

East Bay Family Practice
Informacion del paciente

Nombre _____ Sexo: F M Fecha de Nacimiento _____
Direccion _____ Numero del Seguro Social _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Tel. de casa(____) _____
Empleador/Escuela _____ Tel. de trabajo(____) _____
Celular(____) _____

Ocupacion _____ Tiempo completo _____ Medio tiempo _____ Correo Electronico _____
Estado Civil, Soltero _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Separado(a) _____ Viudo(a) _____ Menor de edad _____

Nombre de Padres, Esposo(a), o Pareja _____ Sexo F M Fecha de Nacimiento _____
Direccion(solo si es diferente a la del paciente) _____ Tel. de casa(____) _____
Empleador _____ Tel. de trabajo (____) _____

Contacto en Caso de Emergencia _____ Telefono (____) _____
Direccion _____ Tel. de trabajo (____) _____

Persona responsable de pagar Usted mismo(a) _____ Esposo(a) o Pareja _____ Padres _____ Otro _____

INFORMACION DE LA ASEGURANSA

Aseguransa principal _____ Numero de Identificacion _____
Numero de Grupo _____
Nombre del Grupo _____
Direccion de la Aseguransa _____ Numero de Tel. _____
Nombre del Subscriptor _____ Relacion con el Paciente _____
Numero de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Empleador _____

Para Pacientes de HMO Solamente

Yo he elegido _____ Para que sea mi Doctor de cabecera empesando en _____
_____ A travez de Hill Physicians o Alliance.
(fecha)

Favor de tomar en cuenta que proveernos con la informacion incorrecta de su aseguransa o no comunicarnos cambios con esta, podria resultar en cargos medicos para usted.

FAVOR DE FIRMAR LOS ACUERDOS AL REVERSO

ASIGNACIÓN DE VENTAJAS Y DEL ACUERDO FINANCIERO

Doy por este medio autorizarion del curso de vida para el pago de las ventajas de seguro que se harán directo a East Bay Family Practice Medical Group Inc. y cualquier asistente de Doctor por los servicios recibidos. Entiendo que soy responsable de todos los cargos ya sean o no cubiertos por mi aseguransa. En caso de defecto convengo a pagar todos los costos, honorarios razonables de la colección y del abogado. Autorizo por este medio a East Bay Family Practice a proporcionar toda informacion necesaria para asegurar el pago de beneficios. Estoy de acuerdo que una fotocopia de este acuerdo sea tan valido como el original.

Firme aqui _____ Fecha _____

POLIZA DE CANCELAR Y POSPONER CITAS

Si usted no llama para cancelar o posponer una cita al menos con 24 horas de anticipacion, resultara en un cargo de \$50 a \$100 dolares. Esta cantidad no es pagado por su aseguransa. Despues de tres fallas como estas, nos veremos obligados a pedirle que deje la clinica.

Estoy Informado de la poliza de cancelacion y posponimiento de citas de East Bay Family Practice.

Firme aqui _____ Fecha _____

Como escucho usted de East Bay Family Practice? _____

Quisieramos agradecer a quien lo refirio con East Bay Family Practice

**East Bay Family Practice
3100 Telegraph Avenue, Suite 2109
Oakland, CA 94609**

A nuestros pacientes:

Te damos la bienvenida y prometemos darte un excelente servicio médico de alta calidad. Sin embargo, te pedimos que a cambio nos ayudes cumpliendo con las siguientes responsabilidades. Te pedimos que firmes al final de esta página para confirmar que has leído y entendido las siguientes pólizas.

Requerimos un aviso de al menos 24hrs. si piensas cancelar o cambiar tu cita.

- Recibirás una factura por correo de \$50 si pierdes o cancelas una cita sin avisar por lo menos 24hrs antes. Recibirás una factura de \$100 si la cita es para un examen físico o si la cancelas después de 24hrs. antes de la cita.
- No venir a tus citas o cancelar con aviso de menos de 24hrs. 3 veces, resultará en terminación de nuestra relación de paciente y proveedor de salud.

Todos los pagos por visita, deducibles y otros pagos se hacen al tiempo de su visita

- Aceptamos cheques personales, efectivo, visa y mastercard. Un cargo de \$15 dólares será impuesto por cheques regresados o sin fondos.
- Cobramos \$10 si no paga por su “pago por visita” al tiempo de su cita.

