

# FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

Flower Mound Women's Health, P.A.

*Obstetrics, Gynecology & Infertility*

*Sylvie H. Paroski M.D. Amy S. Lungren, M.D. Carrie H. Kim, M.D.*

*Margarita Edge, MSN, RN-C, WHCNP*

Por favor escriba claro las respuestas de su informacion.

Si tiene preguntas, por favor preguntenos. GRACIAS!

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono De Casa \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_ Telefono De Trabajo \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_ # De Celular \_\_\_\_\_  
Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_  
Ocupacion \_\_\_\_\_ # De Seguro Social \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_

## EL POSEEDOR DE POLIZA DE SEGURO (Si usted es el poseedor no llene esta parte)

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo \_\_\_\_\_  
Direccion de casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_  
# De Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Relacion del paciente al poseedor de poliza: \_\_\_\_\_ Usted \_\_\_\_\_ Esposo \_\_\_\_\_ Hija \_\_\_\_\_ Otro(Explica) \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SU AZEGURANZA (Si tiene su tarjeta no llene esta informacion)

Nombre \_\_\_\_\_ # De Miembro \_\_\_\_\_  
Dirreccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
Poliza o Numero De ID \_\_\_\_\_ Numero De Grupo \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_

(Alguien no viviendo en su casa)

Telefono De Casa \_\_\_\_\_ Telefono de Oficina \_\_\_\_\_

REFERIDO POR \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_

Yo asigno todo los beneficios medico y serujano para incluir beneficios por los cuales estoy intitulado incluyendo a Medicare, azeguraza privada, planes de PPO y todo otro planes de salud para Flower Mound Women's Health, P.A. Este Asignado tomara en efecto hasta que yo lo revoque en firma . Una Copia sera asignado para ser considerada valida como una original. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos no pagados por mi azeguranza. Yo autorizo asignar y realizar informacion para asegurar pago

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Forma Individual de Autorizacion De Revelacion Del Paciente**

Flower Mound Women's Health, P.A.  
3101 Churchill Drive, Suite 212  
Flower Mound, Texas 75022  
Phone (972) 874-5588  
Fax (972) 874-3638

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

(Nota: Esta es para miembros de la familia o amigos que usted permite nuestra oficina para revelar informacion. Si usted quiere que cualquiera puede tener acceso a su informacion medico, si usted no quiere revelar a otra persona no firme.)

**Yo doy mi autorizacion para revelar mi informacion medica para el siguiente individuo/a que dice abajo:**

**Nombre(s) del individuo para obtener la informacion:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Descripcion de la informacion para ser revelada:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Entiendo que esta autorizacion dice que:**

**Yo tengo derecho para tener acceso para proteger informacion sobre mi salud que puede ser usada y divulgada:**

**Yo puedo revokar esta autorizacion en cualquier tiempo, contactando al oficial de privacidad escrito, a la direccion de arriba:**

**Informacion que sea usada o divulgada a este autorizacion puede ser sujeto a ser divulgada Esta clinica no tendra tratamiento de condicion cuando yo este autorizado por la respuesta de mi uso de divulgacion.**

**Yo recibire una copia de la autorizacion firmada cuando lo pida.**

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

Relacion al paciente ( si es firmado por un representante del paciente) \_\_\_\_\_

Como paciente de Flower Mound Women's Health, queremos informarles de nuestra nueva polisa de cancelacion de citas o citas faltadas.

Polisa de Cancelacion:

Nuestra oficina requiere notificacion de cancelacion 24 horas antes de su cita. Esto nos da la oportunidad de ofrecer esta cita para otros pacientes que estan en lista de espera. Puede dejar un mensaje en el buzón de voz despues de nuestros horarios operativos como notificacion. Entendemos que hay situaciones de emergencias como enfermedades, problemas automovilisticos, y emergencias familiares.

Flower Mound Women's Health estara cobrando \$25 por cada cita cancelada, cambiada, o faltada con menos de 24 horas de notificacion. Recalamos que si entendemos situaciones de emergencias y no sera penalizado por estas.

Si esta mas de 15 minutos tarde a su cita es posible que la cambiemos para otra ocasion. Esto asegurara su tiempo de calidad con el doctor y el tiempo de nuestros pacientes a seguir.

Favor de firmar como notificacion de nuestra polisa y entendimiento de la misma.

Firma Paciente/ Guardian: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**GYNECOLOGY**

**HISTORIA DE MENSTRUACION:**

- 1. A que edad comenzo su periodo? \_\_\_\_\_
- 2. Numero de dias en medio de los periodos? \_\_\_\_\_
- 3. Cuantos dias dura? \_\_\_\_\_
- 4. Por lo regular tiene dolor? \_\_\_\_\_
- 5. Que tanto sangra durante sus periodos? ( ) Poco ( ) Mediano ( ) Mucho
- 6. Cuando fue el primer dia de su ultima menstruacion? \_\_\_\_\_
- 7. Fue una menstruacion normal? \_\_\_\_\_
- 8. Si no cuando fue la ultima menstruacion normal? \_\_\_\_\_

Comentarios:

---

---

---

**HISTORIA DE EMBARAZOS:**

Cuantos Embarazos En Total: \_\_\_\_\_ Embarazos Completos: \_\_\_\_\_ Involuntario Abortos: \_\_\_\_\_  
Abortos: \_\_\_\_\_

<u>FECHA</u>	<u>DURACION DE EMBARAZOS</u>	<u>TIPO DE PARTO</u>	<u>VIVE</u>	<u>SEXO</u>	<u>PESO</u>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Si tuvo complicaciones, por favor explique

---

---

Esta tomando algun medicamento?

---

---

Dia de su ultimo Papanicolau? \_\_\_\_\_

A tenido un papanicolau abnormal \_\_\_\_\_ Si, Si por favor indique el dia y tipo: \_\_\_\_\_

**RAZON POR SU VISITA:**

---

---

---

---

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

**GYNECOLOGY**

Nombre: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Referido Por: \_\_\_\_\_

Familiar Mas Sercano \_\_\_\_\_

(no vivieno con usted) Numero de telefono: \_\_\_\_\_

**Historia Familiar** (Por favor senale)

<u>Si</u>	<u>No</u>		<u>Si</u>	<u>No</u>		<u>Si</u>	<u>No</u>	
( )	( )	Alta Presion	( )	( )	Diabetes	( )	( )	Cancer de Cenos/matiris
( )	( )	Problemas al Corazon	( )	( )	Epilepsia	( )	( )	Tuberculosis

Si contesto si alguna pregunta, por favor explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Porfavor indique si usted a tenido historia de lo siguiente**

<u>Si</u>	<u>No</u>		<u>Si</u>	<u>No</u>	
( )	( )	Anemia	( )	( )	Infecciones Venarias
( )	( )	Mareos	( )	( )	Erpes
( )	( )	Epilepsia	( )	( )	Fiebres Reumaticas
( )	( )	Diabetis	( )	( )	Asma
( )	( )	Tuberculosis	( )	( )	Bronquitis
( )	( )	Nuemonia	( )	( )	Emfesima
( )	( )	Problemas de Corazon	( )	( )	Ulceras
( )	( )	Angina de pecho	( )	( )	Colitis
( )	( )	Soplo al Corazon	( )	( )	Infeccion a la vejiga
( )	( )	Presion alta	( )	( )	Infeccion a los rinones
( )	( )	Hepatitis	( )	( )	Enfermedad en la sangre
( )	( )	Problemas con coagulacion de sangre			
( )	( )	Tiroides			
( )	( )	Desorden en el Sistema Nervioso			

**Cirugia:** (Por favor anote con la fecha)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alergiasa medicamentos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si es que si, explique por favor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Favor de marcar los que aplican.**

**1. Sintomas Generales**

- Debil, cansada siempre
- Fiebre
- Perdida de peso sin causa
- Aumento de peso sin causa
- Falta de apetito
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**2. Ojos**

- Cambios en su vision
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**3. Oidos, Nariz, Garganta**

- Problemas de sinusitis
- Dolores de cabeza
- Timbre en los oidos
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**4. Cardiovascular (Corazon)**

- Dolores de pecho
- Falta de aire al respirar
- Inchason de los pies
- Palpitaciones irregulares
- Dificultad de respirar al dormir
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**5. Pulmonar (Pulmones)**

- Toser
- Ruidos del pulmon al respirar
- Sangre al escupir
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**6. Gastrointestinal**

- Diarrea
- Estreñimiento
- Sangramiento rectal
- Dolores estomachales
- Gas estomachal
- Vomitos o nausias
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**7. Urinario**

- Sangre en la orina
- Ardor al orinar
- Orina frecuente
- Urgencia de orinar
- Escape de orina
- Sensacion de vegiga llena despues de orinar
- Piedras en el riñon
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**8. Muscular**

- Debilidad
- Dolor de coyunturas
- Dolor de espalda
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**9. Piel y Senos**

- Rash
- Masa en el seno
- Dolor de seno
- Desecho del pezon
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**10. Neurologico**

- Desmayos
- Ataques
- Entumescimiento
- Problemas al caminar o de balance
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**11. Psiquiatrico**

- Depression
- Ansiedad
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**12. Endocrino**

- Sofocos de calor
- Diabetes
- Problemas de la tiroide
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**13. Hematologico & Lymphatico**

- Moraduaa facilmente
- Sangramiento
- Agrandamiento de glandulas lymphaticas
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

**14. Gynecologico**

- Problemas embarazandose
- Sangramiento vaginal anormal
- Desecho vaginal anormal
- Dolor de pelvis
- Dolor con relaciones sexuales
- Infeccion pelvica
- Vagina sobresalida/ llena
- Otro \_\_\_\_\_
- Nada

15. ¿Usted fuma? Sí No

16. ¿Se ejercita regularmente? Sí No

17. ¿Tiene usted una dieta saludable? Sí No

**He revisado los sintomas anteriores.**

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_

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

