

Información del Paciente			
Nombre del paciente	Fecha d e Nacimiento	Edad	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Preferido postal (suplente) Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Los teléfonos de contacto: ** círculo el número de teléfono que usted nos prefiere utilizar. ** Marque la casilla si está bien para dejar un mensaje.			
Teléfono de la casa <input type="checkbox"/>	Bueno para dejar un mensaje	Teléfono del trabajo <input type="checkbox"/>	Bueno para dejar un mensaje
Teléfono celular <input type="checkbox"/>		Bueno para dejar un mensaje	
Paciente E-mail Dirección	Farmacia		
Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros _____		
Número de seguro social	Número de Licencia de Conducir		
RACE			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispana	<input type="checkbox"/> Negro / afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Los indios americanos / nativos de Alaska	
ETNIA			
<input type="checkbox"/> Hispana	<input type="checkbox"/> No hispanos	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros
Estado civil			
<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado
<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho		
Empleador / Escuela		Ocupación	
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono del empleador			
Nombre del Cónyuge		Empleador del Esposo	
El nombre del médico anterior		A quien podemos agradecer por referirlo a nuestra práctica?	
¿Tiene usted un testamento en vida? Sí ____ No ____ (En caso afirmativo, por favor proporcione una copia)			
Información Responsable - Para el pago (Padre / tutor si el paciente es menor de 18 años de edad)			
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el Paciente	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	
Número de Seguro Social (a efectos del seguro solamente)			
Contacto de Emergencia			
Nombre		Relación con el Paciente	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	
Nombre del pariente más cercano (que no vive con el paciente) Relación con el paciente			
Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Teléfono celular			

Firma _____

Fecha de hoy ____ / ____ / ____

Enumere sus medicamentos con receta y medicamentos de venta libre, como las vitaminas y los inhaladores		
Nombre del Medicamento	Fuerza	Frecuencia Tomada

Las alergias a los medicamentos	
Nombre del Medicamento	Reacción Que Tuvo

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son opcionales y se mantendrá estrictamente confidencial

Ejercicio	<input type="checkbox"/> sedentario (sin ejercicio)			
	<input type="checkbox"/> El ejercicio suave (es decir, subir escaleras, caminar 3 cuadras, golf)			
	<input type="checkbox"/> Ocasional ejercicio vigoroso (es decir, el trabajo o la recreación, a menos de 4 veces por semana durante 30 minutos)			
	<input type="checkbox"/> ejercicio vigoroso regular (es decir, el trabajo o la recreación 4 veces por semana durante 30 minutos)			
Dieta	¿Está a dieta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	En caso afirmativo, ¿está usted en un médico prescrito dieta médica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	Número de comidas que usted come en un día normal?			
	La ingesta de sal Rango	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Med	<input type="checkbox"/> Baja
	La ingesta de grasas Rango	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Med	<input type="checkbox"/> Baja
Cafeína	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> café	<input type="checkbox"/> té	<input type="checkbox"/> Cola
	Número de tazas / latas por día?			
Alcohol	¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	En caso afirmativo, ¿qué tipo?			
	¿Cuántas bebidas por semana?			
	¿Está preocupado por la cantidad que bebe?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	¿Ha pensado en dejar de hacerlo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	¿Alguna vez has experimentado apagones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	¿Eres propenso a beber "atracción"?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Tabaco	¿Usted conduce después de beber?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	¿Utiliza el tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos - paquetes / día	<input type="checkbox"/> Mascas - # / día	<input type="checkbox"/> Pipa - # / día	<input type="checkbox"/> Cigarros - # / día
	<input type="checkbox"/> # de años	<input type="checkbox"/> O años renunció		
Drogas	¿Actualmente utiliza drogas recreativas o de la calle?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	Alguna vez te has dado drogas de la calle con una aguja?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Sexo	¿Es usted sexualmente activa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, ¿estás tratando de un embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Si no tratando de tener un embarazo, lista anticonceptivo o método de barrera utilizadas:		
	Cualquier incomodidad durante las relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	La enfermedad relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), como el SIDA, se ha convertido en un importante problema de salud pública. Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen el uso de drogas intravenosas y las relaciones sexuales sin protección. ¿Te gustaría hablar con su proveedor acerca de su riesgo de esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Seguridad Personal	Vives solo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene caídas frecuentes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene la visión o pérdida de audición?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene una directiva anticipada o testamento vital?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, sírvase proporcionar a nuestra oficina con una copia.		
	¿Quieres información sobre una directiva anticipada o testamento vital?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	El abuso físico y / o mental también se han convertido en los principales problemas de salud pública en este país. Esto a menudo toma la forma de comportamiento verbal que amenaza o abuso físico o sexual real. ¿Te gustaría discutir este tema con su proveedor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

