

LA SIGUIENTE INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y ES SOLO PARA LOS ARCHIVOS DEL MEDICO.

LETRA DE IMPRENTA POR FAVOR

A. Paciente Fecha de nacimiento _____ Edad _____
 Direccion _____ Telefono _____
 Ciudad _____ Zona Postal _____ Propio
 Seguro Social # _____ Lic. de Manejar # _____ Renta
 Empleado por _____ Telefono # _____ Ext. _____
 Direccion del Trabajo _____ Ciudad _____
 Ocupacion _____ Por cuanto tiempo _____ Cobrar a A B
 Celular #: _____
HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE Fecha de Nacimiento _____
 Medico _____ Telefono de la Oficina _____ Fecha del Ultimo Examen _____

B. Persona Responsable

Esposo (a) _____ Telefono de Emergencia _____
 Direccion _____
 Ciudad _____ Zona Postal _____
 Seguro Social # _____ Lic. de Manejar # _____
 Empleado por _____ Telefono # _____ Ext. _____
 Direccion del Trabajo _____ Ciudad _____
 Ocupacion _____ Por cuanto tiempo _____
 Relacion al paciente _____

1. ¿Esta actualmente bajo tratamiento médico? Si No

2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un Procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave? Si No

3. ¿Está tomando algún medicamento, incluyendo Medicinas sin receta? Si No
 Si afirmativo, ¿Cuáles son? _____
 Anestésicos Locales Sedantes Otros
 (Por ejemplo, novocaina) Barbitúricos
 Penicilina u otros Antibióticos Yodo
 Medicamentos a base de Sulfato

4. ¿Usa usted fumar? Si No

5. ¿Ingiere bebidas alcoholicas, cocaína u otras drogas? Si No

6. ¿Usa usted lentes de contacto? Si No

7. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos Si No

8. Si Es Mujer:
 a) ¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo? Si No
 b) ¿Está dando el pecho a su bebé? Si No
 c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? Si No

¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?
 Si No

Ataques de falta de Aire	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Apoplejía	<input type="checkbox"/>	Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/>	Marca Paso Cardíaco	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Fiebre de Heno/Alergias	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Tobillos Hinchados	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Terapia de Radiación	<input type="checkbox"/>	Mareos/Ataque Repentinis	<input type="checkbox"/>	Cansancio Frecuente	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Perdida de Peso Reciente	<input type="checkbox"/>	Hipotensión	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Problema del Corazón	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	Aritias	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de Articulación o Implante	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otro _____	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los Riñones	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Infección de SIDA o HIV	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Venéreas	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	Problemas Estomacales/Ulceras	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Firma _____ Fecha _____

Aviso De Dr.Gregory Robins Para Las Prácticas Privadas

Este aviso describe cómo su información puede ser utilizada y revelada y cómo puede usted acceder a esta información. Por favor, revísela cuidadosamente.

En la oficina de Dr. Robins, siempre hemos mantenido su información de salud de forma segura y confidencial. Una nueva ley nos exige que continuemos manteniendo su privacidad, le enviemos este aviso y sigamos los términos de este aviso.

La ley nos permite que utilicemos o revelemos su información de salud a aquellos implicados en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su archivo por un doctor especialista que puede estar involucrado en sus cuidados.

La podemos usar para revelar su información de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un reporte de su progreso a su compañía de salud.

Podemos usar o revelar su información de salud en nuestras operaciones regulares de cuidados de salud,

Por ejemplo, alguien de nuestro personal, puede introducir su información en nuestro computador.

Podemos compartir su información médica con nuestros asociados de negocios, como un servicio de facturación. Tenemos un contrato escrito con cada asociado de negocios, que requiere que protejan su privacidad.

Podemos usar su información para contactarle. Por ejemplo, podemos enviar boletines y otra información. También puede que queramos llamarle y recordarle sus citas. Si usted no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que responda al teléfono.

En caso de emergencia, podemos revelar su información de salud a un miembro de la familia o a otra persona responsable de su cuidado.

Podemos revelar parte o toda su información de salud cuando esto sea requiendo por la ley.

Si nuestra práctica es vendida, su información se convertirá en propiedad del nuevo dueño. Excepto por lo que se describe arriba, esta práctica no utilizará o revelara su información de salud sin su previa autorización escrita.

Usted puede pedir por escrito que no utilicemos su información de salud como se describe arriba. Le dejaremos saber si podemos cumplir con su petición.

Usted tiene el derecho a saber de cualquier uso o revelación que llevemos a cabo con su información de salud, más allá de los usos normales.

Dado que necesitaremos ponemos en contacto con usted de vez en cuando, utilizaremos la dirección o teléfono que usted prefiera.

Usted tiene el derecho de transferir copias de su información de salud a otra práctica. Enviaremos sus archivos por usted.

Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia de su información de salud, con unas pocas excepciones. Preséntenos una solicitud por escrito con respecto a la información que desea ver. Si usted también quiere una copia de sus registros, puede que le carguemos una tarifa razonable por las copias.

Usted tiene el derecho de pedir una modificación o cambio de su información de salud. Entréguenos su petición para hacer los cambios por escrito. Si usted desea incluir una declaración en su archivo, por favor preséntela por escrito. Puede que realicemos o que no realicemos los cambios que usted solicita, pero nos sentiremos complacidos de incluir su declaración en su archivo. Si estamos de acuerdo en una modificación o cambio, no eliminaremos ni alteraremos documentos previos, sino que añadiremos nueva información.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso.

Si cambiamos cualquiera de los detalles de ese aviso, le notificaremos de los cambios por escrito.

Usted puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, Washington, DC 20201. No habrá represalias por el hecho de que presente una queja.

Sin embargo, antes de presentar una queja, o para más información o ayuda con respecto a la privacidad de su información de salud, por favor póngase en contacto con nuestro Funcionario de Privacidad _____, en el

Este aviso entra en efecto el 14 de abril de 2003.

Reconocimiento

He recibido una copia del aviso de Dr. Gregory Robins para las Prácticas Privadas.

Fecha _____

Firmado _____

Nombre impreso _____

Si está firmando como padre o guardián, por favor anote el nombre del paciente