

REGISTRO DE PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE:

APELLIDO \_\_\_\_\_

TEL. DE CASA ( ) \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_

TEL. DE TRABAJO ( ) \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

NO. DE CELULAR ( ) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: SOLTERA \_\_\_\_\_ CASADA \_\_\_\_\_

NOMBRE Y DOMICILIO DE TRABAJO/ESCUELA \_\_\_\_\_

VIUDA \_\_\_\_\_ DIVORCIADA \_\_\_\_\_

REFERIDO POR: \_\_\_\_\_

RELACION A LA PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR:

ESPOSA \_\_\_\_\_ HIJO(A) \_\_\_\_\_ PADRES \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

INFORMACION DE PERSONA (S) RESPONSABLE: DONDE TRABAJA \_\_\_\_\_

APELLIDO \_\_\_\_\_

TEL. DE CASA ( ) \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_

TEL. DE TRABAJO ( ) \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TEL. DE CELULAR ( ) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUE A:

APELLIDO \_\_\_\_\_

TEL. DE CELULAR ( ) \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_

TEL. DE TRABAJO ( ) \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ POSTAL \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_

AUTORIZACION:

Doy consentimiento a cualquier tratamiento medico/examen fisico que sea requerido para mi y para la menor mencionada arriba por lo cual yo soy legalmente responsable.

ASIGNACION:

Yo doy mi permiso para el pago de los beneficios por los servicios recibidos en la oficina del doctor. Yo comprendo que soy responsable financieramente por todos los cargos, estén o no estén cubiertos por la compañía de seguro.

HISTORIA MEDICA:

Por este medio se autoriza que se divulgue cualquier información que sea necesaria para el procesamiento de esta reclamación. Una copia de esta autorización es tan valida como el original. Mientras haya alguna reclamación pendiente usted recibira estados de cuenta de manera periódica si su cuenta no ha sido pagada en su totalidad. Nosotros no podemos aceptar la responsabilidad para el cobro de su reclamación de seguro o por hacer negociaciones para el arreglo de una reclamación que este en dispute.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

## Formulario de antecedentes ginecológicos

Complete este formulario y preséntelo en su primera consulta médica. Su historia clínica es un documento confidencial que no se entregará a nadie sin su consentimiento o permiso. Al completar este formulario por adelantado, tendrá más tiempo para hablar de sus problemas ginecológicos y para hacerle preguntas al médico.

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de la cita médica: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casada  Soltera  Viuda Ocupación: \_\_\_\_\_

**Enumere sus números telefónicos. Para que podamos preservar la confidencialidad, marque aquellos en los que podamos dejar mensajes y demás instrucciones.**

Números telefónicos:  Casa \_\_\_\_\_  Celular \_\_\_\_\_  Trabajo \_\_\_\_\_

Instrucciones específicas: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactarla por correo electrónico? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MENSTRUALES

Síntomas o enfermedades actuales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa sus ciclos menstruales (marque las opciones que correspondan):  Regular  Irregular  No tiene  
 Sangrado entre ciclos menstruales  Abundante  Ligero  Necesita medicamentos para menstruar (indique cuáles):

\_\_\_\_\_

¿A qué edad menstruó por primera vez? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos días sangra mensualmente? \_\_\_\_\_

Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_ Fecha de la menstruación anterior: \_\_\_\_\_

Cantidad aproximada de días entre el inicio de un ciclo menstrual y el siguiente: \_\_\_\_\_

¿Cuán dolorosos son sus ciclos menstruales?  No son dolorosos  Levemente dolorosos  Moderadamente dolorosos  
 Muy dolorosos ¿Qué medicamentos utiliza para el dolor? \_\_\_\_\_

¿El medicamento disminuye notablemente el dolor?  Sí  No

Marque los síntomas premenstruales que suele presentar:  Dolor de espalda  Hinchazón  Espasmos premenstruales  
 Dolor de mamas  Mal humor  Otros

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Número total de embarazos: \_\_\_\_\_ Prematuros: \_\_\_\_\_ Nacidos muertos: \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos: \_\_\_\_\_

Total de hijos vivos: \_\_\_\_\_ Complicaciones durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Secreción o irritación vaginal: \_\_\_\_\_

