

Arrowhead Community Surgical Medical Group, Inc.
1800 Western Ave Suite 309 San Bernardino, CA 92411

Por favor, llene y regrese a la recepcionista con tarjetas de seguridad y identificación con foto

Por Favor Escriba Solo

Fecha de hoy: _____

Nombre Del Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Codigo postal: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono celular: _____

Se Puede dejar mensajes de recordatorio en su contestador automático? YES / NO

Nombre de Doctor: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Sexo: Hombre / Mujer

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

Datos Del Paciente:

Datos Del Cónyuge:

Número de seguro social del paciente _____ Nombre del cónyuge _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Número de seguridad social del cónyuge _____

Empleador del paciente: _____ Fecha de nacimiento de cónyuge _____

Dirección: _____ Empleador del cónyuge _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

PRINCIPAL:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación a usted _____

SECUNDARIO(a):

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación a usted _____

Por Favor da un número que podemos utilizar si no está disponible – **No dan el número de teléfono de casa**

Por la presente ordeno y dirijo mi compañía de aseguranza que todos los cheques de asistencia médico se mande para el doctor FARABI HUSSAIN, M.D. AND/OR JOHN CULHANE, M.D. AND/OR MILTON RETAMOZO, M.D. pagaderos y enviados por correo a:

ARROWHEAD COMMUNITY SURGICAL MEDICAL GROUP, INC.

P.O. BOX 670

REDLANDS, CA 92375

A PHOTOCOPY OF THIS ASSIGNMENT SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL. I AUTHORIZE FARABI HUSSAIN, M.D. AND/OR JOHN CULHANE, M.D. AND/OR MILTON RETAMOZO, M.D. TO INITIATE A COMPLAINT TO THE INSURANCE COMMISSONER FOR ANY REASON ON MY BEHALF.

Entiendo y acepto que (a pesar de mi condición de aseguranza) Yo soy responsable por el saldo de mi cuenta, todos los cargos profesionales de servicios o que el aseguranza no cubre. Por la presente autorizo el pago a ARROWHEAD COMMUNITY SURGICAL MEDICAL GROUP, INC. Para los beneficios quirúrgicos y / o médica. He leído y completado toda la información en esta forma. Certifico que lo anterior es verdadero y correcto a lo mejor de mi conocimiento. Voy a notificar a la oficina de cualquier cambio en mi estado en la información anterior.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Medicación

Por favor de incluir prescripciones, sobre las medicaciones contrarias y vitaminas(O proporcionar una lista para ser fotocopiadas):

Nombre: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____

Arrowhead Community Surgical Medical Group, Inc.
1800 Western Ave Suite 309 San Bernardino, CA 92411

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Alergias

Alguna alergia o reacciones adversas a las siguientes? (Por favor indique el tipo de reacción)

Anestesia Local	S	N	Anestesia general	S	N
Aspirina	S	N	Látex	S	N
Antiinflamatorio (a)	S	N	Cinta /Adhesivos	S	N
Penicilina	S	N	Yodo	S	N
Sulfa	S	N	Beta cenar	S	N
IVP tinte	S	N	Codeína	S	N
Tétanos	S	N	esteroides	S	N

Otros antibióticos (nombre) _____

Otros medicamento (nombre) _____

Farmacia preferida: _____ número de teléfono de la farmacia: _____

Historia de la cirugía y hospitalización

Por favor lista de cirugías previas y hospitalizaciones con fechas aproximada (año):

Historia Social

Su ocupación: _____

Usted fuma? S N Cuántos paquete/día? _____

Usted fuma anteriormente? S N Paquete/día? _____ Cuántos años? _____

Bebe alcohol? S N Si es así, cuántos: _____ Con qué frecuencia? _____

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Historia de la Familia

Historia de la familia (madre, padre, abuelos, o hermano (a)) de: Quién?

