



Jenkins Obstetrics, Gynecology &  
Reproductive Medicine

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

- Soy consciente de que, periódicamente, puedo recibir e-mails de Jenkins Ob / Gyn y Medicina Reproductiva.

Marque una: Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Marque una: Empleada \_\_\_\_\_ Desempleada \_\_\_\_\_

Estudiante tiempo completo \_\_\_\_\_ Estudiante tiempo parcial \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_

Cónyuge/Padre (Si menor de 18 años)

Empleador/Escuela \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

No. De Seguro Social \_\_\_\_\_

No. De Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia y Teléfono: \_\_\_\_\_

Pariente o amigo que no viva en la misma dirección:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Seguro Primario:

Seguro Secundario:

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Numero de grupo: \_\_\_\_\_

Numero de grupo: \_\_\_\_\_

**Asignación de Beneficios de Seguro y autorización para divulgar información:**

Yo autorizo el pago de beneficios médicos a T.L. Jenkins, M. D., P. A. para los todos los servicios no pagadas en su totalidad en el momento de esos servicios son prestados. Autorizo T.L. Jenkins, M.D, P.A. a divulgar cualquier información médica que sea necesaria para la realización de mi plan de seguro dice cualquier compañía de seguros, de salud u hospital.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Historial médico:** Circule todas las que le correspondan

Artritis	Hipertensión	Neumonía	Fiebre Reumática
Asma	Problemas en los senos	Migrañas	Tromboflebitis
Diabetes	Colesterol Alto	Mitral Valve Prolapso	Hipotiroidismo
Ataque del corazón	Sangrado intestinal	Enfermedades Neurológicas	Hipertiroidismo
Soplo cardíaco	Infección del los riñones	Osteoporosis	Enfermedad del corazón
Hepatitis	Cálculos renales	Parálisis	VIH/SIDA

Otros problemas médicos: \_\_\_\_\_

**Enumere todas las cirugías:**

Tipo de cirugía	Fecha aproximada	Tipo de cirugía	Fecha aproximada
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

**Número de:**

___ Embarazos	___ Entregas a término	___ Partos prematuros
___ Abortos Involuntarios	___ Abortos Electivo	___ Hijos vivos

Por favor, enumere todos los embarazos anteriores en orden cronológico:

Año	Sexo	Edad		Edad gestacional al parto	Anestesia	Complicaciones
___	___	___	Vaginal o Cesárea	_____	_____	_____
___	___	___	Vaginal o Cesárea	_____	_____	_____
___	___	___	Vaginal o Cesárea	_____	_____	_____
___	___	___	Vaginal o Cesárea	_____	_____	_____
___	___	___	Vaginal o Cesárea	_____	_____	_____
___	___	___	Vaginal o Cesárea	_____	_____	_____
___	___	___	Vaginal o Cesárea	_____	_____	_____

¿Permitiría usted una transfusión de sangre por razones médicas? \_\_\_\_\_

Fecha de su última menstruación \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ¿Sus periodos son regulares? \_\_\_\_\_

¿Método de anticonceptivo? \_\_\_\_\_ ¿Quiere cambiar su método de anticonceptivo? \_\_\_\_\_

Marque todos los que apliquen. ¿En lo que respecta a sus órganos femeninos, ha tenido alguna vez,

Sangrado Anormal	Quiste de ovario
Herpes infección	Verrugas genitales
Chlamydia	Trompas (embarazo ectópico)
Gonorrea	Fibromas
Sífilis/Syphilis	Enfermedad Inflamatoria Pélvica

¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra el VPH (Gardasil)? \_\_\_\_\_

Indique todos los medicamentos actualmente utilizados:

Enumere todas las alergias a los medicamentos:

Nombre de medicamento(s): \_\_\_\_\_

Reacción al medicamento(s): \_\_\_\_\_

**Genética:** Si usted o su pareja se encuentran en las siguientes categorías, por favor responda, Si o No

Si descendientes de afroamericanos o indio, ¿usted o su marido tenía pruebas de soporte de células falciformes? \_\_\_\_\_

Si es de origen italiano o griego, ¿usted o su marido tenía pruebas Talasemia portador? \_\_\_\_\_

Si es de descendencia judía, ¿Usted O Su Marido tenía enfermedad de Tay-Sachs prueba de portador? \_\_\_\_\_

### Historia Social:

Raza: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, calcula el número de bebidas por semana? \_\_\_\_\_

¿Usted Fuma? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_

¿Utiliza algunas droga (s) ilegales? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

¿Esta sexualmente activa? \_\_\_\_\_ Cualquier dificultad o incomodidad? \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:** ¿Hay algún miembro de su familia con antecedentes de,

\_\_\_\_\_ Cáncer – Tipo: \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Congénita (heredada) Enfermedad ¿Quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Diabetes ¿Quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Enfermedad del corazón ¿Quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Hipertensión ¿Quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Colesterol Alto ¿Quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Enfermedad Renal ¿Quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Retraso Mental ¿Quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Osteoporosis ¿Quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Gemelos ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal? \_\_\_\_\_

En que año? \_\_\_\_\_ Tratamiento? \_\_\_\_\_

Fecha de la última prueba de Papanicolaou \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Fecha de la última mamografía \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Fecha de la última densidad de los huesos \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Razón de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono de su médico de atención primaria:

\_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono de su farmacia: \_\_\_\_\_

¿Qué cambios ha habido en tu vida últimamente? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

Hospital:	Memorial City Katy	Christus St. Catherine	Methodist	
Medico General:	Dr. Carothers	Dr. Toro	Dr. Naghavi	Dr. Kendall
	Internet	Amigo/Conosido	Otro_____	



## Página de Firma del Paciente

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Numero de Cuenta #: \_\_\_\_\_

---

### Responsabilidad Financiera

He recibido, leído y entendido la Póliza Financiera del Paciente de T.L. Jenkins, M. D., P. A. y estoy de acuerdo en estar obligado por los términos establecidos en el mismo. También entiendo y estoy de acuerdo que T.L. Jenkins, M. D., P. A. podrá modificar los términos de vez en cuando.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del firmante, si no es el paciente: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

---

### Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo, el abajo firmante reconoce haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de T.L. Jenkins, M. D., P. A.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del firmante, si no es el paciente: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_