



Médico Ciudad Norte

Consentimiento General Para Atención Y Tratamiento

A EL PACIENTE: Tú tener el bien, como a paciente, a ser informado acerca de su condición y el cirugía recomendada, médico, o diagnóstico procedimientos a ser usado entonces eso tú puede hacer el decisión si o no a someterse a cualquier sugerido tratamiento o procedimiento, después conocimiento el riesgos y peligros involucrado. En este punto en su cuidado, No específico tratamiento plan tiene estado recomendado. Este consentir forma es simplemente un esfuerzo a obtener su permiso a llevar a cabo el evaluación necesario a identificar el adecuado tratamiento y/o procedimientos para cualquier condición(es) identificada(s).

Este consentir proporciona a nosotros con su permiso a llevar a cabo razonable y necesario médico exámenes, pruebas y tratamiento. Por firma abajo, tú son indicando eso (1) tú pretender eso este consentir es continuo en naturaleza incluso después de una específico diagnóstico tiene estado hecho y tratamiento recomendado. El consentir voluntad permanecer completamente eficaz hasta él es revocado en escribiendo. Tú tener el bien en cualquier tiempo a discontinuar servicios.

Tú tener el bien a conversar el tratamiento plan con su médico acerca de el objetivo, potencial riesgos y beneficios de cualquier prueba ordenado para tú. Si tú tener cualquier preocupaciones acerca de cualquier prueba o tratamiento recomendado por su salud proveedor de cuidados, nosotros alentar tú a preguntar preguntas.

Solicito voluntariamente un médico y/o proveedor de nivel medio (enfermero especializado, asistente médico y otro salud cuidado proveedores o el designados como considerado necesario, a llevar a cabo razonable y atención médica necesaria examen, pruebas y tratamiento para el condición cual tiene trajo a mí a buscar cuidado en este práctica. Entiendo eso si adicional pruebas, invasor o intervencionista procedimientos son recomendado, I voluntad ser preguntó a leer y firmar adicional consentir formularios previo a el prueba(s) o procedimiento(s).

I certificar eso I tener leer y completamente entender el arriba declaraciones y consentir completamente y voluntariamente a es contenido.

Firma del paciente o Personal Fecha representativa

Fecha

Impreso Nombre de Paciente o Personal Representante

Relación a Paciente

Impreso Nombre de Testigo

Centro médico de la ciudad norte

Formulario demográfico del paciente # 2

del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

PACIENTE MÉDICO HISTORIA FORMA

Estimado Paciente,

Por favor devolver terminado paquete con firma páginas a el frente escritorio.

Nombre del paciente: _____

_____ Fecha de nacimiento : __/__/__ Edad : _____

Masculino Femenino Número de Seguro Social : _____

Dirección principal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

_____ Teléfono de casa: Preferido (_____) _____

_____ Teléfono celular: Preferido (_____) _____

_____ Dirección secundaria: _____

_____ Ciudad: _____

_____ Estado: _____ Código postal: _____ Puede nosotros

dejar a mensaje en su respondiendo máquina / ¿buzón de voz? Sí No

de correo electrónico : _____ ¿Podemos enviarte un correo electrónico? Sí No

Idioma _____ preferido: _____

Etnia: Hispano/Latino No hispano/latino

Carrera (controlar todo eso aplicar): Nativo americano o nativo de Alaska asiático Negro o afroamericano
 Nativo hawaiano o Otro Pacífico Isleño Blanco Otro

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono de la farmacia y calles transversales: _____

(Sólo para uso interno)

Número de identificación personal: _____

Patient Name: _____ **DOB:** _____

Médico de atención primaria : _____ **Teléfono:** _____

Referente Médico (si diferente): _____ **Teléfono:** _____

Por favor lista cualquier adicional médicos tú ver: (Incluir
Teléfono #): _____ **Teléfono:** _____

_____ **Teléfono:** _____

_____ **Teléfono:** _____

_____ **Teléfono:** _____

Emergencia Contacto Nombre:

_____ **Relación:** _____ **Teléfono: (____)** _____

Empleo Estado:

Empleado/autónomo Empleado Desempleado Jubilado Desactivado

Ocupación (u ocupación anterior): _____

_____ **Nombre del empleador:** _____

Teléfono del trabajo: (_____) _____

Avanzado Directivas:

Viviendo Voluntad Sí No

duradero Fuerza de Abogado Sí No

Sin DNR Sí No

Si Sí, por favor traer a Copiar con tú.

Patient Name: _____ **DOB:** _____

Médico Historia ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Neurológico Trastorno/Crónico Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Psiquiátrico Trastorno/Enfermedad | <input type="checkbox"/> Pulmonar Embolia/TVP/Sangre Coágulos | <input type="checkbox"/> Sangre Presión Trastorno/Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Colesterol Trastorno/Hiperlipidemia |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones o Epilepsia | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Dormir Apnea |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tiroides Trastorno | <input type="checkbox"/> Ojo Trastorno (es decir Glaucoma) |
| <input type="checkbox"/> Urinario/Riñón Trastorno | <input type="checkbox"/> Corazón Ataque/Corazón Enfermedad/Auricular Fib | <input type="checkbox"/> Otro |

Por favor lista cualquier otro médico enfermedades o problemas y proporcionar detalles para cualquier de el arriba condiciones:

Cirugía Historia Por favor lista CUALQUIER cirugías tú tener tenía y el aproximado fecha.

