMBRES:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Secreción vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tumor Mamario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dificultad de Erección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Masa en los Testículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Descarga del Pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Llaga en el Pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						