

REGISTRO

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Gerald E. Lynch MD

General Surgeon

One Erie Court, Suite 7160

Oak Park, IL 60302

Telephone: (708) 386-4487 / (708) 383-4300

Fax: (708) 386-4459

Fecha _____ Teléfono de la Casa (_____) _____ Celular (_____) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____ No. de Identif. del Paciente/SS/HIC _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Dirección _____ E-mail _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Menor de Edad
 Separado(a) Divorciado(a) Ha vivido con su pareja por _____ años

Empleador o Escuela del Paciente _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador o Escuela _____ Teléfono del Empleador o Escuela (_____) _____

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (_____) _____

SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ No. Seg. Soc. _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono (_____) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Persona Responsable Empleada por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

Compañía de Seguros _____

Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional? Sí No

Nombre del Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Paciente _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono (_____) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Suscriptor Empleado por _____ Teléfono del Empleador (_____) _____

Compañía de Seguros _____ No. Seg. Soc. _____

Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con _____ y traspaso directamente al
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros
Dr. _____ los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados.
Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las
reclamaciones que se presenten ante el seguro.

El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro
nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los
servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

Relación con el Paciente

Lista de Medicamentos

Estimado Paciente: Por favor escriba todos los medicamentos que esta tomando actualmente, incluyendo los medicamentos sin receta medica y hierbas.

Alergias _____

Historia de medicamentos registrado y verificado por:		Fecha de grabacion:	
Nombre del Medicamento	Dosis (mg, mcg)	Frecuencia	Descarga
1.			D
2.			D
3.			D
4.			D
5.			D
6.			D
7.			D
8.			D
9.			D
10.			D
11.			D
12.			D
13.			D

Marque aqui si es una adicion ala / o revision de la lista de medicamentos terminados anteriormente.

Enfermera firma y fecha: _____

Enfermera firma y fecha: _____

Enfermera firma y fecha: _____

Ha Tenido usted alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> Presion Sanguinea Alta | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Glandulas del cuello hinchadas |
| <input type="checkbox"/> Presion Sanguinea Baja | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del higado | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica |
| <input type="checkbox"/> Problmeas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Problemas de sinus |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiatrico | <input type="checkbox"/> VIH/Sida otros trastornos inmunosupresores |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea Cronica | <input type="checkbox"/> Articulaciones o Valvulas del Corazon artificiales |
| <input type="checkbox"/> Alergias a Anestias | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral | <input type="checkbox"/> Reciente Perdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Alergias a medicinas o drogas | <input type="checkbox"/> Ulcera | <input type="checkbox"/> Problmeas de la espalda |
| <input type="checkbox"/> Alergias generales | <input type="checkbox"/> Enfermedades Veneras | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Drogaadiccion | <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hemofilia | |

Cual es la razon de la visita?

Hace cuanto empezaron los malestares?

Cirugias _____ Año: _____ Nombre de Hospital: _____
Hospitalizacion: _____ Año _____ Nombre de Hospital: _____

- Uso de Alcohol: Nunca Diariamente Social Años sin tomar
Uso de Tabacco: Nunca Diariamente Social Años sin fumar

Hay alguna otra cosa que nosotros debieramos saber sobre su historia clinica?

Surgical Associates of Oak Park and River Forest

Dr. Gerald E. Lynch

1 Erie Court, Suite 7160

Oak Park, IL 60302

Formulario de reconocimiento

He recibido el aviso de prácticas de privacidad y he estado provando una oportunidad de revisarlo.

Nombre de Paciente: _____

Fecha: _____

Firma: _____