Procedimiento	Fecha	Complicaciones

Previo Cáncer Tratamiento Hacer tú actualmente tener ¿cáncer? Sí No

Tipo de Cáncer	Año Diagnosticado	Tratamiento	Hospital/Médico Oficina Dónde Usted recibió Tratamiento
		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Radiación Implantes <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Nombre: DIRECCIÓN: Teléfono:
		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Radiación Implantes <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Nombre: DIRECCIÓN: Teléfono:
		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Radiación Implantes <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Nombre: DIRECCIÓN: Teléfono:

Patient Name: _____ **DOB:** _____

Alergias

Son tú alérgico a cualquier medicamentos o ¿Otras sustancias? Sí No Por favor, enumere alergias y reacciones:

Patient Name: _____ DOB: _____

Medicamento Lista

Medicamento Nombre	Dosis	Frecuencia

Hacer tú tener adicional medicamentos no listado ¿arriba? Sí No Si Sí, por favor usar el atrás de este página a lista todo otros.

Mantenimiento de la salud

Fecha de último hueso densidad: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ Tener tú alguna vez tenía un anormal PAPILLA ¿frotis?

Sí No Fecha de la última mamografía: _____ Era eso mamografía ¿normal? Sí No

Fecha de la última colonoscopia: _____ Era eso colonoscopia ¿normal? Sí No

Familia Médico Historia Indique cualquier condición importante, incluido el cáncer, que hayan tenido sus familiares directos.

Relativo	Condición y Descripción	¿Viviendo?	Si fallecido, en qué ¿edad?
Madre		Y N	
Padre		Y N	
Hermano		Y N	
Hermano		Y N	
Hermano		Y N	
Abuelo		Y N	
Abuelo		Y N	
Otro		Y N	

Historia social

Hacer tú actualmente ¿fumar? Sí No Si No, ¿previamente? Sí

Sin años ahumado. Paquetes por día _____ Año abandonar _____

Hacer tú usar otro tabaco productos? Sí No ¿Consumir alcohol? Sí No Si es así, bebidas por semana _____

¿Consume alguna droga (incluida la marihuana)? Sí No En caso afirmativo, ¿qué fármaco y durante cuánto tiempo?

Marital Estado: Soltero Casado Asociado Apartado Divorciado Viudo

Hacer tú sufrir de doméstico ¿violencia? Sí No Hacer tú sentir seguro en ¿hogar? Sí No

Patient Name: _____ DOB: _____

Revisar de Sistemas Por favor indicar TODO eso tú tener experimentado dentro el último tres meses.

General

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Sentimiento Cansado | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Aumento de peso |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Sentimiento Mal | |

Ojos

- | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Seco Ojos | <input type="checkbox"/> Ojo Dolor | <input type="checkbox"/> Que produce picor Ojos |
| <input type="checkbox"/> Visión Cambios | <input type="checkbox"/> Vista Problemas | | |

Oído/Nariz/Garganta

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dolor de oídos | <input type="checkbox"/> Pérdida de Audiencia | <input type="checkbox"/> Nariz Sangra |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los senos paranasales | <input type="checkbox"/> Doloroso Garganta | <input type="checkbox"/> Ronquera | |

Corazón

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Pecho Dolor | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Lento Corazón Tasa |
| <input type="checkbox"/> Pierna Hinchazón | <input type="checkbox"/> Rápido frecuencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas, malestar o | <input type="checkbox"/> fatiga durante caminando |

Pulmones/Respiración

- | | | | |
|--|------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Sibilancias | <input type="checkbox"/> Falta de Aliento |
| <input type="checkbox"/> Problema respiración con esfuerzo | | <input type="checkbox"/> Problema respiración cuando mintiendo departamento | |

Gastrointestinal

- | | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Abdominal Dolor | <input type="checkbox"/> Constipación | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Sangre en heces |

Piel

- | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Picor | <input type="checkbox"/> Cambiar en lunar |
| <input type="checkbox"/> Piel Lesiones | <input type="checkbox"/> Piel Herida | <input type="checkbox"/> Mama Bulto | |

Neurológico

- | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Miembro Debilidad | <input type="checkbox"/> Confundido | <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Dificultad Caminando |

Psiquiátrico

- | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Suicida | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Perturbado Dormir |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Emocional Problemas | <input type="checkbox"/> Cambiar en Personalidad | |

Endocrino

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Cabello Pérdida | <input type="checkbox"/> Débil Musculatura | <input type="checkbox"/> Caliente Destellos |
| <input type="checkbox"/> Sentimiento Débil | <input type="checkbox"/> Profundización Voz | | |

Dobladillo/linfa

- | | | | |
|----------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Fácil Sangrado | <input type="checkbox"/> Fácil Moretones | <input type="checkbox"/> Hinchado Glándulas |
|----------------------------------|---|--|---|

Patient Name: _____ DOB: _____

CONSENTIR A REVELAR MÉDICO INFORMACIÓN

Por favor controlar uno de el siguiente:

_____ Doy permiso a los empleados de North City Medical, para revelar mi Protegido Salud Información a a mí y el siguiente individuo(s):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

_____ I pedido eso todo mi Protegido Salud Información ser divulgado SOLO a a mí y No otro **individuo(s)** .

I entender eso I puede revocar o cambiar este Consentir en cualquier tiempo por relleno afuera otro Consentir forma a Reemplace este.

Paciente Nombre (Imprimir)

Fecha

Paciente o Garante (Firma)