HISTORIA FAMILIAR DE SALUD

	EDAD	SIGNIFICATIVO	PROBLEMAS DE SALUD	EDAD	SIGNIFICATIVO	PROBLEMAS DE SALUD
Padre				Niños	<input type="checkbox"/> M	
					<input type="checkbox"/> F	
Madre					<input type="checkbox"/> M	
					<input type="checkbox"/> F	
Hermanos / Hermanas	<input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> M	
	<input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> M	
	<input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M			Abuela Maternal		
	<input type="checkbox"/> F			Abuelo Maternal		
	<input type="checkbox"/> M			Abuela Paternal		
	<input type="checkbox"/> F			Abuelo Paternal		

SALUD MENTAL

¿El estrés es un problema importante para usted?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se siente deprimido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es usted el pánico cuando está estresado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas para comer o el apetito?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Llora con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha pensado seriamente en hacerse daño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez has ido a un consejero?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

SÓLO PARA MUJERES

La edad de inicio de la menstruación:

Fecha de la última menstruación:

Periodo cada _____ días

Las menstruaciones fuertes, irregularidad, manchado, dolor o secreción?

 Sí No

Número de embarazos _____ Número de nacidos vivos _____

¿Está embarazada o amamantando?

 Sí No

¿Ha tenido un D & C, la histerectomía, o por cesárea?

 Sí No

Cualquier de las vías, la vejiga o infecciones renales urinarios en el último año?

 Sí No

Cualquier sangre en la orina?

 Sí No

Cualquier problema con el control de la micción?

 Sí No

Cualquier sofocos o sudores nocturnos?

 Sí No

¿Tiene la tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad, u otros síntomas en o alrededor de tiempo de plazo?

 Sí No

Experimentado ninguna sensibilidad en los senos, bultos o secreción del pezón reciente?

 Sí No

Fecha de la última de Papanicolaou y examen rectal:

SÓLO HOMBRES

¿Suele levantarse a orinar durante la noche?

 Sí No

En caso afirmativo, # de veces _____

¿Siente dolor o ardor al orinar?

 Sí No

Cualquier sangre en la orina?

 Sí No

¿Se siente ardor secreción del pene?

 Sí No

¿Ha disminuido la fuerza de su orina?

 Sí No

¿Ha tenido algún riñón, la vejiga o infecciones de la próstata en los últimos 12 meses?

 Sí No

¿Tiene usted alguna dificultad para vaciar la vejiga por completo?

 Sí No

Cualquier dificultad con la erección o la eyaculación?

 Sí No

Cualquier dolor testicular o hinchazón?

 Sí No

Fecha de la última de la próstata y el examen rectal:

OTROS PROBLEMAS

Marque las casillas a continuación si usted tiene, o ha tenido algún síntoma en las siguientes áreas y explique brevemente.

 Piel Pecho / Corazón Cambios recientes en: Cabeza / Cuello Espalda Peso Orejas Brazos o piernas El nivel de energía Nariz Vejiga Capacidad para dormir Garganta Intestino Otro dolor / malestar: Pulmones Circulación

Firma _____

Fecha _____

*Quail Ridge Family Practice, LLC
1 Doctors Park - Cairo, GA 39828
Teléfono 229-378-8110 Fax 229-378-8109*

Información del Seguro	
Seguro Primario	Seguro Secundario
Nombre del suscriptor _____	Nombre del suscriptor _____
Número de Seguro Social _____	Número de Seguro Social _____
Fecha de nacimiento _____	Fecha de nacimiento _____
Compañía de seguros _____	Compañía de seguros _____
Seguros ID # _____	Seguros ID # _____
Grupo # _____	Grupo # _____

Autorización para Tratamiento / Divulgación de Información / Asignación de Beneficios del Seguro

El abajo firmante otorga autorización para tales tratamientos y procedimientos que se consideren necesarias y entiende que los tratamientos y procedimientos SU ch pueden ser realizadas por médicos, enfermeras, asistentes médicos. Por la presente autorizo a Quail Ridge Family Practice para liberar toda la información de salud protegida necesaria para garantizar el pago, para llevar a cabo el tratamiento, y para llevar a cabo operaciones de atención médica.

Certifico que yo, y / o mi (s), tener cobertura de seguro de dependencia con la compañía de seguros antes mencionado. Por la presente asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos a los que tengo derecho incluyendo importante, Medicare, seguro privado médico y cualquier otro plan de salud a Quail Ridge Family Practice, LLC. Voy a ser financieramente responsable de los beneficios no cubiertos, deducibles o copagos para los servicios que han sido prestados a mí. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por dicho seguro. ***Es mi responsabilidad de entender mis beneficios de seguro y cobertura del plan.***

Este acuerdo se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de este acuerdo se considera tan válida como el original.

El pago se espera en el momento en que son prestados.

Firma del Paciente / Representante Legal

Fecha