Enfermedades del corazón.....	Y	N	_____
Diabetes.....	Y	N	_____
Presión arterial alta.....	Y	N	_____
Embolo.....	Y	N	_____
Venas Varicosas.....	Y	N	_____
Gota.....	Y	N	_____
Artritis.....	Y	N	_____
Neuropatía.....	Y	N	_____
Desorden Sangrado.....	Y	N	_____
Problemas en los pies.....	Y	N	_____

Madre: Vive _____ edad _____
 Fallecido _____ edad _____
 Motivo _____

Hermano(s): Vive _____ edad _____
 Fallecido _____ edad _____
 Motivo _____

Padre: Vive _____ edad _____
 Fallecido _____ edad _____
 Cause _____

Hermana(s): Vive _____ edad _____
 Fallecido _____ edad _____
 Motivo _____

Arrowhead Community Surgical Medical Group, Inc.
1800 Western Ave Suite 309 San Bernardino, CA 92411

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Historial Médico

Marque con un circulo Si o No para indicar si ha tenido alguno de los siguiente

SIDA/HIV	S	N	Depresión	S	N	Enfermedad Hepática	S	N
Anemia	S	N	Diabetes	S	N	Presión arterial baja	S	N
Ansiedad	S	N	Tipo___ Cuanto tiempo___			Enfermedad mental	S	N
Artritis	S	N	Enfisema	S	N	Neuropatía	S	N
Tipo _____			Problemas de la vista	S	N	Marcapasos	S	N
Válvula cardiaca artificial	S	N	Fibromialgia	S	N	Parálisis	S	N
Articulación artificial	S	N	Calambres en los pies	S	N	Flebitis	S	N
Asma	S	N	Reflujo Gástrico	S	N	Psoriasis	S	N
Problemas de espalda	S	N	Gota	S	N	Fiebre reumática	S	N
Desorden Sangrado	S	N	Dolores de cabeza	S	N	Esquizofrenia	S	N
Trastorno Bipolar	S	N	Ataque del corazón	S	N	Dificultad para respirar	S	N
Coágulo / TVP	S	N	Soplo Cardiaco	S	N	Embolo	S	N
Cirugía de bypasses	S	N	Insuficiencia cardiaca	S	N	Problemas de la tiroides	S	N
Cáncer	S	N	Hemofilia	S	N	Tipo _____		
Tipo _____			Hepatitis	S	N	Tuberculosis	S	N
Dependencia química	S	N	hipertensión	S	N	Ulceras (estomago)	S	N
Dolor de pecho	S	N	Problemas renales	S	N	Varices	S	N
Problemas circulatorios	S	N	Calambres en las piernas	S	N	Pérdida de peso, inexplicable	S	N

MUJERES, está.....Embarazada? S N **Lactancia?** S N

Síntomas

Cheque (v) Condiciones su actualmente tiene o tenido en el último año

GENERAL	GASTROINTESTINAL	Ojo/Oído/Nariz/Garganta	Solo Hombres
Escalofríos	Falta de apetito	Sangrado de las encías	Bulto en el pecho
Depresión	Hinchazón	visión borrosa	Problemas de erección
Mareo	Cambios en los intestinos	Ojos Cruzados	Bulto en los testículos
Desmayo	Estreñimiento	Dificultad para tragar	Descarga del pene
Fiebre	Diarrea	visión doble	Dolor en el pene
Olvido	Hambre excesiva	Dolor de oídos	Solo Mujeres
Dolor de cabeza	Sed excesiva	Descargo de oído	Prueba de Papanicolaou anormal
Perdida de sueño	Gas	Fiebre de heno	Sangrado entre periodos
Perdida de peso	Hemorroides	Ronquera	Bulto en el pecho
Nerviosismo	Indigestión	Perdida de la audición	Dolor menstrual extrema
Entumecimiento	náusea	Sangrado de nariz	Sofocos
Sudores	Sangrado rectal	Tos persistente	Secreción del pezón
Musculo/Conjunto/Hueso	Dolor de estomago	Zumbido de Oídos	Flujo vaginal
Dolor/debilidad/entumecimiento en:	Vómitos	Problemas del sino	Fecha de la última menstruación _____
Brazo Caderas	Vómitos con sangre	visión – parpadea	Fecha de la ultima
Espalda Piernas	CARDIOVASCULAR	Ceguera nocturna	Prueba de Papanicolaou _____
Pies Cuello	Coágulos de sangre	Piel	Ha tenido un
Manos Hombros	Dolor de pecho	Moretones con facilidad	Mamografía? _____
Genitor - Urinario	hipertensión	Ronchas	Estás embarazada? _____
Sangre en la orina	Latido irregular del corazón	Picazón	Número de hijos _____
Micción frecuente	Presión arterial baja	Cambio en lunares	
	Murmur	Erupción	
	Mala circulación	Cicatriz	
	Latido rápido del corazón	Herida que no se cura	
	Hinchazón de los tobillos		
	Varices		