Fecha del último PAP: \_\_\_\_\_ ¿Tuvo algún PAP con resultados anormales?  Sí  No

¿Se hizo una mamografía en los últimos 12 meses?  Sí  No Resultado:  Normal  Anormal

Método anticonceptivo actual: \_\_\_\_\_

Dificultad para tener relaciones sexuales: \_\_\_\_\_

Dolores pélvicos: \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA Y QUIRÚRGICA**

Indique qué medicamentos toma actualmente: \_\_\_\_\_

Indique si sufre de alergias a algún medicamento: \_\_\_\_\_

Enfermedades graves: \_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas (indique fecha y hospital): \_\_\_\_\_

Otras hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

**VACUNAS E INFECCIONES**

Se vacunó contra:

Rubéola:  Sí  No      HPV (cáncer cervical):  Sí  No      Hepatitis B:  Sí  No

Marque con una cruz las Infecciones que haya tenido:

Rubéola \_\_\_\_\_ Hepatitis B \_\_\_\_\_ Hepatitis C \_\_\_\_\_ Clamidia \_\_\_\_\_

Herpes genitales \_\_\_\_\_ Gonorrea \_\_\_\_\_ Verrugas genitales (HPV) \_\_\_\_\_

**SUPLEMENTOS NUTRICIONALES, VITAMINAS Y PREPARADOS A BASE DE HIERBAS**

Enumere los suplementos nutricionales, las vitaminas y los preparados a base de hierbas que consume actualmente.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESTILO DE VIDA**

¿Realiza actividad física?  Sí  No    En caso afirmativo, indique qué tipo de ejercicios: \_\_\_\_\_

¿Cuántas bebidas con cafeína (café, té, gaseosa) consume a diario? \_\_\_\_\_  Ninguna

¿Fuma?  Sí  No    En caso afirmativo, indique cuántos cigarrillos por día: \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol?  Sí  No    En caso afirmativo, indique qué cantidad diaria: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama, de ovario o de colon?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué familiar y a qué edad fue diagnosticado? \_\_\_\_\_

Indique cualquier enfermedad o dolencia (pasada o presente)

<b>Padre:</b>	¿Vive? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad:
<b>Madre:</b>	¿Vive? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad:
<b>Hermana:</b>	¿Vive? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad:
<b>Hermano:</b>	¿Vive? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad:
<b>Otros familiares:</b>		

### DATOS RELACIONADOS CON LOS DISTINTOS SISTEMAS Y APARATOS

Indique cualquier problema de salud actual y haga un comentario al respecto.

	No	Sí	Enumere y describa los problemas específicos
<b>SISTEMA NERVIOSO</b> Mareos, entumecimiento, debilidad, dolor de cabeza, visión borrosa, pérdida de visión.			
<b>NARIZ, GARGANTA Y OÍDO</b> Audición, deglución y visión anormal.			
<b>GASTROINTESTINAL</b> Apetito, dolor, indigestión, estreñimiento, diarrea, dolor abdominal, ERGE.			
<b>EMOCIONAL</b> Trastorno del comportamiento alimentario, trastorno bipolar, depresión, ansiedad, TOC, TDAH, esquizofrenia.			
<b>PULMONES</b> Asma, tos crónica, alergias.			
<b>CORAZÓN</b> Dificultad para respirar, dolor en el pecho, arritmia, hipertensión arterial.			
<b>MAMAS</b> Dolor, protuberancias, sensibilidad, secreción.			
<b>URINARIA</b> Incontinencia urinaria, infecciones frecuentes, sangre en la orina, cálculos renales.			
<b>PIEL</b> Erupciones, llagas persistentes, lunares preocupantes, bultos, manchas pigmentadas en la piel o en los pliegues de la piel, hematomas frecuentes.			
<b>HUESOS, ARTICULACIONES Y MÚSCULOS</b> Dolor en las articulaciones, debilidad.			
<b>ENDOCRINO</b> Crecimiento excesivo de vello, vello en lugares inusuales, aumento o pérdida de peso, cambios en la pigmentación de la piel, problemas de tiroides, ciclos menstruales irregulares, diabetes, intolerancia a la glucosa.			
<b>GENERAL</b> Fatiga, alteración del sueño, sensación de malestar, anemia, colesterol o triglicéridos elevados.			
<b>OTROS</b>			

¿Presenta actualmente otras dolencias o preocupaciones sobre alguna enfermedad en particular?			
---	--	--	--

**EXPECTATIVAS Y PREGUNTAS**

¿Cuáles son las expectativas de su consulta médica y qué preguntas quiere que le respondan?

