

MORNING STAR OBSTETRICS & GYNECOLOGY

3499 S. MERCY ROAD, GILBERT, AZ 85297, Tel: 480-355-8525 Fax: 480-355-3115

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre de paciente:
Fecha de la cita: Hora: Doctor:
Domicilio: Apartamento/Suite:
Ciudad, Estado y código postal:
Dirección de la calle (si es diferente a su dirección de correo):
Teléfono en casa: ¿Podemos dejar un mensaje en su casa? (circule la respuesta) Si No
Teléfono celular: ¿Podemos dejar un mensaje en su celular? (circule la respuesta) Si No

Por favor fila como 1,2,3...etc, dejando el espacio en blanco indeseado de los métodos

Mensaje de Texto Asegure El Portal Paciente del Web E-Mail: Telefónica

Doy mi consentimiento para recibir llamadas, mensajes de texto o correos electrónicos de Morning Star Obstetricia/Ginecología para mi cuidado médico protegida y otros servicios en el teléfono Número (s) en la lista anterior, como se indica con un círculo la Y. Yo entiendo que este tipo de llamadas pueden ser generados por un sistema de marcación automática y que este tipo de llamadas a mi teléfono celular puede resultar en cargos por mi proveedor de servicios inalámbricos. Me doy cuenta de que el consentimiento no se requiere como condición de un paciente y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que la revocación no tiene que ser por escrito.

Firma del la persona responsable:: Fecha:

¿Cuál es su raza? (circule la respuesta) Natural Indio o de Alaska Americano Asiático Isleño Hawaiano o otro Pacífico Nativo
Americano Negro o Africano Caucásico Hispanico Otro Declinación a contestar

¿Cuál es su pertenencia étnico? (circule la respuesta) ¿Cuál es su lengua preferida?
Hispanico o Latino No-Hispanico o Latino Declinación a contestar

Nombre de la farmacia: Teléfono: Fax:
Domicilio (Con el nombre de la intersección y Ciudad es suficiente)
Nombre de empleado: Domicilio:
Teléfono del trabajo: ¿Podemos dejar un mensaje en su trabajo?: (circule la respuesta) Si No
Fecha de nacimiento: Estado civil:
Número de Seguro Social:
Médico primario: Teléfono:
Domicilio:
Contacto de emergencia: Relación al paciente:
Telefono:

INFORMACIÓN DE PAGO

Nombre del garante(asegurador): Relación al paciente:
Domicilio:
Sexo: (circule la respuesta) M F Número de Seguro Social: Fecha de nacimiento:
Nombre del empleador: Teléfono del trabajo:
Domicilio del trabajo:
Seguro primario:
Domicilio: Relación al paciente:
Nombre del asegurado: Fecha de nacimiento:
Numero o identificación del suscriptor: Numero de grupo:
Seguro secundario:
Domicilio: Relación al paciente:
Nombre del asegurado: Fecha de nacimiento:
Numero o identificación del suscriptor: Numero de grupo:
¿Medigap? ¿Seguro Suplemental?

signación de prestaciones

Por este medio autorizo la asignación de prestaciones (pagos) directamente a Morning Star OB/GYN por todos mis reclamos de seguro medico relacionados con los servicios recibidos. Acuerdo pagar cualquier y todo cargo excedente, o que no cubra mi seguro. Entiendo que el co-pago, los porcentaje, los deducibles y los servicios sin cubrir deberán liquidarse a la hora de servicio.

Firma del la persona responsable: Fecha:

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Cuál es la razón de su visita de hoy? _____

¿Tiene alguna otra preocupación especial que quisiera tratar con el doctor? _____

Medicamentos

Enumere por favor todos los medicamentos que toma y las dosificaciones:

¿Toma algún suplemento o medicamento herbal? (circule la respuesta) Si No

Si contesto "Si" por favor mencione los nombres: _____

Alergias

¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? (circule la respuesta) Si No

Si contesto "Si" por favor mencione: _____

Antecedentes médicos

	Sí	No	Año / Descripción
Presión arterial alta	_____	_____	_____
Enfermedad cardíaca	_____	_____	_____
Trastorno autoinmune (Lupus)	_____	_____	_____
Enfermedad/infección del riñón	_____	_____	_____
Convulsiones/otro trastorno neurológico	_____	_____	_____
Depresión/depresión de posparto	_____	_____	_____
Hepatitis/enfermedad del hígado	_____	_____	_____
Coágulos de sangre en las piernas/pulmones	_____	_____	_____
Enfermedad de la tiroides	_____	_____	_____
Trauma/violencia	_____	_____	_____
Antecedentes de transfusión sanguínea	_____	_____	_____
Rh (D) Sensibilizado	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____
Tuberculosis/otras enfermedades del pulmón	_____	_____	_____
Alergias ambientales	_____	_____	_____
Cáncer del seno	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Varicela	_____	_____	_____

