



Medik Nò Vil la

Consentimiento General Para Atención Y Tratamiento

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado(a) sobre su condición y sobre los procedimientos quirúrgicos, médicos o diagnósticos recomendados que se utilizarán, para que pueda tomar la decisión de aceptar o no cualquier tratamiento o procedimiento sugerido, después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Nan moman sa a, pa gen okenn plan de tretman espesifik ki rekòmande. Fòmilè konsantman an se senpleman yon efò pou jwenn otorizasyon pou fè evalyasyon nesèsè ak fin idantifye tretman an ak/o pwosedi ki apwopriye pou nenpòt kondisyon idantifye.

Este consentimiento no otorga su autorización para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos que sean razonables ak nesèsè. Al firmar a continuación, usted indica que (1) entiende que este consentimiento es de carácter continuo, incluso después de que se haya establecido un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento. Konsentman sa a rete plenman valide hasta que sea revocado por escrito.

Usted tiene el derecho de suspender los servicios en cualquier momento.

You tiene el derecho de hablar con su médico sobre el plan de tratamiento, incluyendo el propósito, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba que se le ordene. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Solicito voluntariamente que un médico y/o proveedor de nivel intermedio (Enfermero/a Practicante, Asistente Médico/ay otros proveedores de atención médica o sus designados, según se considera necesario) realicen los exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención en esta práctica. Entiendo que, si se rekòmanden prèv adisyonèl oswa pwosedi envazib oswa entèvansyon, se mwenn ki pedirá ke lea ak fèm fòm nan konsantman adisyonèl anvan yo fè tès (yo) oswa pwosedi (yo).

Sètifika ke li te leído ak konprann konplètman las declaraciones anteriores y otorgo mi consentimiento pleno e volontaire a son contenu.

Firma del Paciente ou Representante Personal

Fecha

Nombre en letra de enprent del Paciente ou Representante Personal

Paran ak Pasyan an

Sinon: T...

Fecha a

Nombre en letra de enprent del Testigo

Mediko Vil Medikal

Formulario Demogràfico del Paciente # 2

Non Pasyan an : _____ Dat nesans: _____

Formulario de Historia Medica del Paciente

Pasyan estime ,

Pou favè, devuelva pakè konplè ak paj sa yo nan resepsyon an.

Non Pasyan an: _____

_____ Dat nesans : __/__/__ Laj : _____ Maskilen

Femenin Nimewo Sekirite Sosyal : _____ Direksyon

Prensipal: _____

Vil: _____ Eta: _____ Kòd Postal: _____

_____ Telefòn de Casa: Preferido (_____) _____

_____ Telefòn Selilè: Preferido (_____) _____

_____ Direksyon Segondè: _____

_____ Vil: _____ Eta: _____

_____ Kòd Postal: _____ ¿Podemos dejar un mensaje en su

contestadora / correo de voz? Wi Non

Direksyon Correo Elektronik : _____ Èske w ap voye yon mesaj elektwonik? Wi
Non

Lang _____ prefere:

Etnisite: Hispano/Latino Non- Hispano/Latino

Raza (marque todas las que correspondan): Nativo Americano ou Nativo de Alaska Azyatik Nwa oswa Afro-
Ameriken

Nativo Hawaiano ak Otro Isleño del Pacífico Blan Lòt

Non Famasi a: _____

Nimewo telefòn famasi a ak kwaze lari yo: _____

(Pou Itilizasyon Entèn Sèlman)

Nimewo MRN: _____

Patient Name: _____ **DOB:** _____

Doktè Swen Prensipal : _____ **Telefòn:** _____

Referans Doktè (si diferan): _____ **Telefòn:** _____

Tanpri lis nenpòt adisyonèl Doktè ou gade: (Enkli Telefòn #): _____ **Telefòn:** _____

_____ **Telefòn:** _____

Telefòn: _____ **Telefòn:** _____

Telefòn: _____

Ijans Kontakte Non:

Relasyon: _____ **Telefòn: (_____)** _____

Anplwa Sitiyasyon:

Anplwaye/Pwofesyonèl Anplwaye Chomaj Retrete Andikape

Okipasyon (oswa Ansyen Okipasyon): _____

_____ **Non Patwon an:** _____ **Telefòn travay: (**

_____ **)** _____

Avanse Direktiv:

Viv Volonte **Wi** **Pa** **dirab Pouvwà de Avoka** **Wi** **Pa gen** **DNR** **Wi** **Non**

Si wi, tanpri pote yon kopi avèk ou menm.

