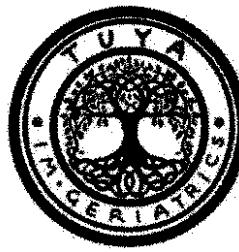


Eileen Fermin,  
M.D. Guillermo  
Morel M.D.  
Isabella Dimaso P.A.

Internal Medicine – Board  
Certified Geriatric Medicine –

Board Certified



13230 US Hwy 1, Sebastian, FL 32958  
752 S. US Hwy 1, Vero Beach, FL 32962

**Telephone: (772) 589-0300**

### **Registro de Pacientes**

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Estado Civil: S D M W

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sex: M or F

Direccion Postal: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

No de Telefono#: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No. Celular#: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Etnicidad: \_\_\_\_\_ Correo electronico: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Si Paciente es menor de edad o estudiante nombre de padre o madre: \_\_\_\_\_

>Contacto

de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

No de Telefono#: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No. Celular#: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Seguro

Medico:

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_

No de Identificacion#: \_\_\_\_\_

No. de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona en el Seguro medico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Historial médico.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Usted fuma?	Si	No	Usted bebe alcohol?	Si	No
-------------	----	----	---------------------	----	----

**Por favor, marque todos los que apliquen/haya tenido.**

Alergias  
 GERD/Acidez  
 Asma  
 Hernia  
 Cancer  
 Cataratas  
 Varicela  
 Enfermedad de Crohn  
 Diabetes

Síndrome de colon irritable  
 Diverticulosis  
 Glaucoma  
 Ataque de corazon  
 Enfermedad del corazon  
 Hemorroides  
 Presión alta  
 Colesterol alto  
 Enfermedad renal

Enfermedad hepática  
 Pancreatitis  
 Neumonía  
 Problemas de próstata  
 Derrame cerebral  
 Sifilis  
 Enfermedad de la tiroides  
 Tuberculosis  
 Ulcera

Sarampión  
 Rubeola  
 Fiebre reumática  
 Fibrilación auricular  
 Marcapasos  
 Desfibrilador automático implantable

Artritis  
 Transfusión sanguínea  
 Dialisis  
 Polio  
 Paperas

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)  
 ACV/Derrame cerebral  
 Fibromialgia

Otro(s):

### Hospitalizaciones o Cirugías

Razón	Fecha

### Historia Familiar

Enfermedad	Pariente

Por favor, indique si ha tenido un cambio significativo, reciente o recurrente:

<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Sistema Cardiovascular</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Genitourinario</b>
—	—	Dolor en el pecho	—	—	Eritrocitos en orina
—	—	Problemas de corazón	—	—	Ardor al orinar
—	—	Palpitaciones	—	—	Cambio en la fuerza o esfuerzo al orinar
—	—	Dificultad para respirar	—	—	Cambio en la frecuencia de orinar
—	—	Hinchazon de pies, tobillos o manos	—	—	Incontinencia o goteo de orina
—	—	Complicaciones al dormir	—	—	Ciclo menstrual irregular
<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Síntomas Constitucionales</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	Menstruación dolorosa
—	—	Dolor de cabeza frecuente	—	—	Flujo vaginal recurrente
—	—	Cambio de peso significativo reciente	—	—	Dificultades sexuales
—	—	Cansancio o debilidad	—	—	Dolor testicular
<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Oídos/Nariz/Boca/Garganta/Cuello</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Linfático Hematológico</b>
—	—	Gingivitis hemorrágica	—	—	Tendencia a sangrar o hematomas
—	—	Problemas de sinusitis crónica	—	—	Anemia recurrente
—	—	Disfagia	—	—	Cicatrización lenta
—	—	Usa usted audífonos?	—	—	Hinchazon, calor y sensibilidad de venas
—	—	Dolores de oído o drenaje	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Tegumentario (piel/mamas)</b>
—	—	Perdida de la audición	—	—	Secreción de mamas o erupción
—	—	Bultos o inflamación de los ganglios	—	—	Tumor mamario
—	—	Ulceras en la boca	—	—	Dolor en los senos
—	—	Dolor de cuello o rigidez	—	—	Cambio en el cabello o las uñas
—	—	Sangrado de la nariz	—	—	Cambio en el color de la piel o lunares
—	—	Angina	—	—	Erupciones o picazón
—	—	—	—	—	Venas varicosas
<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Endocrino</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Musculoesquelético</b>
—	—	Cambio en el tamaño de la mano	—	—	Dolor de espalda
—	—	Sequedad excesiva de la piel	—	—	Piel o manos frías
—	—	Sed excesiva	—	—	Dificultades en caminar
—	—	Problema glandular u hormonal	—	—	Dolor en las articulaciones o rigidez
—	—	Intolerancia al calor o al frío	—	—	Dolor muscular o calambres
<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Ojos</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	Debilidad de los músculos o las articulaciones
—	—	Visión borrosa o doble	—	—	<b>Neuroológico</b>
—	—	Cambio en la visión	<b>Si</b>	<b>No</b>	Convulsiones o espasmos
—	—	Enfermedad o lesión	—	—	Lesión craneal
—	—	Convulsiones	—	—	Aturdimiento o mareos
—	—	Gafas	—	—	Sensaciones de entumecimiento
—	—	—	—	—	Parálisis
<hr/>					
<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Gastrointestinal</b>			
—	—	Dolor abdominal			
—	—	Heces oscuras			
—	—	Frecuencia de deposición de heces			
—	—	Diarrea frecuente			
—	—	Perdida de apetito			
—	—	Náuseas o vómito			
—	—	Evacuaciones dolorosas o estreñimiento			