¿Está al corriente de sus vacunas? (circule la respuesta) Si No Fecha de su última vacuna contra el tétanos: _____

Antecedentes quirúrgicos

Por favor enumere cualquier cirugía que haya tenido:

Año	Cirugía
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Además del embarazo y de estas cirugías, le han hospitalizado alguna vez por otra razón?

¿Alguna vez ha tenido tumores fibrosos? (circule la respuesta) Si No ¿Quistes ováricos? (circule la respuesta) Si No

¿Alguna vez ha estado preocupado acerca de la infertilidad? (circule la respuesta) Si No

Si es así, ¿qué pruebas/terapias se le han hecho? _____

¿Tomó su mamá diethylstilbestrol (DES) cuando ella estaba embarazada? (circule la respuesta) Si No

Planificación familiar

Compruebe por favor cualquier método anticonceptivo que usted ha utilizado anteriormente: _____ Ninguno

_____ Ninguno _____ Condones _____ Depo-Provera/otro inyectable
_____ IUD (Dispositivo Intrauterino) _____ Diafragma _____ Retiro _____ Espermicida
_____ Pavche _____ Vaginal Ring _____ Ligadura de trompas _____ Vasectomía
_____ Otro _____

Marque cualquier método de planificación familiar natural que usted haya utilizado anteriormente: _____ Ninguno

_____ Sintotermal (CCL) _____ Sintotermal (Northwest Family Services)
_____ Método de ovulación (circule la respuesta: Billings FAF Creighton) _____ Calendario/ritmo

¿Qué método usa actualmente? _____

Antecedentes reproductivos

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____

Alguna vez ha tenido un (por favor indique en que año):

_____ Aborto espontáneo _____ Aborto _____ Nacido muerto _____ Nacimiento prematuro

Nacimientos:

Año	Semanas de gestación	Tipo de parto (vaginal/cesárea)	Sexo (M/F)	Peso al nacer	Describa por favor cualquier complicación	Nombre

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Por favor marque los problemas correspondientes al estado de su salud:

GENERAL

Fatiga ____
Aumento de peso ____
Pérdida de peso ____
Fiebre ____
Bochornos ____

ENDOCRINO

Sensibilidad al calor ____
Sensibilidad al frío ____
Sed excesiva ____
Crecimiento anormal del pelo ____
Pérdida de pelo ____

NEUROLÓGICO

Dolores de cabeza ____
Ataques/convulsiones ____
Pérdida de fuerza ____
Pérdida de sensibilidad ____

PIEL

Erupción cutánea ____
Lunares (Crecimiento, Cambio) ____
Acné ____

OJOS

Cambios en la vista ____
Visión con puntos o luces ____

OÍDO/NARIZ/GARGANTA

Dolor de garganta ____
Congestión nasal ____

RESPIRATORIO

Tos ____
Dificultad para respirar ____

CORAZÓN

Dolor de pecho ____
Palpitaciones ____

SENOS

Lactancia materna ____
Masa o bulto (bolas) ____
flujo de los pezones ____
Senos adoloridos ____
Auto-examen del seno ____
Otro _____

GASTROINTESTINAL

Dolor abdominal ____
Náusea ____
Vómito ____
Diarrea ____
Estreñimiento ____
Agruras ____
Sangre en las evacuaciones ____

GINECOLOGÍA

Flujo vaginal ____
Ardor /Dolor vaginal ____
Protuberancias vaginales ____
Comezón vaginal/vulvar ____
Dolor/Presión Pélvica ____
Sangrado anormal ____
Otro _____

UROLOGÍA

Dolor o ardor al orinar ____
Sangre en la orina ____
Incontinencia o ausencia de orina ____
Otro _____

MUSCULOESQUELETAL

Dolor muscular ____
Dolor en las articulaciones ____
Hinchazón en las articulaciones ____

ESTADO DE ANIMO

Depresión ____
Ansiedad ____
Cambios en el estado de animo ____

HEMATOLOGÍA

Contusión fácil (moretes) ____
Sangrado nasal frecuente ____

Confirmando que esta información es correcta y he completado éste formulario a lo mejor de mi conocimiento.

Firma Paciente

Fecha