Patient Name: _____ **DOB:** _____

Medikal Istwa Èske w te JANM gen nenpòt nan bagay sa yo:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Newolojik Twoub/Kwonik Maltèt | <input type="checkbox"/> Atrit |
| <input type="checkbox"/> Sikyatrik Maladi/Twoub | <input type="checkbox"/> San Presyon Twoub/Tansyon wo | <input type="checkbox"/> Poumonè Anbolism/TVP/San Kayo |
| <input type="checkbox"/> Kansè | <input type="checkbox"/> Konjesyon serebral | <input type="checkbox"/> Kolestewòl Twoub/Ipèlipidemi |
| <input type="checkbox"/> Kriz oubyen Epilepsi | <input type="checkbox"/> Maladi poumon kwonik obstriktif | <input type="checkbox"/> Dòmi Apne |
| <input type="checkbox"/> Dyabèt | <input type="checkbox"/> Tiwoyid Twoub | <input type="checkbox"/> Je Twoub (sa vle di Glokòm) |
| <input type="checkbox"/> Urinè/Ren Twoub | <input type="checkbox"/> Kè Atak/Kè Maladi/Atriyal Manti | <input type="checkbox"/> Lòt |

Tanpri lis nenpòt lòt medikal maladi oubyen pwoblèm epi bay detay pou nenpòt de la anwo kondisyon:

Chiriji Istwa Tanpri lis NENPÒT operasyon ou genyen te genyen epi la apwoksimatif dat.

Pwosedì	Dat	Konplikasyon

Anvan Kansè Tretman Fè ou kounye a genyen kansè? Wi Non

Kalite de Kansè	Ane Dyagnostike	Tretman	Lopital/Doktè Biwo Ki kote Ou te resevwa Tretman
		<input type="checkbox"/> Operasyon <input type="checkbox"/> Biyoterapi <input type="checkbox"/> Radyasyon <input type="checkbox"/> Radyasyon Enplant <input type="checkbox"/> Chimyoterapi	Non: Adrès: Telefòn:
		<input type="checkbox"/> Operasyon <input type="checkbox"/> Biyoterapi <input type="checkbox"/> Radyasyon <input type="checkbox"/> Radyasyon Enplant <input type="checkbox"/> Chimyoterapi	Non: Adrès: Telefòn:
		<input type="checkbox"/> Operasyon <input type="checkbox"/> Biyoterapi <input type="checkbox"/> Radyasyon <input type="checkbox"/> Radyasyon Enplant <input type="checkbox"/> Chimyoterapi	Non: Adrès: Telefòn:

Alèji

Èske ou alèjik pou nenpòt medikaman oubyen lòt sibstans? Wi Non Tanpri bay lis la alèji ak reyaksyon:

Patient Name: _____ DOB: _____

Medikaman Lis

Medikaman Non	Dòz	Frekans

Fè ou genyen adisyonèl medikaman pa ki nan lis anwo a? Wi Non Si wi, tanpri itilize la tounen de sa a paj pou lis tout lòt moun.

Antretyen Sante

Dat de dènye zo dansite: _____

Dat dènye tès Pap la: _____ Genyen ou tout tan te genyen yon anòmèl PAP fwote?

Wi Dat dènye mamografi a: _____ Te sa mamografi nòmèl? Wi Non

Dat dènye kolonoskopi a: _____ Te sa kolonoskopi nòmèl? Wi Non

Fanmi Medikal Istwa Tanpri endike nenpòt gwo pwoblèm sante, tankou kansè, ke manm fanmi pwòch ou yo te genyen.

Relatif	Kondisyon epi Deskripsyon	Ap viv?	Si moun ki mouri a, nan kisa laj?
Manman		Wi N	
Papa		Wi N	
Frè ak sè		Wi N	
Frè ak sè		Wi N	
Frè ak sè		Wi N	
Granparan		Wi N	
Granparan		Wi N	
Lòt		Wi N	

Istwa Sosyal

Fè ou kounye a lafimen? Wi Non Si non, anvan? Wi Pa gen

Ane fimèn _____ Pakè pa jou _____ Ane kite _____

Fè ou itilize lòt tabak pwodwi yo? Wi Non Konsome alkòl? Wi Non Si wi, bwason pa semèn _____

Èske ou pran dwòg (tankou marigwana)? Wi Non Si wi, ki dwòg e pou konbyen tan?

Maryaj ? Sityasyon: Selibatè Marye An patenarya Separe Divòse Vèv

Fè ou soufri soti nan domestik vyolans? Wi Non Fè ou santi an sekirite nan lakay? Wi Non

Patient Name: _____ DOB: _____

Revizyon de Sistèm yo Tanpri endike TOUT sa ou genyen ki gen eksperyans anndan la dènnye twa mwa.