---

---

---

---

---

---

---

---

## **POLIZA DE CANCELACION**

Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar sus citas. Por lo tanto, se solicita que si usted debe cancelar su cita que proporcione más de 24 horas de aviso. Esto permitirá a otra persona que está esperando una cita para ser programado en ese espacio. Con cancelaciones hechas menos de 24 horas de aviso, no podemos ofrecer esa cita a otras personas.

Las citas de la oficina que se cancelan con notificación de menos de 24 horas pueden estar sujetas a una cuota de cancelación de \$30.00. Las cancelaciones de procedimientos requieren 3-5 días hábiles de anticipación, sin notificación, pueden estar sujetas a un cobro de cancelación de \$50.00.

Los pacientes que no se presenten para sus citas sin una llamada para cancelar una cita de oficina o una cita de procedimiento serán considerados como no show. Los pacientes que no se presenten dos (2) o más veces en un período de 3 meses pueden ser despedidos de la práctica y se les negará cualquier cita en el futuro. Los pacientes también pueden estar sujetos a un cobro de \$30.00 por no asistir a su cita y \$50.00 por no asistir a su procedimiento.

Los cobros de cancelacion son responsabilidad del paciente y deben ser pagados por completo antes de su proxima cita.

Entendemos que en algunas circunstancias no pueda cancelar dentro de el periodo de 24 horas. En este caso los cobros por cancelacion pueden ser no cobrados tan solo con aprobacion de el manejador. Nuestra practica cree firmement que una buena relacion entre el Doctor y su paciente es basada en la comunicacion y entendimiento.

**Favor de firmar una vez que haiga comprendido y leído la poliza de cancelacion.**

---

**Nombre de Paciente**

---

**Firma de Paciente o Representante**

---

**Fecha**

**FEMI D. IWALOYE, M.D.**

RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO ESTE AVISO  
DE INFORMACION DE SALUD RESPECTO A LAS  
PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco haber recibido de

(Su nombre)

Femi D. Iwaloye, M.D. EL AVISO DE LAS PRACTICAS DE  
PRIVACIDAD DE LA INFORMACION DE SALUD.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\*\* Una copia de esta forma va a ser puesta en su expediente medico.

Dr. Femi D. Iwaloye MD PA  
(915)595-5439

CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA A SEGUROS Y ELEGIBILIDAD

Debido a la mayor cantidad de trabajo en nuestro intento de servir a nuestros pacientes necesidades financieras con suma importancia ahora hemos implementado un cargo de \$10 por cada reclamacion medica presentada y procesada por cualquier seguro como secundario con el conocimiento de cualquier paciente no proporcionar su seguro primario. En caso de que su seguro secundario pague, como su primario y mas tarde se determina que usted como paciente ya estaba al tanto de que tenia un seguro commercial como un seguro primario y usted no nos notifico al momento de ser visto usted sera responsable para este cargo en cada reclamacion medica individual que debe ser procesado nuevamente.

Yo \_\_\_\_\_, estoy completando este reconocimiento y renuncia de responsabilidad con respecto a mi prueba de seguros y elegibilidad a cualquier activo y elegibles cobertura de seguro de que pueda tener. Por la presente reconozco y acepta que proporcionara prueba de seguro de salud me cubre de todas las visitas de oficina que son de acuerdo con mi cobertura de seguro ya sea primaria o secundaria.

Yo \_\_\_\_\_, autorizo y doy consentimiento para ser responsable en el caso que no presente yo prueba de cualquier informacion sobre mi seguro activo y elegible en el momento de mi cita con el Dr. Femi D. Iwaloye.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha