

Información de registro paciente

_ Fecha:_____

POR FAVOR PROPORCIONE LEGIBLE POSIBLE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Nombre del Paciente: _____ Date de nacimiento:_____

Número de la Seguridad Social: _____ Sexo: Masculino / femenino

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado: _____ Código postal:_____

Teléfono de casa:_____ Teléfono

Celular:_____

Dirección de correo electrónico:_____ Teléfono de trabajo:_____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Estado civil:_____ Nombre del cónyuge:_____

Fuente de envío:

Notificar en caso de emergencia

Nombre:_____ Relación:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____

Zip:_____

Número de teléfono principal: _____ Teléfono de trabajo:_____

Los pacientes menores de 18 años

YO, _____, juro que me la custodia legal del niño , _____. A menos que se especifique lo contrario, no se dispone de información, incluyendo pero no limitado a: información de la cita, los

Stephen Streitfeld MindSource Centro MD

registros médicos información, o cualquier información personal serán liberados para cualquier persona que no sea el tutor nombrado anteriormente.

Esta información es confidencial y será tratada con respeto. Si en cualquier momento usted desea entregar información a nadie, ni a usted, le pedirán que firme un escrito de información. Por favor, tenga en cuenta que ley de Arizona permite los padres sin custodia el acceso a la salud mental de los niños y de los registros médicos.

Por favor, tenga en cuenta que el suministro nuestras instalaciones con información falsa o engañosa es un haber infligido ley y serán tratados como tales.

Padre/guardián Firma: _____

Responsable/Titular principal de la tarjeta

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación: _____ Número de la Seguridad

Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ State: _____ Zip: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono de trabajo: _____

Información sobre el seguro

Seguro de Salud Conductual Primaria: _____ o Pagar

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Proveedor de seguros (Salud Mental) Número de teléfono: _____

Número de autorización (si procede) : _____

Seguro de Salud Conductual secundaria: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Proveedor de seguros (Salud Mental) Número de teléfono: _____

Autorizo la liberación de cualquiera de mis médicos, psiquiátricos o cualquier otro tipo de información necesaria para procesar cualquier reclamación y para proporcionar información a otro proveedor de cuidado de salud cuando sea necesario para coordinar el tratamiento. Yo también autorizar el pago de las prestaciones médicas o beneficios para la salud mental para el médico o proveedor de servicios prestados. Comprendo plenamente que si mi seguro deniega el pago de los servicios bibliotecarios define como servicio no cubierto, será responsable de cualquier cantidad adeudada. Además, entiendo que mi cuenta se hace referencia a o con una agencia de cobros que seré completamente responsable de todos pago de cuotas con las colecciones.

Nombre: _____ Fecha: _____

Signo: _____

—

Historial médico

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico de Atención Primaria: _____

Fecha del último Examen físico: _____

Alergias a medicamentos:

Las cirugías (continúe en la parte posterior si es necesario):

Medicamentos, dosis, frecuencia adoptadas (incluir medicamentos sin receta, hierbas, vitaminas) continuar en la parte de atrás si es necesario:

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? Por favor círculo alrededor de todo lo que proceda

Epilepsia o convulsiones

Accidente cerebrovascular o AIT

Lesión en la cabeza

Pérdida de la Conciencia

El Glaucoma

Dificultad para oír

Crónica del Oído Tinnitus o zumbido

Dolores de cabeza frecuentes

Ataque cardíaco o Angina

Problemas cardíacos

Stephen Streitfeld MindSource Centro MD

Hinchazón de los tobillos	Los períodos menstruales pesados
Presión Arterial Alta	Sudores nocturnos
Trastornos de la coagulación o sangrado	Dificultad para orinar
Actualmente en los anticoagulantes	Incontinencia Urinaria
La tos con sangre	Sangre en la orina
El asma	Enfermedad renal
Exposición a la Tuberculosis	Artritis
Enfermedad pulmonar (otros que el asma)	Ganglios Inflamados
Las alergias	Erupciones en la piel
La Hepatitis (A, B, C)	Problemas para dormir
El reflujo gastroesofágico o reflujo ácido	Hacer dieta
Problemas estomacales	Intento de suicidio (Número de veces:_____)
Síndrome del intestino irritable (SII)	Trastorno de la alimentación
Sangre en las heces recientes	Humo o adicción a la nicotina
Los últimos negro oscuro/heces alquitranadas	Uso de Drogas Ilícitas
Estreñimiento frecuente	Abuso de Alcohol
Diarrea Regular	Medicamento abuso
EL VIH o SIDA	Las embarazadas
El Cáncer (Especificar:_____)	Sexualmente activa
Colesterol alto	La libido baja o alta
La Diabetes	Dificultad para lograr el orgasmo
Problemas tiroideos	Dificultad de excitación/erecciones
Cambios en patrones de crecimiento del pelo	Fecha de la última citología vaginal:_____
	Fecha del último análisis de sangre:_____

¿Hay otras condiciones que no se han mencionado anteriormente? Por favor, lista

Otros médicos:

¿Nos podemos poner en contacto con cualquiera de sus médicos antes mencionados?

Paciente/tutor Firma:Que

Nombre
impreso:_____

Fecha:
:_____ Onu