Si usted tiene un balance con nosotros, le requeriremos un pago al tiempo de su cita.

- Le pediremos que haga un pago por su balance en cada cita que tenga y le mandaremos una factura por correo hasta que su balance sea pagado completamente.
- Nos veremos obligados a no brindarle cuidado médico si usted se reusa a hacer pagos en su balance.

Nosotros cobramos por completar formas incluyendo las de discapacidad y cartas.

- Los cargos son determinados dependiendo en lo largo y complejo de la forma desde \$25 a \$150 dólares.
- Para algunas formas no habrá cargos si son pequeñas y se pueden completar durante el tiempo de su cita.
- Cobramos \$10 por re-hacer formas, prescripciones y record de vacunas perdidos.
- Nos toma un aproximado de 7 días sin contar fin de semana para completar formas.

Citas para el mismo día o urgentes son disponibles de Lunes a Viernes

- Favor de llamar de Lunes a Viernes después de las 9am. Para hacer una cita el mismo día o urgente. Si usted está muy enfermo(a) usted será atendido por uno de nuestros Doctores el mismo día que llama.
- Nosotros nos esforzamos por estar a tiempo, sin embargo es difícil predecir cuántos pacientes requerirán citas de cuidado urgente. Favor de ser pacientes si se le dice que habrá una espera un poco larga para citas echas el mismo día.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones mencionadas aquí.

NOMBRE DE EL PACIENTE

FIRMA

FECHA

Fecha de hoy: _____

Revisado por: _____

Fecha: _____

HISTORIAL MEDICO DE EAST BAY FAMILY PRACTICE

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Años de Residencia en USA: _____

¿Cuál es su grupo étnico, racial o cultural? _____

¿Cuál es ocupación actual? _____

Si actualmente no esta trabajando indique su última ocupación y año en que trabajo _____

¿Le gusta su trabajo? _____

¿Está o ha estado expuesto a sustancias dañinas para su salud en el trabajo (especialmente sustancias tóxicas)? _____

¿Ha estado alguna vez en una relación formal de largo plazo? _____ Sí _____ No ¿Cuándo? _____

¿Esta satisfecho con su vida actual? _____ Sí _____ No

¿Quiénes viven en su casa y cual es su relación con ellos/as? _____

¿Hay alguna mascota en su casa? Si es así, que clase es y cuantas son? _____

¿Alguien en su casa padece de alguna enfermedad crónica? _____ Sí _____ No ¿Cuál? _____

¿Usa usted un cinturón de seguridad cuando esta en un carro? _____

¿Tiene usted alarmas contra incendios en su casa? _____

¿Si usted tiene niños pequeños en casa, tiene usted jarabe de Ipecac? _____

¿Tiene usted alguna arma de fuego en casa? _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene usted alguna alergia a medicinas, o cualquier otra cosa? _____

Escriba las medicinas que actualmente usa, incluyendo píldoras anticonceptivas, gotas para los ojos, pomadas para la piel, vitaminas, yerbas medicinales y medicinas sin receta _____

¿Tuvo usted cuidado medico de niño? _____ Sí _____ No _____

¿Recibió las vacunas comunes de la infancia? _____ Sí _____ No

¿En que fecha recibió usted la más reciente vacuna para: Tétanos _____ Sarampión _____ Rubéola _____
Hepatitis B _____ Flu _____ Polio _____ Paperas _____ Pulmonía _____ Varicela _____

¿Cuándo fue su ultimo examen de tuberculosis? _____

¿Alguna vez ha tenido un resultado positivo? _____ Sí _____ No ¿Cuándo? _____

¿Recibió tratamiento? _____

Por favor liste cualquier operacion quirúrgica que ha tenido

Clase	Fecha	Lugar
1.		
2.		
3.		

Liste otras hospitalizaciones que no hayan requerido operaciones

Clase	Fecha	Lugar
1.		
2.		
3.		

¿Ha recidido atención médica por accidentes o fractura de huesos?

Clase	Fecha	Lugar
1.		
2.		
3.		

¿Esta usted generalmente en buen estado de salud? Sí No

¿Ha padecido alguna vez cualquier de las siguientes enfermedades? Por favor marque y explique en las líneas de abajo.

Anemia	Enfermedades del ojo como glaucoma	Infeccion Pélvica seria
Artritis	Gout	Polio
Asma	Fiebre del heno	Problemas de la Próstata
Defectos de nacimiento/problemas congénitales	Golpes en la cabeza	Problemas intestinales
Enfermedades del seno	Problemas cardiacos	Infección de la garganta(strep)
Cancer	Murmullos del corazón	Ataque cardiaco
Convulsiones, ataques	Herpes	Problemas de la tiroides
Exposición a DES (su mama tomo esta medecina para prevenir aborto involuntario)	Alta presión sanguínea	Tuberculosis
Diabetes	Enfermedad o piedras en el riñón	Infecciones Vaginales
Desmayos	Enfermedad del hígado hepatitis/cirrosis	sarampión Aleman
Enfermedades de la vejiga	Enfermedad de Lyme	Sarampión (duro ó de 5 dias)
Otras:	Mononucleosis	Paperas

Explique: _____

Usted tiene relaciones sexuales con (indique): Hombres _____ Mujeres _____ Ambos _____ Ninguno _____

¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en los ultimos 2 años? _____

¿Alguna vez a tenido? (indique) Gonorrea _____ Clamidia _____ Sífilis _____ Verrugas Venereas _____

Herpes _____ VIH (sida) _____

¿Usted y su pareja usan condones? _____ Sí _____ No

¿Los usan siempre? _____ Sí _____ No

HABITOS:

¿Ha fumado cigarrillos regularmente? _____ Sí _____ No
 ¿Por cuántos años? _____
 ¿Cuántos por día en promedio? _____ ¿Ahora? _____
 ¿Ha dejado de fumar? _____ ¿Cuándo? _____
 ¿Usted aspira, mástica tabaco, puros o pipa? _____ Sí _____ No
 ¿Consume bebidas alcoholicas? _____ Sí _____ No Cerveza _____ Vino _____ Licor _____
 ¿Cuantos vasos a la semana? _____
 ¿Cree usted que tiene un problema de alcoholismo? _____ Sí _____ No
 ¿Consume usted café, té, o sodas? _____ Sí _____ No
 ¿Cuantos vasos al día? _____
 ¿Usa usted alguna droga de la calle? _____ Sí _____ No
 ¿Cual? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
 ¿Hace usted ejercicio? _____ Sí _____ No ¿Con qué frecuencia? _____
 ¿Que clase de ejercicio practica? _____
 ¿Cree que mantiene una dieta saludable? _____ Sí _____ No _____
 ¿Cuántas porciones de frutas y verduras come por semana? _____
 ¿Cuántas veces a la semana consume usted comidas fritas ó rapidas? _____
 ¿Intenta usted comer una dieta baja en grasa? _____ Sí _____ No _____
 ¿Cuántas horas al día usted: Trabaja _____, Duerme _____, Mira TV _____

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR:

Marque la edad y enfermedades de familiares vivos, edad y causa de muerte de fallecidos

	EDAD	VIVO(SI./NO)	ENFERMEDADES O CAUSA DE MUERTE
PADRE	_____	_____	_____
MADRE	_____	_____	_____
HERMANOS(AS)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
HIJOS(AS)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

¿Ha tenido algún pariente cercano incluyendo abuelos alguna de las siguientes enfermedades? Por favor indique y explique la relación con usted.

- | | | |
|------------------------|--|--------------|
| Alta presión sanguínea | Colitis | Hemorragias |
| Ataque Cardíaco | Enfermedad del Intestino | Leucemia |
| Enfermedad Cardíaca | Úlceras o otra enfermedad del estomago | Cancer |
| Enfermedad del Riñon | Enfermedad del Hígado | Migrañas |
| Diabetes | Artritis | Epilepsia |
| Tiroides | Gout | Tuberculosis |
| Asma | Anemia | Glaucoma |
| Fiebre del heno | Problemas emocionales o psiquiátricos | Otro: _____ |

REVISION DE SISTEMAS:**SI****NO**

¿Ha notado cambios en su peso?

¿Tiene fiebres, escalofrios o suda constantemente?

¿Siente frio o calor cuando otros no?

¿Se siente siempre cansado(o)?

¿Ha notado bolas o glándulas inflamadas?

¿Tiene usted algún impedimento fisico?

Por favor explique: _____

Cabeza y Cuello

¿Sufre frecuentes o muy severos Dolores de cabeza?

¿Desde cuándo? _____

¿Sufre de dolor de cuello?

¿Ha sufrido algun desmayo o perdido el conocimiento?

Ojos

¿Usa lentes regulares o de contacto?

¿Ha tenido algún examen de la vista en los ultimos 2 años?

¿Ha notado algún cambio reciente en su vision?

¿Tiene dolor en los ojos?

Oídos

¿Tiene problemas para oír?

Nariz, Garganta y Boca

¿Se le ha enronquecido la voz?

¿Tiene la fiebre del heno?

¿Sangra frecuentemente por la nariz?

¿Tiene problemas al tragar?

¿Tiene Dolores de dientes o muelas?

¿Tiene congestion nasal o destornudo?

Respiratorio

¿Queda usted sin aliento con facilidad?

¿Escupe o tose sangre?

¿Escupe flema o esputo?

¿Ha tenido tos por mas de un mes?

Cardiovascular:

¿Tiene usted latidos irregulares del corazón?

¿Tiene dolor en el pecho?

¿Tiene calambres en las piernas al caminar?

¿Se le hinchan los tobillos?

¿Se despierta sin aliento?

Gastrointestinal

¿Ha tenido cambios en su apetito?

¿Padece de indigestion o acidez?

¿Ha vomitado recientemente?

- ¿Se siente con náusea frecuentemente? _____
- ¿Se le ha inflamado el abdomen? _____
- ¿Vomita sangre? _____
- ¿Siente frecuente dolor abdominal? _____
- ¿Tiene sangrado por el recto? _____
- ¿Tiene hemorroides? _____
- ¿Tiene diarrea con frecuencia? _____
- ¿Tiene usted estreñimiento? _____

Músculo-esquelético

- ¿Tiene debilidad en alguna parte de su cuerpo? _____
- ¿Siente debilidad en algún lugar de su cuerpo? _____
- ¿Tiene usted articulaciones rígidas dolorosas? _____
- ¿Tiene alguna articulación roja, hinchada? _____
- ¿Se le fracturan los huesos con facilidad? _____
- ¿Tiene dolor de espalda? _____

Piel

- ¿Le pica o arde la piel? _____
- ¿Le salen moretones fácilmente? _____
- ¿Tiene acné? _____
- ¿Tiene tendencia a sangrar? _____
- ¿Tiene dificultad para sanar/cicatrizarse heridas en la piel? _____
- ¿Tiene algún nuevo salpullido/erupción en la piel? _____

Neurológico

- ¿Se siente mareado con frecuencia? _____
- ¿Ha tenido desmayos recientes? _____
- ¿Se le duerme o entume alguna parte de su cuerpo? _____
- ¿Tiene temblores o estremecimientos? _____
- ¿Ha cambiado su habla recientemente? _____
- ¿Pierde usted el equilibrio? _____

Personal

- ¿Se siente usted solo(a) o deprimido(a)? _____
- ¿Llora a menudo? _____
- ¿Tiene problema para relajarse? _____
- ¿Se preocupa mucho? _____
- ¿Tiene problemas para dormir? _____
- ¿Ha tenido recientemente o desea tener ayuda psiquiátrica? _____
- ¿Ha usado alguna vez medicina para problemas emocionales o psiquiátricos? _____
- ¿Ha estado en un hospital por problemas emocionales o psiquiátricos? _____
- ¿Siente ansiedad con frecuencia? _____
- ¿Hay algún tipo de problemas con su familia? _____
- ¿Son estos problemas __del pasado, __recientes? _____
- ¿Alguna vez ha sido abusado(a) emocional o físicamente por su pareja o alguien importante para usted? _____
- ¿En el último año, usted ha sido golpeado(a), abofeteado(a), pateado(a), o lastimado(a) de alguna forma? _____

¿Si es así, por quién? Marque los que le apliquen. Pareja, esposo(a), conocido(a), extraño(a), varios(a), o otro. _____ ¿Cuántas veces? _____
 ¿En el último año ha sido forzado(a) a tener relaciones sexuales? _____
 ¿Si es así, por quien? _____
 ¿Tiene miedo de su pareja o alguien que haya señalado arriba? _____

