

Nombre: _____

Telefono (Cel): _____

Dirección: _____

Telefono (T) (C): _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Telefono: _____

Correo electronico: _____

Nombre de su Farmacia y Telefono: _____

Ha sido nuestro paciente antes? _____

Número de Seguro Social: _____

Autorizo para que me dejen un mensaje: SI NO

Si utiliza Seguros hoy (Proporcione tarjeta de seguro y su identificación)

Nombre de Empresa: _____

Numero de ID de seguro: _____

PACIENTES QUE HAN ESTADO PREVIAMENTE NO NECESITAN LLENAR ESTA PARTE

Historial de Embarazo

Embarazos previos _____ Número de niños que viven _____
A Terminó _____ Prematuro _____ Parto vaginal _____ Cesárea _____ abortos involuntarios _____ Abortos _____
Embarazos ectópicos _____ Embarazo molar _____ otras complicaciones _____
Fecha de la última menstruación _____ Tipo de sangre (si la sabe) _____ Positivo Negativo

Historia Ginecológica

(Por favor marque cualquiera que tiene ahora o ha tenido en el pasado)

Historia de ETS : Gonorrea Clamidia Tricomonas Sifilis Herpes VIH VPH

Historia de citología anormal Colposcopia Criocirugía Leep/biopsia en cono Fibromas

Razón de su consulta el día de hoy?: Anual Problema, si la respuesta es si ,explique: _____

Preguntas de Salud en General

Esta en buen estado de salud? SI NO _____

Esta en algún tratamiento en la actualidad: _____, _____, _____

Lista de cirugías realizadas (año): _____, _____, _____

Otras Hospitalizaciones: _____

Ha tenido algún sangrado anormal asociado con una cirugía previa o trauma: SI NO

Transfusiones sanguíneas (año): _____

ALERGIAS al algún medicamento o sustancia: SI NO

Escriba una lista a lo que es alérgico: _____

Usted o alguien de su familia tiene alguna condición medica: SI NO

Quien?: _____ Cual?: _____

Esta usted tomando medicamentos en este momento: NO Si (**Nombres**) _____

Usted fuma?: SI NO Sustancias psicoactivas?: SI NO (Cual) _____

HISTORIA MÉDICA

Por favor Indique Sí o NO para cualquier condición, incluso si ya no los tiene

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Problema Cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo en el Corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de Válvula Mitral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación de Glándulas linfáticas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos Congénitos del Corazón..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de Aliento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Emocionales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumatoidea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al Corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención Psiquiátrica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria/Rash.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotensión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Escarlatina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Riñón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el Pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

He leído (o me han leído) la evaluación anterior y certifico que la información proporcionada es correcta escrita de forma adecuada según mis conocimientos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento General para tratamiento y Autorización

_____ Yo mayor de edad, doy mi consentimiento y autorizo a BSSI de administrar cualquier tratamiento, incluyendo la anestesia médica o quirúrgica, que los funcionarios o BSSI estimen necesarias para la recuperación de la salud de los pacientes durante su visita.

_____ Yo doy Consentimiento para usar mi información de salud protegida por BSSI a cualquier persona u organización con el propósito de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago o la realización de operaciones de atención médica. La información médica protegida utilizada o revelada por BSSI puede incluir el VIH / SIDA información relacionada, información de salud mental psiquiátrica y otra, y la información sobre medicamentos y el tratamiento del alcohol como ya dicha información se da a conocer de conformidad con la Ley de Connecticut y federal, que requiere que proporcione determinada autorización .yo entiendo que la información respecto a cómo BSSI de prácticas de privacidad. Entiendo que este consentimiento es eficaz durante el tiempo que BSSI mantiene mi información de salud protegida

FIRMAR ABAJO YO ENTIENDO Y ADMITO LO SIGUIENTE:

_____ He leído y entendido este consentimiento. He recibido BSSI Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigor. Si se ha firmado por el representante de los individuos, describir la autoridad legal de la representación para actuar en nombre de la persona o paciente:

No se puede obtener el consentimiento escrito y reconocimiento debido a que:

La persona se rehúsa Tratamiento de Emergencia La persona no está en condiciones de firmar por cierta circunstancia o razón médica.

Un Mensaje a Nuestros Pacientes

Nuestros médicos y enfermeras son los proveedores de su atención. Todos los asuntos de atención médica o de salud y cuestiones deben abordarse con el médico o la enfermera que le brinda la atención y asistencia de tratamiento para usted. Es su responsabilidad hacer el tratamiento como le indica su médico o enfermera, debe hacer las preguntas necesaria para que quede con claridad todo lo que tiene que ver con su cuidado y tratamiento.

Para Más Información o para Reportar una Queja

Si usted tiene una pregunta o quiere reportar una queja, por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad, al (954) 726-7770. Las quejas también se pueden presentar ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos represalias contra usted por presentarlas.

He leído este aviso de privacidad y se me ha dado tiempo de sobra para hacer preguntas acerca de la información que contiene. Entiendo Dr. Michael Benjamin sostendrá mis registros al más alto nivel de privacidad y confidencialidad y sólo divulgará mi información personal de salud cuando sea autorizado por mí por escrito, o cuando sea requerido por la ley para hacerlo.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

_____ Yo Autorizo BSSI para liberar a mi asegurar (s) o su agente (s) de cualquier y toda la información médica que sea necesaria para el pago de mi reclamo médico visita Entiendo que la negativa a conceder tal consentimiento no pongan en peligro mi derecho a seguir obtener tratamiento, excepto cuando son necesarios divulgación para el tratamiento .Si la información dada a conocer al tratamiento se refiere al abuso de alcohol / drogas, la información está sujeta a los requisitos de la parte federal de la regla 2 del Título 42, que prohíbe la futura versión menos que se conceda mi consentimiento o no es requerido por las regulaciones. Esta versión también permite que la información sea liberada de la tercera revisión de la utilización partido / auditorías finales, la compensación de los trabajadores y de reclamación de seguro de automóvil. Autorizar BSSI para liberar la información necesaria para ayudar en mi necesidad de atención continuada, a mi médico de atención primaria y otros profesionales de la salud. Entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido preparado tomadas en base a ella. Esta autorización expirará 180 días después de que aparecen a continuación

MEDICARE: Certificación de Medicare y Autorización

_____ Yo certifico que la información dada por mí en la aplicación bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito el pago de beneficios médicos autorizados a mí, o no mi nombre, todos los servicios proporcionados a mí por BSSI incluidos los servicios médicos. Autorizo a cualquier poseedor de información médica y de otro tipo a ser puesto en libertad a Medicare ya sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios de los servicios relacionados.

CON MI FIRMA CERTIFICO LA SIGUIENTE:

1. Entiendo que soy responsable de la notificación a mi compañía de seguros para obtener una autorización antes de los servicios son prestados Entiendo que si esto no se hace, los beneficios de seguros pueden ser reducidos.
 2. Si soy un ambulatorio, autorizo el tratamiento y en las pruebas de pacientes ambulatorios según lo ordenado por un médico.
 3. Entiendo que soy responsable de todos los gastos no cubiertos por mi compañía de seguros.
 4. Entiendo las condiciones anteriores de Cuidado, estoy de acuerdo con los términos especificados, estoy autorizado para ejecutar esta forma si es admitido recibir una copia de este formulario.
 5. Entiendo que mi nombre puede ser colocado en un Consejo de estado del paciente para facilitar mi cuidado mientras que al BSSI
- Su firma indica reconocimiento aceptación plena de cada párrafo aplicable marcada por una (x)**

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha