

**HISTORIA MEDICA
FORMULARIO DEL SYSTEMA DE REVISION**

FECHA: _____ NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 _____ CASADO/A _____ SOLTERO/A _____ DIVORCIADO/A _____ VIUDO/A; OCUPACION: _____
 NU. DE HIJO S/A: _____ USO DE TABACO SI/NO CUANTO? _____ /DIA POR CUANTO TIEMPO? FECHA DE DEJARLO _____
 USO DE ALCOHOL: CUANTO AL DIA? _____ CAFFEINA (CAFÉ, TE, COLAS) POR DIA _____

HISTORIAL DE ENFERMEDADES SUYA Y SU FAMILIA:

USTED/SU FAMILIA	USTED/SU FAMILIA	USTED/SU FAMILIA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS TB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CANCER/TUMOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DEPRESSION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EPILEPSIA/ATAQUES DE EPILEPSIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENFERMEDA DEL CORAZON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESSION ALTA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LOS RINONES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL HIGADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE LOS PULMONES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES MENTALES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OSTEOARTRITIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FLEBITIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ARTRITIS REUMATICA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INFARTOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ATTEMPTOS DE SUICIDIO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE LA TIROIDE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS, TB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ULCERAS EN LA VIA GI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES VENERIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IMMUNODEFICIENCIA/VIH OTROS _____

HISTORIAL DE SIRUGIAS PASADAS: (POR FAVOR INCLUYA FECHAS)

CHEQUEO DE SISTEMAS-POR FAVOR SELECCIONE CADA ARTICULO "SI" O "NO" A COMO SE RELACIONAN CON SU SALUD:

CONSTITUCIONAL:	SI	NO	RESPIRATORIO:	SI	NO	HEMATOLOGIA/LINFATICO:	SI	NO
PERDIDA DE PESO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FACILIDAD DE OBTENER MORETONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FATIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SANGRADO EN LA TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SANGRADO EN LAS ENCIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIEBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RESPIRACION CON RUIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GLANDULAS INFLAMADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OJOS:	SI	NO	ESCALOFRIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUSCOLOSESQUELETICO:	SI	NO
ESPEJUELOS/CONTACTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL:	SI	NO	DOLOR EN ARTICULACIONES/HINCHAZON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR DE OJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REFLUGO GASTRICO/ACIDEZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RIGIDEZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISION DOBLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NAUSEA/VOMITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR MUSCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CATARATAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONSTIPACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR DE ESPADLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OREJAS, NARIZ, GARGANTA:	SI	NO	CAMBIOS AL DEFECAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIEL:	SI	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIARREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SARPULLIDO/LLAGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONIDO EN LOS OIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIEL AMARILLENATA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LESIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERTIGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PICASON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS EN LA SINUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SANGRADO AL DEFECAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUROLOGICO:	SI	NO
CONGESTION NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITOURINARIO:	SI	NO	PERDIDA DE FUERZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR D GARGANTA FREQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARDOR/FRECUENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENTUMECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR:	SI	NO	EN LA NOCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLORES DE CABEZAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOPLO DEL CORAZON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SANGRE EN LA ORINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEMBLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR DE PECHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DISFUNCION ERECTIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERDIDA DE MEMORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALITACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESCARGA ANORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUJERES SOLAMENTE:		
MAREOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GOTEO EN LAVEJIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FECHA DEL ULTIMO MAMOGRAMA _____		
DESVANECIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALLERGIA/IMMUNOLOGICA:	SI	NO	NORMAL _____ ANORMAL _____		
FALTAS DE AIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UTICARIA/PIEL INFLAMADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FECHA DE ULTIMO PAP _____		
DIFFICULTAD AL ACOSTARSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEBRE DEL HENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NORMAL _____ ANORMAL _____		
TOBILLOS INCHADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SYCHIATRICO	SI	NO	EDAD COMENZO A MENSTRUUA _____		
ENDOCRINO:	SI	NO	ANSIEDAD/DEPRESION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDAD COMENZO LA MENOPAUSIA _____		
CAIDA DEL CABELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CAMBIOS DE CARACTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MENSTRUACION REGULAR? SI _____ NO _____		
INTOLERANCIA AL FRIO/CALOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIFICULTAD AL DORMIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUANTOS EMBARAZOS? _____		

PACIENTE NUEVO-PORFAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE:

NOMBRE: _____ FECHA: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: INCLUYA PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS, VITAMINAS, Y SUPLEMENTOS

NOMBRE DE MEDICAMENTO	COMO SE LO TOMA?	QUIEN SE LA SUBSCRIBIO?	NECESITA RX
_____	_____	_____	SI/NO
_____	_____	_____	SI/NO
_____	_____	_____	SI/NO
_____	_____	_____	SI/NO
_____	_____	_____	SI/NO
_____	_____	_____	SI/NO
_____	_____	_____	SI/NO

FARMACIA PREFERIDA: _____ LOCALSION: _____

PROVEEDORES DE CUIDADOS DE SALUD EN LOS ULTIMOS CINCO ANOS:

NOMBRE:	CIUDAD/ESTADO	PROBLEMA ATENDIDO:	AUN VIENDO?
_____	_____	_____	SI/NO
_____	_____	_____	SI/NO
_____	_____	_____	SI/NO
_____	_____	_____	SI/NO

ALERGICO O REACCION ADVERSA A ALGUN MEDICAMENTO

NOMBRE D MEDICAMENTO	REACCION ADVERSA
_____	_____
_____	_____
_____	_____

INFORMACION ADICIONAL:

ULTIMO MAMOGRAMA? _____ DONDE? _____ ULTIMO PAP _____ GIN? _____
ULTIMA COLONOSCOPIA _____ NORMAL? _____ DR? _____ FECHA DE REPETIR? _____
FECHA APROXIMADA DE ULTIMO ANALISES DE SANGRE? _____ EXAMEN RECTAL? _____

FECHAS DE VACUNAS:
TETANO? _____ NEUMONIA? _____ FLU? _____ HEPATITIS B LA SERIE _____

TRIAGE FORM

VALLEY URGENT CARE & OCCUPATIONAL MEDICINE

Patient Name / Nombre (PRINT) _____ Date/Fecha _____

1. Are you having difficulty breathing?

¿Tiene dificultad para respirar?