Arrowhead Community Surgical Medical Group, Inc.
1800 Western Ave Suite 309 San Bernardino, CA 92411

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Condiciones

Cheque (v) Condiciones su actualmente tiene o tenido en el último año

Epilepsia/Incautación	Embolo	Apendicitis	Diabetes
Esclerosis múltiple	Asma	Enfermedad de Crohn	Bocio
Dolores de cabeza de migraña	Bronquitis	Hepatitis	Problemas de la tiroides
Alcoholismo	Enfisema/COPD	Hernia	Anemia
Atención psiquiátrica	Pneumonia	Intestino irritable	Trastorno de la coagulación
Cataratas	Tuberculosis	Enfermedad del hígado	Bulto en el pecho
Glaucoma	Enfermedad del corazón	Colitis Ulcerosa	cáncer _____
Coágulos de sangre	Ataque del corazón	úlceras, estómago	Herpes
Insuficiencia cardíaca congestiva	Hipertensión	Problemas de próstata	Positivo VIH
Embolia pulmonar	Colesterol alto	Insuficiencia renal	Arthritis
Fiebre reumática	Marcapasos	Cálculos renales	Gota

Hospitalización/ Cirugías/ Embarazos

Hábitos de salud

Año	Hospitalización o enfermedad grave /lesiones	Razón para el resultado	Cheque (v) que las sustancias Utilizar y describe cuanto usa.		
				Cafeína	
				Alcohol	_____ Cuánto? _____ Con qué frecuencia?
				Drogas	
				Año del Tabaco Dejo de fumar _____	_____ Cuántos años? _____ Paquetes por día?

Ocupacional

Año	Sexo de nacimiento	Si cualquier complicación	Cheque (v) que las sustancias Utilizar y describe cuanto usa.		
				Estrés	Sustancias peligrosas
				Trabajo pesado	Sustancias peligrosas
Año de nacimiento				Otro	
			¿Cuál es (era) su ocupación		
			¿alguna vez has tenido una transfusión de sangre		
			Si No		
			En caso afirmativo, indique las fechas aproximadas		

Certifico que la información anterior es correcta, a mi leal saber. No voy a mantener mi médico o algún miembro de su personal responsable de ningún error u omisión que pueda haber cometido al llenar esta forma.

Firma _____

Fecha _____

Consentimiento para el procedimiento

Nombre del paciente: _____

1. Por la presente solicito y autorizo al médico _____ y / o s asistente como puede ser seleccionado por él / ella , y con la ayuda de tales entidades asociadas, asistentes y personal de prácticas según dirigidas por él / ella para realizar el procedimiento se enumeran a continuación, (véase también el esquema de identificación sitio del procedimiento en la parte posterior):

_____ (si es aplicable:

Derecho Izquierda

2. Entiendo completamente que en la preparación para, condiciones pueden ser revelados o descubrieron que en el juicio del médico y otros se refirió a arriba, realizar un procedimiento diferente necesario o conveniente o extensión del procedimiento previsto inicialmente por lo tanto, solicitar y autorizar al médico y demás referencias anteriormente para llevar a cabo estos procedimientos adicionales.
3. Por la presente autorizo ARROWHEAD COMMUNITY SURGICAL MEDICAL GROUP, INC. , para llevar a cabo sus servicios apropiados y los cuidados necesarios, operadora y en conjunción con los procedimiento llevado a cabo para aliviar mi condición o condiciones.
4. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que los riesgos, consecuencias y complicaciones pueden estar asociadas con el procedimiento a realizar, y que no se han hecho garantías yo referente a los resultados de estas.
5. Doy mi consentimiento a la administración de estos medicamentos y anestésicos que se consideren necesarios o convenientes por el médico responsable de este servicio, con excepción de aquellas a las que soy alérgica o al que me opongo como sigue. _____
6. he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento antes indicado y acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento propuesto, así como formas alternativas de tratamiento. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

(Testigo) Fecha Firma del paciente Fecha

El abajo firmante consiente de lo anterior para el paciente, que es menor de edad o no puede firmar porque

(Testigo) Fecha (Familiar más cercano o tutor legal) Fecha

Por la presente certifico que a mi juicio el consentimiento del paciente es informado

(Testigo) Fecha