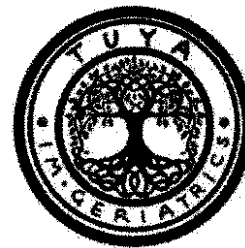


Eileen Fermin,
M.D. Guillermo
Morel M.D.
Isabella Dimaso P.A

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

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No de Teléfono#: (____) ____ - ____ No. Celular#: (____) ____ - ____

Nombre de Empleador: _____ SS#: ____ - ____ - ____

Etnicidad: _____ Correo electrónico: _____

Farmacia: _____

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

----- Contacto
de Emergencia:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

No de Teléfono#: (____) ____ - ____ No. Celular#: (____) ____ - ____

----- Seguro
Médico:

Compañía de Seguro: _____

No de Identificación#: _____

No. de Grupo: _____

Nombre de la persona en el Seguro médico: _____

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.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Síndrome de colon irritable | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> GERD/Acidez | <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Ataque de corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Úlcera |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador automático implantable | |

- ☐ 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:

Si	No	<u>Sistema Cardiovascular</u>	Si	No	<u>Genitourinario</u>
___	___	Dolor en el pecho	___	___	Eritrocitos en orina
___	___	Problemas de corazon	___	___	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
___	___		___	___	Menstruacion dolorosa
Si	No	<u>Sintomas Constitucionales</u>	___	___	Flujo vaginal recurrente
___	___	Dolor de cabeza frecuente	___	___	Dificultades sexuales
___	___	Cambio de peso significativo reciente	___	___	Dolor testicular
___	___	Cansancio o debilidad	___	___	
Si	No	<u>Oidos/Nariz/Boca/Garganta/Cuello</u>	Si	No	<u>Linfatico Hematologico</u>
___	___	Gingivitis hemorragica	___	___	Tendencia a sangrar o hematomas
___	___	Problemas de sinusitis cronica	___	___	Anemia recurrente
___	___	Disfagia	___	___	Cicatrizacion lenta
___	___	Usa usted audifonos?	___	___	Hinchazon, calor y sensibilidad de venas
___	___	Dolores de oido o drenaje	Si	No	<u>Tegumentario (piel/mama)</u>
___	___	Perdida de la audicion	___	___	Secrecion de mamas o erupcion
___	___	Bultos o inflamacion de los ganglios	___	___	Tumor mamario
___	___	Ulceras en la boca	___	___	Dolor en los senos
___	___	Dolor de cuello o rigidez	___	___	Cambio en el cabello o las unas
___	___	Sangrado de la nariz	___	___	Cambio en el color de la piel o lunares
___	___	Angina	___	___	Erupciones o picazon
___	___		___	___	Venas varicosas
Si	No	<u>Endocrino</u>	Si	No	<u>Musculosqueletico</u>
___	___	Cambio en el tamaño de la mano	___	___	Dolor de espalda
___	___	Sequedad excesiva de la piel	___	___	Piel o manos frias
___	___	Sed excesiva	___	___	Dificultades en caminar
___	___	Problema glandular u hormonal	___	___	Dolor en las articulaciones o rigidez
___	___	Intolerancia al calor o al frio	___	___	Dolor muscular o calambres
Si	No	<u>Ojos</u>	___	___	Debilidad de los musculos o las articulaciones
___	___	Vision borrosa o doble	Si	No	<u>Neurologico</u>
___	___	Cambio en la vision	___	___	Convulsiones o espasmos
___	___	Enfermedad o lesion	___	___	Lesion cranial
___	___	Convulsiones	___	___	Aturdimiento o mareos
___	___	Gafas	___	___	Sensaciones de entumecimiento
___	___		___	___	Paralisis
Si	No	<u>Gastrointestinal</u>			
___	___	Dolor abdominal			
___	___	Heces oscuras			
___	___	Frecuencia de deposicion de heces			
___	___	Diarrea frecuente			
___	___	Perdida de apetito			
___	___	Nauseas o vomito			
___	___	Evacuaciones dolorosas o estreñimiento			

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:

_____ copia de registros medicos completos

_____ Historia y Fisico

_____ Informes de EKG

_____ Registros de Medicamentos

_____ Notas de Progreso

_____ Informes de Radiologia

_____ Informes de Patologia

_____ Informes de Laboratorio

_____ Informes de Operativos

_____ 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

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

Nombre completo:

Fecha de Nacimiento:

Direccion:

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: ____/____/____

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 ESTARAN 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 autorizacion.

No puedo revocar esta autorizacion en la medida en que la practica haya actuado al amparo de la autorizacion.

	Nombre	Relacion	Telefono
1			
2			
3			
4			
5			

Firma del respresentante legal o paciente: _____ Fecha: ____/____/____

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

☐ No hay medicamentos actuales[illegible]