Yes/Si NO

2. Do you have chest pain?

¿Tiene dolor en el pecho?

Yes/Si NO

3. Did you lose consciousness or have a seizure?

¿Perdió el conocimiento o sufrir convulsiones?

Yes/Si NO

4. Are you dizzy or nauseated?

¿Está usted mareado o con náuseas?

Yes/Si NO

5. Are you having an allergic reaction?

¿Está teniendo una reacción alérgica?

Yes/Si NO

6. Are you bleeding profusely?

¿Estás sangrando profusamente?

Yes/Si NO

7. Do you have severe (doubling over) abdominal pain?

¿Tiene grave (doblándose) dolor abdominal?

Yes/Si NO

8. Do you have blurred vision?

No tiene visión borrosa?

Yes/Si NO

9. Is the patient to be treated under the age of 16?

¿Es el paciente tratado aunque sea menor de la edad de 16 años?

Yes/Si NO

10. I need to be seen for the following reason:

Tengo que ver al medico por las siguientes razones:

SIGNATURE (FIRMA): _____

DATE (FECHA): _____

NEW PATIENT Work Related Insurance Self Pay
 ESTABLISHED PATIENT

PATIENT INFORMATION

Apellido _____ Primer Nombre _____ M _____
Fecha De Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad ____ Sexo M F Numero Seguro Social ____ - ____
Direccion de la Casa _____ Apt # _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Telefono de la Casa (____) ____ - ____ Telefono Movil (____) ____ - ____ Preferido la Casa la Movil
Direccion de correo electronico _____ Raza _____ Etnicidad _____ Idioma preferido _____
Medico Privado _____ Telefono de su medico (____) ____ - ____
En caso de emergencia (Nombre, Telefono, Relacion) _____
Paciente Empleado por _____ Telefono del trabajo (____) ____ - ____
Como se entero de nosotros? Cartelera Solo conduciendo Direccion de correo electronica Facebook/Twitter Segura Correo
 Medios de Comunicacion Militar Escuela Webpage Palabra de boca

PADRE/GARENTE LA INFORMACION

Apellido _____ Primer Nombre _____ M _____
Fecha De Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad ____ Sexo M F Numero Seguro Social ____ - ____
Direccion de la Casa _____ Apt # _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Telefono de la Casa (____) ____ - ____ Telefono Movil (____) ____ - ____ Preferido la Casa la Movil
Relacion con el Paciente padre guardian esposo empleador

Mediante la firma de este formulario de consentimiento, confirmo que he leído, entender, consienten voluntariamente a y autorizar los siguientes: autorización del tratamiento: la administración y el costo de todos los procedimientos médicos y quirúrgicos, x-ray, y la medicación para mí y para mis dependientes.

GARANTIA DE PAGO:

_____ **INICIAL** **YO PAGO** - Elijo a pagar por todos los servicios prestados en la actualidad por completo. Entiendo que mi seguro no se le cobrará por Valley Urgent Care (VUC).

_____ **INICIAL** **SEGUROS** - Asignación de Beneficios: Yo autorizo el pago directamente al Valle de Atención de Urgencia (VUC) para todas las prestaciones pagaderas a mí. yo también. Reconozco que VUC presentará mi factura a mi compañía de seguros como una cortesía, sin embargo, yo soy responsable por todos los gastos incurridos. Estoy de acuerdo que voy a pagar mi saldo estimado hoy en día sobre la base de la mejor información disponible de mi política actual y VUCs contrato actual con mi compañía de seguros. Entiendo que esto es sólo una estimación y después de mi visita es procesada con mi compañía de seguros, que se le cobrará por cualquier saldo pendiente de pago y / o reembolsado por cualquier crédito debido a o por mí. Mientras VUC hace todo lo posible para verificar la información de mi seguro correcto antes de salir, entiendo VUC no puede garantiza la exactitud de la factura hasta que se haya procesado completamente por mi compañía de seguros y que yo soy responsable por todos los gastos incurridos. Tambien me ago cargo por cualquier y / o todos los costos de abogados, costos de carte o cualquier otro costo asociado con saldas de cuenta no pagados.

Divulgación de Expedientes Médicos: Yo autorizo Valley Urgent Care (VUC) para liberar verbalmente, electrónicamente, y / o por escrito, la información médica confidencial a cualquier persona o entidad incluyendo a mi compañía de seguros, empleador (si el tratamiento está relacionado con el empleo), miembro de la familia inmediata (s) y / o proveedor de atención médica (s) para propósitos de tratamiento, pago de gastos, garantía de calidad y la transferencia de revisión de utilización, y los procedimientos de seguimiento. Yo entiendo que debo elegir no publicar mi historia clínica a una entidad específica y / o persona (s) que deberá determinar expresamente por escrito que se le mantenga en mi expediente médico.

Recepción de las prácticas de privacidad: Al firmar este formulario de consentimiento Reconozco que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Atención Urgente Valley está disponible para mí a pedido Entiendo que una copia de este formulario de consentimiento puede utilizarse con la misma eficacia que la original.

Patient Signature _____ Date _____
Responsible Party _____ Date _____