

INFORMACIÓN GENERAL:

Apellido del paciente		Nombre	_____/_____/_____ Inicial media Fecha de nacimiento
_____ Teléfono		_____ Teléfono celular	
Domicilio postal	Ciudad	Estado	Código
N.º de Seguro Social _____ - _____		M F (Marcar con un círculo)	Soltero Casado Divorciado Viudo (Marcar una con un círculo)
Lugar de empleo _____			
Asegurador médico principal		Número de la póliza	
HMO PPO POS Otra (Tipo de plan)		_____ Teléfono del Seguro médico	
Seguro médico secundario		Número de la póliza	
HMO PPO POS Otra (Tipo de plan)		_____ Teléfono del asegurador médico	

IMPORTANTE: A quién contactar en caso de emergencia

Nombre	Relación
_____ Domicilio (Calle/Ciudad/Cód.Postal)	_____ Teléfono
_____ Teléfono celular	_____ Teléfono laboral

"Comprendo que soy responsable de pagar todos los cargos contraídos, los cubra o no el seguro. Es mi responsabilidad pagar cualquier monto deducible adeudado al momento de recibir el servicio y cualquier otro saldo no cubierto por mi seguro dentro de los 30 días. Autorizo a que se revele la información médica necesaria para determinar los beneficios pagaderos para los servicios relacionados.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el centro médico (Grupo médico JSA) realice el tratamiento médico correspondiente."

Firma del paciente o tutor

Fecha

Expediente médico del paciente

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la última exploración física: _____ Nombre del médico anterior: _____

Domicilio del médico: _____

ANTECEDENTES (personales y de alergias):

¿Ha padecido alguna de las siguientes afecciones?

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Amputación	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Jaqueca	☐	☐
Anemia	☐	☐	Enfisema/EPOC	☐	☐	Depresión nerviosa	☐	☐
Abuso de alcohol	☐	☐	Caídas	☐	☐	Ostomías	☐	☐
Alergias	☐	☐	Colecistopatía	☐	☐	Parálisis	☐	☐
(no a medicamentos)			Gota	☐	☐	Fiebre reumática	☐	☐
Artritis	☐	☐	VIH / SIDA	☐	☐	Convulsiones	☐	☐
Asma	☐	☐	Ataque cardíaco / IM	☐	☐	Enfermedades		
Trastornos hemorrágicos	☐	☐	Otra enfermedad cardíaca	☐	☐	venéreas	☐	☐
Cáncer	☐	☐	(Fallo cardíaco)			Anemia drepanocítica	☐	☐
ubicación			Hepatitis	☐	☐	Trastornos del sueño	☐	☐
Arritmias cardíacas	☐	☐	Hipertensión arterial	☐	☐	Úlceras estomacales	☐	☐
Marcapasos			Ictericia	☐	☐	Enfermedades tiroideas	☐	☐
Varicela	☐	☐	Enfermedad renal	☐	☐	Trastorno vascular	☐	☐
Colitis	☐	☐	Sarampión / Paperas	☐	☐			
Depresión	☐	☐						
Infarto cerebral	☐	☐						

HÁBITOS PERSONALES:

- 1) ¿Ha fumado alguna vez? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿es un fumador habitual? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha consumido tabaco de mascar? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, cantidad de años ____ Si es no, ¿cuándo lo dejó? _____
- 2) ¿Bebe alcohol habitualmente? ☐ Sí ☐ No Si lo hace, ¿con qué frecuencia?: _____
- 3) ¿Ha usado alguna de las siguientes?: Marihuana ☐ LSD ☐ Heroína ☐ Cocaína ☐ Anfetaminas ☐ Otras ☐

OPERACIONES: Enumere e indique el año aproximado. HERIDAS GRAVES: Enumere las heridas e indique las fechas aproximadas.

HOSPITALIZACIONES: (Además de las operaciones)

Indique razones y fechas aproximadas

EXÁMENES DIAGNÓSTICOS:

ÚLTIMO EXAMEN	FECHA	UBIC./PRESTADOR
EXAMEN DE LA VISTA:	_____	_____
EXAMEN DE PIES:	_____	_____

VACUNAS: (Indique la fecha) Hepatitis B _____ Gripe _____ Poliomielitis _____

Tifoidea _____ Viruela _____ Tétanos _____ Neumocócica _____ Varicela _____

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

ANTECEDENTES FAMILIARES	Sexo		SI VIVE		SI FALLECIÓ	
			EDAD	SALUD	EDAD AL FALLECER	CAUSA
Padre						
Madre						
Hermanos/hermanas	M	F				
	M	F				
	M	F				
Esposo/esposa						
Hijos/hijas	M	F				
	M	F				

Verifique si algún consanguíneo padece o ha padecido alguna de las siguientes e ingrese su parentesco:

