

PATIENT INFORMATION

LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ MIDDLE INITIAL: _____

ADDRESS: _____

CITY: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

HOME TELEPHONE: () _____ FAX: () _____

WORK TELEPHONE: () _____ CELL# / CARRIER: _____

PREFERRED METHOD OF CONTACT: _____ E-MAIL: _____

DATE OF BIRTH: _____ AGE: _____ SEX: _____ SOCIAL SECURITY: _____

HEIGHT: _____ WEIGHT: _____

MARITAL STATUS: _____ REASON FOR YOUR CONSULTATION: _____

EMPLOYER: _____ OCCUPATION: _____

EMERGENCY CONTACT: _____ TELEPHONE: () _____ RELATIONSHIP TO PATIENT: _____

WHO IS YOUR FAMILY DOCTOR: _____ TELEPHONE: () _____

WHO REFERRED YOU TO OUR OFFICE: _____

PHYSICIAN'S RELEASE AND ASSIGNMENTS

I understand that I am financially responsible for all charges incurred by me, and I agree that in the event that this account is referred to collections, to pay all collection expenses, attorney fees and court costs.

SIGNATURE REQUIRED:

PATIENT / PARENT / GUARDIAN: _____ DATE: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

TELÉFONO DE LA CASA: () _____ FAX DE LA CASA: () _____

TELÉFONO DEL TRABAJO: () _____ #DE CELLULAR / COMPAÑÍA: _____

MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ SEGURO SOCIAL: _____

ALTURA: _____ PESO: _____

ESTADO CIVIL: _____ RAZÓN DE SU CONSULTA: _____

EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: () _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

QUIÉN ES SU DOCTOR PRIMARIO: _____ TELÉFONO: () _____

POR QUIÉN FUE REFERIDO: _____

DADO DE ALTA Y ASIGNACIONES

Comprendo que soy responsable financieramente de todos los cargos incluyendo honorarios de abogados y cortes. En caso de que esta cuenta no sea cancelada, será referida a una compañía de recaudadores.

FIRMA REQUERIDA:

PACIENTE / PADRES / RESPONSABLE: _____ FECHA: _____

CHECK THE APPROPRIATE ANSWER IF YOU DO NOT KNOW THE CORRECT ANSWER, PLEASE WRITE "DON'T KNOW" ON THE LINE PROVIDED

Are you currently under a physician's care? YES NO If so, why? _____

Are you taking any medications, substances and/or vitamins? (If YES, please list) _____ YES NO

Are you allergic to any medications and/or foods? (If YES, please list) _____ YES NO

Do you have family history of unexpected death following general anesthesia or exercise? YES NO

Do you have a personal or family history of?

Malignant Hyperthermia Muscle or neuromuscular disorder High temperature following exercise Muscle spasms

Dark or chocolate colored urine Unanticipated fever immediately following anesthesia or exercise

Are you allergic to any metals or latex? (circle one)..... YES NO

Are you pregnant or suspect you may be? YES NO

Do you use any birth control medications? YES NO

Have you ever been treated for or been told you might have heart disease or a heart condition? (If YES, please list) YES NO

Do you have high or low blood pressure? (circle one) YES NO

Do you have a pacemaker or an artificial heart valve implant? YES NO

Have you ever had rheumatic fever? YES NO

Have you used ACUTANE? (If YES, list when:) _____ YES NO

Have you ever taken the diet pill, PHEN-FEN or PHENTERMINE? YES NO

Have you ever had a serious illness or previous surgery? (If YES, please list) YES NO

Have you ever had PLASTIC SURGERY? (If YES, please list) _____ YES NO

Have you ever had radiation treatment, chemo treatment for a tumor, growth or other condition? YES NO

Do you have any blood disorders such as anemia, leukemia and/or immuno deficiency disorders? YES NO

Have you ever bled excessively after being cut or injured? YES NO

Do you have acid reflux, hiatal hernia, ulcers or difficulty swallowing? (circle) YES NO

Do you have any kidney or liver problems? (circle) YES NO

Are you diabetic? YES NO

Do you have asthma? (If YES, when was last episode:) _____ YES NO

(If YES, were you hospitalized? When?) _____ YES NO

Do you have epilepsy or seizure disorders? YES NO

Do you have a history of sleep apnea? YES NO

(If YES, do you use a CPAP machine?) YES NO

Are you HIV positive? YES NO

Have you had or do you test positive for Hepatitis? YES NO

Do you have or have you had T.B. (Tuberculosis)? YES NO

Do you smoke, chew, use snuff or any other forms of tobacco, including cigars? (If YES, how much?) _____ YES NO