Sangrado rectal o sangre en heces

### Consentimiento Para Divulgar Informacion Medica

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo la liberacion para los siguientes registros o informacion con limitaciones, que pueden incluir el tratamiento de abuso psiquiatrico, alcohol o drogas, resultados de la prueba de VIH o SIDA/ARC, o preferencia sexual. La revision del registro tambien esta autorizada.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Numero de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Solicitud de registros de: (Medico/Hospital) \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Acceso a la siguiente informacion para la continuidad de la atencion:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> copia de registros medicos completos | <input type="checkbox"/> Informes de Radiologia  |
| <input type="checkbox"/> Historia y Fisico                    | <input type="checkbox"/> Informes de Patologia   |
| <input type="checkbox"/> Informes de EKG                      | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Registros de Medicamentos            | <input type="checkbox"/> Informes de Operativos  |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso                    | <input type="checkbox"/> Otros: _____            |

Registros que se publicara a: \_\_\_\_\_

Entiendo que la informacion divulgada por esta autorizacion puede ser sujeta a re-divulgacion por parte del receptor y ya no esta protegida por leyes estatales y federales de privacidad.

Entiendo que el tratamiento en medicina de familia no sera negado si no firmo esta autorizacion. Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento enviando un aviso por escrito. No puedo revocar esta autorizacion en la medida en que la practica haya actuado al amparo de la autorizacion, o si la autorizacion es permitir a una compania de seguros, la divulgacion de la PHI, como condicion para obtener cobertura, en la medida que otra ley permite al asegurador a reclamaciones por concurso o cobertura.

Firma del Paciente/Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Testigo (requerido si el paciente es incapaz de firmar): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **Poder Notarial/ Poder de abogado.**

**Le ha dado usted el poder sobre decisiones medicas relacionadas a su salud a alguna persona?**

Por favor, elija una de las siguientes opciones: SI NO

NO

**Si la respuesta a la pregunta anterior fue SI, por favor complete la siguiente informacion:**

**Nombre completo:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Dirección:**

## **Acuerdo de HIPAA**

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD A FAMILIARES O AMIGOS INVOLUCRADOS EN MI CUIDADO. ESTA AUTORIZACION NO PUEDE UTILIZARSE PARA LIBERAR U OBTENER INFORMACION DOCUMENTADA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: / /

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

A MI SOLICITUD, AUTORIZO A REVELAR MI DIAGNOSTICO, RESULTADOS DE EXAMENES O PROCEDIMIENTOS, PRUEBAS DE DIAGNOSTICO, O PROCEDIMIENTOS, OPERATIVA, PATOLOGIA, INFORMES DE RADIOLOGIA, Y INFORMES DE CONSULTA A LOS INDIVIDUOS SIGUIENTES QUE ESTAN DIRECTAMENTE INVOLUCRADOS EN MI CUIDADO Y TRATAMIENTO.

Entiendo que la informacion divulgada por esta autorizacion puede ser sujeta a re-divulgacion por parte del receptor y ya no esta protegida por leyes estatales y federales de privacidad.

Entiendo que el tratamiento en medicina no sera negado si no firmo esta autorización.

No puedo revocar esta autorización en la medida en que la práctica haya actuado de acuerdo con la misma.

	Nombre	Relacion	Telefono
1			
2			
3			
4			
5			

Firma del representante legal o paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: / /

**Lista de medicamentos que esta tomando con regularidad (incluyen los remedios de hierbas o sin receta).**

No hay medicamentos actuales