SOLO PARA MUJERES

Sus periodos menstruales comenzaron cuando usted tenia _____ años de edad.
 Desde el primer día de su periodo hasta el siguiente pasan _____ días.
 Su periodo dura _____ días.
 Sus periodos son _____ fuertes, _____ moderados, _____ ligeros.
 ¿Tiene usted colicos/calambres o Dolores? Sí _____, No _____
 ¿Cuando fué el primer día de su ultimo periodo? _____
 ¿Usted y su pareja usan algun método anticonceptivo? _____
 ¿Que clase? _____ --
 ¿Cuando fue su ultimo examen de papanicolaus? _____
 ¿Ha tenido algun resultado de pap anormal en el pasado? _____ ¿Cuando? _____
 ¿Número de embarazos? _____ ¿Número de abortos involuntarios? _____
 ¿Número de abortos voluntarios? _____ ¿Número de bebes nacidos vivos? _____
 ¿Número de bebes nacidos muertos? _____
 Por favor describa cualquier complicación que haya tenido con embarazos a dando a luz. _____

	Si	No
¿Tiene ardor o dolor al orinar?	_____	_____
¿Está orinando con mas frecuencia?	_____	_____
¿Se levanta de noche mas de 2 veces para orinar?	_____	_____
¿Tiene problemas reteniendo la orina?	_____	_____
¿Es su orina negra, café o sangrienta?	_____	_____
¿Su último periodo fue regular?	_____	_____
¿Tiene manchas o sangrado entre periodos?	_____	_____
¿Tiene algun desecho vaginal que le preocupe?	_____	_____
¿Tiene erupciones o sarpullido alrededor de su vagina?	_____	_____
¿Ha notado algunos cambios en sus senos,(bultos, Dolores o desecho de sus pezones?	_____	_____
¿Ha notado algún cambio en su función sexual?	_____	_____
¿Tiene usted orgasmos?	_____	_____
¿Tiene algunas preguntas o preocupaciones acerca de sexualidad, o funcionamiento sexual?	_____	_____

SÓLO PARA HOMBRES

¿Tiene algún problema para empezar a orinar?	_____	_____
¿Ha cambiado la fuerza del chorro de su orina?	_____	_____
¿Gotea usted orina?	_____	_____
¿Tiene ardor o dolor al orinar?	_____	_____
¿Está orinando mas frecuentemente?	_____	_____
¿Es su orina negra, café o sangrienta?	_____	_____
¿Tiene ardor o desecho en su pene?	_____	_____
¿Tiene usted bultos, hinchazón, o dolor en sus testículos?	_____	_____
¿Tiene erupciones o sarpullido en su área genital?	_____	_____
¿Ha notado algún cambio en su función sexual?	_____	_____
¿Es usted capaz de tener y mantener erecciones?	_____	_____

¿Es usted capaz de eyacular? _____

¿Están usted y su pareja usando anticonceptivos? _____

¿Cual? _____

¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre sexualidad o funcionamiento sexual? _____

East Bay Family Practice

Medical Group, Inc.

Janet Arnesty, MD
Steve Bryzman, PA
Audrey D'Andrea, MD
Rebecca Riseman, NP

Edie Silber, NP
Deanna Ward, MD
Polly Young, MD
Sharon Healy,
Practice manager

Conociendo mejor su aseguransa

Para ayudarle a entender mejor como la cobertura de su aseguransa funciona, hemos diseñado el siguiente cuestionario. Es para su uso. Le recomendamos que lo complete, le saque una copia para que cargue en su bolso y una copia para guardar en casa. (quizas en su refrigerador)

Nombre de la Compania de la Aseguransa _____

Nombre y Fecha de Nacimiento de el Subscriptor
(El miembro de familia suscrito al plan) _____

Grupo Administrador (HMO o PPO) _____

Numero de Identificacion de la Aseguransa _____

Nombre y Numero del Grupo _____

Nombre del Doctor de cabecera (solo si HMO o EPO) _____

Pago por Visita _____ Deducible Annual _____

Pago por Visita al Emergencia _____ Pago por Salud Mental _____

Cual es el Hospital cubierto por su aseguransa _____

Cual es el Laboratorio cubierto por su aseguransa _____

Cual es el departament de Radiologia/RX cubierto por su aseguransa _____

Nombre y Numero de Tel. de su Farmacia _____

Limitaciones y exclusiones de sus beneficios _____

Cuidado Preventivo _____

Viajes _____

Otro _____