Do you consume alcoholic beverages? (If YES, how often?) _____ YES NO

Do you habitually use Marijuana, Cocaine or other illegal substances? YES NO

Have you had psychiatric treatment? YES NO

Would you accept blood in an emergency? YES NO

Do you have any disease, condition or problem not listed? (If YES, please list) YES NO

I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS COMPLETE AND ACCURATE

PATIENT/GUARDIAN'S SIGNATURE: _____ DATE: _____

MARQUE LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA. SI NO SABE LA RESPUESTA CORRECTA, ESCRIBA "NO LO SÉ" EN EL RENGLÓN PREVISTO.

¿Actualmente se está atendiendo con un médico? SÍ NO En caso afirmativo, mencionar porque _____

¿Está tomando algún medicamento, sustancia o vitamina? (En caso afirmativo, mencionarlos) _____ SÍ NO

¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? (En caso afirmativo, mencionarlos) _____ SÍ NO

¿Tienes antecedentes familiares de muertes súbitas después de anestias generales o de hacer ejercicio? YES NO

¿Tienes antecedentes familiares o historias personales de?

Hipertermia Maligna Trastorno muscular o neuromuscular Temperatura corporal elevada después de hacer ejercicio Espasmos Musculares

Orine oscuro o de color chocolate Fiebre inesperada inmediatamente después de la anestesia o del ejercicio

¿Es alérgico a algún metal o al látex? (encerrar con un círculo)..... SÍ NO

¿Está embarazada o sospecha que podría estarlo? SÍ NO

¿Usa algún medicamento anticonceptivo? SÍ NO

¿Alguna vez recibió tratamiento o le han dicho que podría tener una enfermedad o afección cardíaca? (En caso afirmativo, mencionarlas)
 SÍ NO

¿Tiene presión arterial alta o baja? (encerrar con un círculo) SÍ NO

¿Tiene un marcapasos o una prótesis valvular implantada? SÍ NO

¿Alguna vez tuvo fiebre reumática? SÍ NO

¿Utilizó ACUTANE? (En caso afirmativo, mencionar cuándo:) _____ SÍ NO

¿Alguna vez tomó las pastillas para adelgazar PHEN-FEN o FENTERMINA? SÍ NO

¿Alguna vez tuvo una enfermedad grave o se le realizó previamente a una cirugía? (En caso afirmativo, mencionarlas) ... SÍ NO

¿Alguna vez le realizaron CIRUGÍA PLÁSTICA? (En caso afirmativo, mencionarla) _____ SÍ NO

¿Alguna vez le realizaron radioterapia, quimioterapia por un tumor, crecimiento u otra afección? SÍ NO

¿Tiene algún trastorno hematológico como anemia, leucemia o trastornos por inmunodeficiencia? SÍ NO

¿Alguna vez sangró excesivamente después de un corte o lesión? SÍ NO

¿Tiene reflujo ácido, hernia de hiato, úlceras o dificultad para tragar? (encerrar con un círculo) SÍ NO

¿Tiene algún problema renal o hepático? (encerrar con un círculo) SÍ NO

¿Es usted diabético? SÍ NO

¿Tiene asma? (En caso afirmativo, cuándo fue el último episodio:) _____ SÍ NO

(En caso afirmativo, ¿fue internado? ¿Cuándo?) _____ SÍ NO

¿Tiene epilepsia o trastornos convulsivos? SÍ NO

¿Tiene antecedentes de apnea del sueño? SÍ NO

(En caso afirmativo, ¿usa un dispositivo CPAP?) SÍ NO

¿Es usted VIH positivo? SÍ NO

¿Tuvo o tiene un resultado positivo en el examen de Hepatitis? SÍ NO

¿Tiene o ha tenido T.B. (Tuberculosis)? SÍ NO

¿Fuma, mastica, aspira o utiliza otras formas de tabaco, incluyendo cigarrillos? (En caso afirmativo, ¿Cuánto?) _____ SÍ NO

¿Consumo bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?) _____ SÍ NO

¿Utiliza habitualmente marihuana, cocaína u otra sustancia ilegal? SÍ NO

¿Ha realizado algún tratamiento psiquiátrico? SÍ NO

¿Aceptaría una transfusión de sangre en caso de emergencia? SÍ NO

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema no mencionado? (En caso afirmativo, mencionarlos) SÍ NO

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE ANTECEDE ES COMPLETA Y EXACTA

FIRMA DEL PACIENTE/RESPONSABLE: _____ FECHA: _____