



Inscripcion del paciente

Nombre del paciente _____ Fecha del nacimiento _____
Seguro Social paciente _____
Direccion _____
_____ (Calle, Ciudad, Codigo Postal)
Telefono: Casa (____) _____ Trabajo(____) _____

Marque uno: Soltera ___ Casada ___ Otro _____

Empleador _____

Direccion _____

Nombre del esposo _____

Fecha de nacimiento de esposo _____

Teléfono del trabajo _____

Empleador del esposo _____

Familiar mas cercano? _____ Teléfono _____

Familiar o amigo(a) que no viven en la misma direccion:

Nombre _____

Parentezco _____

Direccion _____

Teléfono _____

Primera compañía de seguro _____

Numero del grupo _____

Numero de la poliza _____

Nombre de la persona asegurada _____

Fecha de nacimiento _____

Indicacion de los beneficios del seguro y autorizacion para dar informacion

Yo autorizo el pago de los beneficios medicos a *T.L. Jenkins, M.D., P.A.* por cualquiera y todos los servicios no pagados completos por los servicios realizados.

Yo autorizo a *T.L. Jenkins, M.D., P.A.* para que puedan informar si fuera necesario por cualquier informacion medica para completar los cobros de cualquier seguro de salud o plan de hospitalizacion.

Paciente _____ Fecha _____

Guardian o agente del paciente _____ Fecha _____

Cuantos?

Preñeses _____ Partos _____ Malpartos _____ Abortos _____ Hijos vivos _____

Ultimo periodo _____

¿Cree Ud que esta en estado o embarazada? _____

Son sus periodos regulares? _____

Ha tenido algun problema con los periodos? _____

Contraceptivo que usa _____ Quiere cambiarlo? _____ Para cual _____

Fecha del ultimo pap smear _____ Resultado _____

Alguno anormal? _____ Que tratamiento recibió _____

Es Ud. activa sexualmenté _____

¿Siente dificultad o molestia durante el acto sexual? _____

Tomó su madre drogas o alguna hormona cuando estaba en estado de Ud?

Clase de operación Fecha aproximada

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Haga una lista de las veces anteriores que ha estado en estado

Año	Sexo	Peso	Anestesia	Complicaciones
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Historia pasada: Hage un circulo alrededor de cada una que se aplique a Ud.

- | | | |
|-----------------------------|--------------------|----------------------------|
| Sarampion | Ataque del corazon | Problema del tiroide |
| Diabetes | | Tumor de los senos |
| Migraña (Jaqueqa) | | Paralisis |
| Soplo del corazon | | Neumonía |
| Piedras del riñon | | Ulcera |
| Mareos Prolongados | | Enfermedad nerviosa |
| Fiebre reumatica | | Tuberculosis |
| Infeccion del riñon | | Hepatitis |
| Artritis | | Tromboflebitis |
| Otra enfermedad del corazon | | Asma |
| Otro problema del riñon | | Sangramiento intestinal |
| Presion alta | | Otros problemas pulmonares |

Respecto a sus organos femeninos ha tenido (circule la que corresponda)

Sangramiento anormal Preñez ectopica Tumor del utero u ovarios
Infeccion por herpes Infeccion del tubo o ovarico Gonorrea / sifile / Chlamydia

Si Ud. o su esposo estan en esta categoria responda

- 1. Blanco/Indio. Ha tenido Ud. o su esposo examen del sickle cell carrier _____
- 2. Italiano/Griego. Ha tenido Ud. o su esposo examen Thalassemia carrier _____
- 3. Jewish. Ha tenido Ud. o su esposo Tay-Sachs carrier _____

Toma Ud. alcohol? _____ si toma, numero de tragos o vasos de cerveza o.vino por semana

Fuma Ud.? _____ Cuánto? _____

Está usando otra droga? _____ Qué clase? _____

Historia familiar

Tiene algun miembro de su familia historia de lo siguiente:?

- 1. Diabetes _____ Quién? _____
- 2. Enfermedad del corazon _____ Quién? _____
- 3. Presion alta _____ Quién? _____
- 4. Enfermedad del riñon _____ Quién? _____
- 5. Cancer _____ Quién? _____
- 6. Gemelos (cuates) _____ Quién? _____
- 7. Retraso mental _____ Quién? _____
- 8. Enfermedad genital hereditaria _____ Quién? _____

Haga una lista de las medicinas que esta tomando _____

A qué medicina es Ud alérgica? _____

Cuál es la razon por su visita hoy?

