



David J. Beyda, MD  
Sherli Payampour, RPAC

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

Apellido, Nombre: \_\_\_\_\_

Circule uno: Masculino o Femenino      Número de Seguro Social: XXX - XX - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle      Apto.      Ciudad      Estado      Código postal

Teléfono de la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Mi firma a continuación reconoce lo siguiente:**

- He recibido una copia / Estoy al tanto de la **Declaración de Derechos del Paciente**; como lo exige la ley y han tenido la oportunidad de recibir asistencia para entender y ejercer estos derechos.
- He recibido una copia / Soy consciente de la **Notificación de Prácticas de Privacidad** de esta oficina, incluida la **Información de Salud Privada (PHI)** designada en el momento de la visita.
- He recibido información sobre / Estoy al tanto de la campaña del **Programa Speak Up**.

**Firma del Paciente/ Representante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

La firma anterior no se obtuvo porque:

- El paciente no puede y no está acompañado por un representante. El paciente se fue con todas las divulgaciones pertinentes.
- El paciente se negó a firmar  El paciente rechazó los formularios

**Asignación de Beneficios**

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, para incluir los beneficios principales a los que tengo derecho, seguro privado y cualquier otro plan de salud a Main Street Medical Services, PLLC.

Dicho acuerdo permanecerá vigente hasta que lo revoque por escrito. Una fotocopia de este acuerdo debe ser considerado válido como original. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cobros ya sean pagados o no por dicho Seguro Médico. Por la presente autorizo a Main Street Medical Services, PLLC a liberar toda la información para asegurar el pago de los servicios prestados.

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

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



Apellido, Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es el motivo de su visita de hoy?

\_\_\_\_\_

2. ¿Quién es su médico de referencia (Nombre y Apellido)?

\_\_\_\_\_

3. ¿Tiene alguna condición médica? SÍ o NO (si es así, por favor liste)

1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido alguna cirugía en el pasado? SÍ o NO (si es así, por favor liste)

1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

5. ¿Toma algún medicamento? SÍ o NO (si es así, por favor liste)

1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

6. ¿Es alérgico a algún medicamento? SÍ o NO (si es así, por favor liste)

\_\_\_\_\_

7. ¿Fumas? SI o NO

A.Si respondió Sí, ¿cuánto fuma? \_\_\_\_\_

8. ¿Bebes bebidas alcohólicas? Si o NO

A.Si respondió Sí, ¿con qué frecuencia bebe? \_\_\_\_\_

9. ¿Tienes algún historial familiar de alguna enfermedad? SÍ o NO (si es así, por favor liste)

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene algún historial familiar de cáncer? SÍ o NO (si es así, por favor liste)

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

11. ¿Alguna vez se ha hecho una Colonoscopia? Si o NO

A.Si respondió Sí, ¿Cuándo fue su última colonoscopia y cuáles fueron los hallazgos en ese momento? \_\_\_\_\_

12. ¿Le hicieron un análisis de sangre completo en el pasado año? Si o NO

13. Si nació durante 1945-1965, ¿alguna vez le hicieron la prueba de Hepatitis C? SÍ o NO

¿Le gustaría hacer la prueba hoy? Si o NO



**¿Tiene un historial de alguno de los siguientes? Marque todo lo que aplique**

**Gastrointestinal:**

**GI superior:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales    | <input type="checkbox"/> Ardor estomacal | <input type="checkbox"/> Náuseas/ Vómitos       |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Dolor al tragar | <input type="checkbox"/> Aumento de peso ___lbs |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso ___lbs | <input type="checkbox"/> Otro _____      |   |

**GI inferior:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento       | <input type="checkbox"/> Diarrea         | <input type="checkbox"/> Dolor al evacuar                      |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides         | <input type="checkbox"/> Exceso de gases | <input type="checkbox"/> Heces fecales negras                  |
| <input type="checkbox"/> Dolor rectal        | <input type="checkbox"/> Sangrado rectal | <input type="checkbox"/> Picor rectal                          |
| <input type="checkbox"/> Pólipos en el colon | <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Historial familiar de cáncer de colon |
| <input type="checkbox"/> Otro _____          |  | Especifique _____  |

**Hígado:**

- |  |                                   |                                    |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ojos/ piel amarillentos | <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|

**Vesícula Biliar y Páncreas:**

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Piedras en la Vesícula | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Vesícula | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
|---|---|---------------------------------------|

**General:**

- |                                  |  |                                 |
|----------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebres | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Fatiga |
|----------------------------------|--|---------------------------------|

**Piel:**

- |                                     |                                 |   |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Erupciones | <input type="checkbox"/> Llagas | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|

**Endocrino:**

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Tolerancia anormal al frío o al calor | <input type="checkbox"/> Diabetes |
|--|--|-----------------------------------|

**Ojos:**

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ojos amarillentos | <input type="checkbox"/> Descarga ocular | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--|--|-------------------------------------|

**Oídos, Nariz y Garganta:**

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangrado nasal frecuente | <input type="checkbox"/> Cambio en la voz | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---|---|-------------------------------------|

**Corazón:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Murmur         | <input type="checkbox"/> Palpitaciones                     | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón |
| <input type="checkbox"/> Angina         | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Alta presión      |
| <input type="checkbox"/> Stent cardiaco | <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca                  | <input type="checkbox"/> Otro _____        |

**Pulmones:**

- |                               |                               |   |
|-------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón |
|-------------------------------|-------------------------------|---|

**Genitourinario:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ardor al orinar | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina |
|--|--|---|

**Musculo esquelético:**

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nuevo dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Nuevo dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Artritis |
|--|---|-----------------------------------|

**Infeccioso:**

- |   |                   |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> infección reciente | Especificar _____ |
|---|-------------------|