	Sí	No	Parentesco con usted		Sí	No	Parentesco con usted
Artritis	☐	☐	_____	Hipertensión arterial	☐	☐	_____
Asma	☐	☐	_____	Pólipos intestinales	☐	☐	_____
Tendencia a hemorragias	☐	☐	_____	Enfermedad renal	☐	☐	_____
Cáncer	☐	☐	_____	Leucemia	☐	☐	_____
Colitis	☐	☐	_____	Jaqueca	☐	☐	_____
Enfermedad cardíaca congénita	☐	☐	_____	Depresión nerviosa	☐	☐	_____
Diabetes	☐	☐	_____	Fiebre reumática	☐	☐	_____
Enfisema	☐	☐	_____	Anemia drepanocítica	☐	☐	_____
Epilepsia	☐	☐	_____	Úlceras estomacales	☐	☐	_____
Tiroide	☐	☐	_____	Infarto Cerebral	☐	☐	_____
Gota	☐	☐	_____	Suicidio	☐	☐	_____
Rinitis polínica	☐	☐	_____	Tuberculosis	☐	☐	_____
Ataque cardíaco	☐	☐	_____	Otros	☐	☐	_____

MEDICAMENTOS:

☐ Medicamento para asma	☐ Somníferos/tranquilizantes
☐ Aspirina, Bufferin, Anacin, Tylenol o productos similares	☐ Medicamentos para la tiroides
☐ Píldoras para la hipertensión	☐ Medicamentos para el estómago/digestivos
☐ Cortisona, prednisona	☐ Píldoras para bajar de peso
☐ Medicamento para la tos	☐ Anticoagulantes o cumadina
☐ Digitalis o medicamentos para el corazón	☐ Dilantin o medicamentos para las convulsiones
☐ Hormonas	☐ Píldoras contra la retención de agua o diuréticos
☐ Insulina o píldoras para la diabetes	☐ Antibióticos
☐ Medicamentos para la anemia	☐ Fenobarbital/barbitúricos
☐ Laxantes	☐ Vitaminas
	☐ Otros medicamentos con receta o de venta libre

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Enumere cada medicamento, la dosis y la frecuencia con la que lo toma, incluyendo vitaminas y suplementos naturales

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, enumere los medicamentos y las reacciones.

Medicamento	Reacción

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Antecedentes de estilo de vida/sociales:

Lengua materna _____

¿Vive alguien más en su residencia?

SÍ

NO

Si la respuesta es sí, indique nombre y relación:

Tipo de residencia

Departamento

Vivienda móvil

Casa

Un piso

Dos pisos

Vivienda con servicio de ayuda Nombre _____

Otra _____

Equipo médico

SÍ

NO

Silla de ruedas _____

Oxígeno _____

Andador _____

Nebulizador _____

Bastón _____

Sistema de CPAP/BIPAP _____

Otros _____

¿Puede pagarse los medicamentos?

SÍ

NO

Posible remisión al programa de ayuda al paciente

Transporte proporcionado por:

Antecedentes nutricionales:

Peso actual

Lbs

Altura actual

Ft

In

¿Cambios de peso en los últimos 6 meses? Sí / No

Plan de dieta actual

Ejercicio / actividad:

Actividad actual

Frecuencia

Limitaciones físicas:

Actividades de rutina diaria:

¿Necesita ayuda para bañarse o asearse?

SÍ

NO

Si la respuesta es sí, explique:

¿Necesita ayuda para ir al baño?

SÍ

NO

Si la respuesta es sí, explique:

¿Necesita ayuda para comer?

SÍ

NO

Si la respuesta es sí, explique:

¿Tiene pérdida de la audición?

SÍ

NO

¿Usa audífonos? Sí ☐ No ☐

Fecha del último examen auditivo: _____

Comentarios y notas adicionales:



West Orange Family Medical Care, PA

Diplomate, American Board of Family Medicine

Michael G. Mercado, M.D., FAFMP, CMD

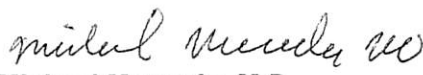
FORMS EFFECTIVE 6-1-17

At times a patient may be required by insurance providers, employers, etc. to have form(s) completed. Form completion is not considered part of your "normal" medical care provide by our office, but a separate service that requires payment for completion. Please note that we do not complete all forms given to our office, we reserve the right to decline completing such form(s). You will not be charged for any form(s) that have not been completed. It is possible that completed form(s) may not satisfy the recipient (insurance or employers, etc.) and as such may require additions form(s), should this occur the patient is responsible for additional fees as stated below.

Please be aware that it may take up to 2 weeks for your form(s) to be completed. To ensure accuracy and to avoid possible delays, the patient is responsible for completing all fields that pertain but not limited to; Employee information, medical facts, performance impediment, amount of leave needed, etc. It is also necessary that the patient attach a summary of his/her condition explaining why the form(s) are being required. In addition, if there are any fields left blank for any reason, you must include an explanation as to why you feel you cannot input an answer. Without this information you may hinder your form(s) readiness fro pick up.

PAYMENT IS DUE AFTER FORM(S) HAVE BEEN COMPLETED. YOU WILL NOT RECEIVE, HAVE FAXED OR MAILED ANY FORM(S) UNTIL PAYMENT HAS BEEN MADE. PLEASE REFER TO THE TABLE BELOW FOR FEE SCHEDULE.

Disability Form(s) (short and long term)	45.00
FMLA form(s)	25.00
Letter explaining diagnosis, travel letter(s)	25.00
Form(s) for court of any kind	25.00
Jury duty excuse, work or school excuse, Handicap form(s) for DMV	0.00


Michael Mercado, M.D.

Patient Name

Date