



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CODIGO POSTAL:** _____

TELEFONO-CASA: (____) _____ **CELLULAR:(____)** _____

CORREO ELECTRONICO: _____

MARQUE UNO: ESTUDIANTE T/C _____ **ESTUDIANTE M/T** _____ **EMPLEADA** _____
DESEMPLEADA _____

MARQUE UNO: SOLTERA _____ **CASADA** _____ **OTRO** _____

PACIENTE

EMPLEADOR/ESUELA: _____

DIRECCIÓN DE EMPLEADOR/ESCUELA _____

TELEFONO DE EMPLEADOR/ESCUELA _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **NO. SOCIAL:** _____

CONYUGE/GUARDIAN

NOMBRE: _____

TELEFONO: TRABAJO (____) _____

TELEFONO DE EMPLEADOR/ESCUELA _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **NO. SOCIAL:** _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (NOMBRE Y NO.):

PREFERENCIA DE CONTACTO:

CELULAR: _____

TELEFONO DE CASA _____

CORREO ELECTRONICO _____

NOMBRE DE PACIENTE _____

EDAD _____



INFORMACIÓN DE SEGURO PRINCIPAL

CO. DE SEGURO: _____

DIRECCIÓN DE RECLAMOS: _____

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL: _____

NO. DE GRUPO: _____

NO. DE IDENTIFICACION DE POLICA#: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

CO. DE SEGURO: _____

DIRECCIÓN DE RECLAMOS: _____

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL: _____

NO. GRUPO: _____

NO. DE IDENTIFICACION DE POLICA: _____

YO AUTORIZO PAGO DE BENEFICIOS MEDICOS A ELITE WOMEN'S CARE CENTER, PA POR CUALQUIER Y TODOS LOS SERVICIOS NO PAGADOS A LA HORA DE LOS SERVICOS. YO AUTORIZO A ELITE WOMEN'S CARE CENTER, PA QUE REVELE CUALQUIER INFORMACIÓN NECESSARIA PARA LA TERMINACION DE MIS RECLAMOS DE SEGURO A CUALQUIER COMPAÑIA DE SEGURO, MEDICO, O PLAN DE HOSPITAL.

PACIENTE _____ FECHA _____

GUARDIAN LEGAL DEL PACIENTE _____ FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD _____



HISTORIAL MEDICO: MARCE LA QUE LE APLIQUE

Arthritis	Infección de Riñón	Problemas de tiroides
Asthma	Piedras en el Riñón	Orta Enfermedad de Corazon_____
Tumor en los senos	Migrañas	
Diabetes	Prolapso Mitral de Válvula	Otra Enfermaedad del Riñón _____
Infarto	Enfermedad neurológica	
Soplo en el Corazón	Osteoporosis	Enfermedades contagiosas TB, HIV, etc.._____
Hepatitis	Parálisis	
Alta Presión	Pulmonía	Otra enfermedad de Pulmon _____
Colesterol Alto	Reumático	
Sangrado Intestinal	Acontecimientos de Thromboembolic	Otra Enfermedad Genetica/ Hereditaria _____

Numero de:

___ Embarazos ___ Abortos Espontaneos ___ Niños Vivos
 ___ Partos ___ Abortos Inducidos

Favor de apuntar embarazos en orden de 1ero a el ultimo:

MM/DD/AA	SEXO	PESO	TIPO DE PARTO	ANESTESIA	COMPLICACIONES

NOMBRE DE PACIENTE _____

EDAD _____



Apunte cirugias previas (tipo de cirugía y fecha)

Da usted permiso a darle una transfusión de sangre por razones medicas? _____

Fecha de su ultimo ciclo menstrual: _____ Sus ciclos son regular? _____

Describa problemas con sus ciclos: _____

Tipo de anticonceptivos _____ Desea cambiar de anticonceptivos? S o N

Que metodos de anticonceptivos le interesan? _____

Sabe si su mama tomo DES or otro tipo de hormonas durante su embarazo con usted? _____

Tocante a sus organos femeninos: Cicule los que le apliquen.

Sangrado anormal

Infecciones Pelvicas

Clamidia/Gonorrea/Sifilis/Herpes

Embarazo ectópico

Verugas Genitales

Tumores en la Matriz o Ovarios

Apunte todos los medicamentos que este tomando actualmente. (incluya medicamentos herbals o drogas compuestas)

Apunte si tiene alergias a medicamentos.

Toma bebidas alcoholicas? _____ Que tantas, numero de bebidas, cervezas, copas de vino por semana? _____

Fuma? _____ Que tantas cajetillas por dia/semana? _____

Usa otro tipo de droga? _____ Que Tipo? _____

NOMBRE DE PACIENTE _____

EDAD _____



Historial Familiar Medico: Hay un miembro de su familia con historia de:

- | | |
|---|-------------------|
| ___ Cancer | Quien/Tipo? _____ |
| ___ Enfermedad (de herencia) Congenital | Quien? _____ |
| ___ Diabetes | Quien? _____ |
| ___ Enfermedad del Corazon | Quien? _____ |
| ___ Alta Presión | Quien? _____ |
| ___ Colesterol alto | Quien? _____ |
| ___ Enfermedad de Riñón | Quien? _____ |
| ___ Atraso mental | Quien? _____ |
| ___ Osteoporosis | Quien? _____ |
| ___ Gemelos | Quien? _____ |

Fecha de ultimo Papnicolaou _____ Resultado _____
Fecha de ultimo Mammograma _____ Resultado _____
Fecha de ultimo Densidad de Huesos _____ Resultado _____
Fecha de ultima Colonoscopia _____ Resultado _____

A tenido un Papnicolaou anormal? _____ Tratamiento? _____
Esta activa sexualmente? _____ Aguna queja o molestia? _____

Razon por la visita de hoy

Que cambios a tenido en su vida recientemente?

Nombre de farmacia y numero de telefono

Necesita recetas para un mes o de 90 dias? _____

Como se entero de nosotros? ___ Katy Magazine ___ Absolutely Katy ___ Paciente Anterior
___ Correo Electronico ___ Amiga/Pariente ___ Paginas Amarillas ___ DR General
___ Consultante

NOMBRE DE PACIENTE _____
EDAD _____