Jeneral

- | | | | |
|---------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Okenn | <input type="checkbox"/> Santiman Fatige | <input type="checkbox"/> Lafyè v | <input type="checkbox"/> Pran pwa |
| <input type="checkbox"/> Frison | <input type="checkbox"/> Pèdi pwa | <input type="checkbox"/> Santiman Malman | |

Je

- | | | | |
|--|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Okenn | <input type="checkbox"/> Sèk Je | <input type="checkbox"/> Je Doulè | <input type="checkbox"/> Gratèl Je |
| <input type="checkbox"/> Vizyon Chanjman | <input type="checkbox"/> Vizyon Pwoblèm | | |

Zòrèy/Nen/Gòj

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Okenn | <input type="checkbox"/> Mal zòrèy | <input type="checkbox"/> Pèt de Odyans | <input type="checkbox"/> Nen Senyen |
| <input type="checkbox"/> Pwoblèm sinis | <input type="checkbox"/> Maleng Gòj | <input type="checkbox"/> Vwa rèd | |

Kè

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Okenn | <input type="checkbox"/> Pwatin Doulè | <input type="checkbox"/> Palpitasyon | <input type="checkbox"/> Ralanti Kè To |
| <input type="checkbox"/> Janm Anfle | <input type="checkbox"/> Vit batman kè | <input type="checkbox"/> Doulè nan janm, malèz fatig pandan ap mache oswa | |

Poumon/Respirasyon

- | | | | |
|---|-------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Okenn | <input type="checkbox"/> Tous | <input type="checkbox"/> Souf kout | <input type="checkbox"/> Kout de Souf |
| <input type="checkbox"/> Pwoblèm respire avèk efò | | <input type="checkbox"/> Pwoblèm respire lè bay manti plat | |

Gastwoentestinal

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Okenn | <input type="checkbox"/> Abdominal Doulè | <input type="checkbox"/> Konstipasyon | <input type="checkbox"/> Dyare |
| <input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac | <input type="checkbox"/> Kè plen | <input type="checkbox"/> Vomisman | <input type="checkbox"/> San nan pou pou |

Po

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Okenn | <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Gratèl | <input type="checkbox"/> Chanjman nan taupe |
| <input type="checkbox"/> Po Lezyon | <input type="checkbox"/> Po Blesi | <input type="checkbox"/> Tete Boul | |

Newolojik

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Okenn | <input type="checkbox"/> Manm Feblès | <input type="checkbox"/> Konfonn | <input type="checkbox"/> Pèt de Memwa |
| <input type="checkbox"/> Konvulsion | <input type="checkbox"/> Maltèt | <input type="checkbox"/> Vètij | <input type="checkbox"/> Difililte Mache |

Sikyatrik

- | | | | |
|------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Okenn | <input type="checkbox"/> Swisid | <input type="checkbox"/> Enkyetid | <input type="checkbox"/> Deranje Dòmi |
| <input type="checkbox"/> Depresyon | <input type="checkbox"/> Emosyonèl Pwoblèm | <input type="checkbox"/> Chanjman nan Pèsonalite | |

Andokrin

- | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Okenn | <input type="checkbox"/> Cheve Pèt | <input type="checkbox"/> Fèb Misk | <input type="checkbox"/> Cho Flache |
| <input type="checkbox"/> Santiman Fèb | <input type="checkbox"/> Apwofondisman Vwa | | |

Hem/Lenf

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Okenn | <input type="checkbox"/> Fasil Senyen | <input type="checkbox"/> Fasil Ematom | <input type="checkbox"/> Anfle Glann |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Patient Name: _____ DOB: _____

KONSANTMAN A DEFWALE MEDIKAL ENFÒMASYON

Tanpri tcheke youn de la sa ki annapre yo:

_____ Mwen bay anplwaye North City Medical pèmisyon pou yo divilge mwen Pwoteje Sante Enfòmasyon pou mwen epi la swivan moun(yo):

Non: _____ Relasyon: _____ Telefòn: _____

Non: _____ Relasyon: _____ Telefòn: _____

Non: _____ Relasyon: _____ Telefòn: _____

Non: _____ Relasyon: _____ Telefòn: _____

Non: _____ Relasyon: _____ Telefòn: _____

Non: _____ Relasyon: _____ Telefòn: _____

_____ Mwen demann sa tout mwen Pwoteje Sante Enfòmasyon se divilge SÈLMAN pou mwen epi non lòt **moun(yo)** .

Mwen konprann sa Mwen me revoke oubyen chanjman sa a Konsantman nan nenpòt tan pa ranpli deyò yon lòt Konsantman fòm pou ranplase sa a.

Pasyan Non Dat (Enprime)

Pasyan oubyen Garan (Siyati)