



FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

Descargo de responsabilidad: Gracias por su interés en ser paciente de South Florida Renal Care. Este formulario se utiliza para recopilar información sobre nuevos pacientes y se usa únicamente con fines internos. La información que usted proporcione es confidencial y será tratada como tal.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ **APELLIDO:** _____

FEHA DE NACIMIENTO: _____ **GENERO:** ☐ HOMBRE ☐ MUJER

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **ZIP Code:** _____

TELEFONO DE CASA: _____ **MOVIL:** _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ **E-Mail:** _____

ETHNICIDAD/RAZA: _____ **PESO:** _____ **ESTATURA:** _____

IDIOMA PRINCIPAL: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other: _____

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ SEPARADO(A)
☐ VIUDO(A)

NOMBRE DE ESPOSO(A): _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

CONTACO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE CONTACO DE EMERGENICA: _____

RELACION: _____ E-Mail: _____

TELEFONO DE CASA: _____ MOVIL: _____

SEGURO MEDICO PRIMARIO

Primary Insurance Company: _____

Group #: _____ ID #: _____

Primary Insurance Type: ☐ HMO ☐ PPO ☐ Medicare ☐ Other: _____

Complete the following if you are **not** the policyholder for your primary insurance:

Insurance Policyholder: ☐ Spouse ☐ Child ☐ Parent ☐ Other: _____

Policyholder Name: _____ Date of Birth: _____

Policyholder Social Security Number: _____

SEGURO MEDICO SECUNDARIO

Secondary Insurance Company: _____

Group #: _____ ID #: _____

Primary Insurance Type: ☐ HMO ☐ PPO ☐ Medicare ☐ Other: _____

Complete the following if you are **not** the policyholder for your secondary insurance:

Insurance Policyholder: ☐ Spouse ☐ Child ☐ Parent ☐ Other: _____

Policyholder Name: _____ Date of Birth: _____

Policyholder Social Security Number: _____

MEDICOS TRATANTES

DOCTOR PRIMARIO: _____ TELEFONO: _____

Indique otros médicos tratantes activos:

Physician Name: _____ Specialty: _____

Physician Name: _____ Specialty: _____

Physician Name: _____ Specialty: _____

Physician Name: _____ Specialty: _____

ALERGIAS

Enumere sus alergias y describa las reacciones:

Allergy: _____ Reaction: _____

Allergy: _____ Reaction: _____

Allergy: _____ Reaction: _____

Allergy: _____ Reaction: _____

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que toma actualmente, incluyendo la dosis:

Medication: _____ Dose: _____

Medication: _____ Dose: _____

Medication: _____ Dose: _____

Medication: _____ Dose: _____

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

Indique condiciones/enfermedades importantes que han tenido sus familiares cercanos:

PARIENTE	Condition	VIVE?	SI FALLECIO, A QUE EDAD?
MADRE		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
PADRE		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	

Diabetes	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Seizure Disorders	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Drug/Alcohol Abuse	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Shortness of Breath	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Erectile Dysfunction	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Sinus Conditions	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Fibromyalgia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Stroke	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Gerd	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Syndrome X	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Heart Disease	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Tremors	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Hyperinsulinemia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Wheat Allergy	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Hyperlipidemia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		

Otros problemas médicos: _____

PREOCUPACIONES DE SALUD

¿Cuál es su principal preocupación de salud?

¿Cuándo comenzó este problema aproximadamente? _____

¿El problema le causa dolor? ☐ Yes ☐ No

- Si es así, ¿dónde? _____

¿Cómo ha cambiado el dolor desde que comenzó?

☐ Aumentó ☐ Disminuyó ☐ No cambió

¿Cómo comenzó el dolor actual?

☐ Gradualmente ☐ De repente

¿Con qué frecuencia ocurre su dolor?

☐ Constantemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente

¿En qué momento del día el dolor es más fuerte?

☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐ Madrugada

¿Cuáles son sus síntomas actuales? _____

Marque los que describen su dolor:

<input type="checkbox"/> Dolor sordo	<input type="checkbox"/> Calambres	<input type="checkbox"/> Espasmos	<input type="checkbox"/> Palpitante
<input type="checkbox"/> Adormecimiento	<input type="checkbox"/> Ardor/calor	<input type="checkbox"/> Tipo descarga eléctrica	<input type="checkbox"/> Hormigueo

- ☐ Aplastante ☐ Punzante/agudo ☐ Tipo presión
☐ Agotador ☐ Disparos

Otras preocupaciones de salud que desea que sepamos:

HISTORIAL SOCIAL

¿Consume alcohol actualmente? ☐ Sí ☐ No

• ¿Cuántas bebidas por semana? _____

¿Fuma actualmente? ☐ Sí ☐ No

• ¿Qué fuma? ☐ Tabaco ☐ Marihuana ☐ Otro: _____

• ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____

¿Utiliza otras drogas? ☐ Sí ☐ No

• ¿Qué otras drogas usa? _____

• Frecuencia: ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente

¿Consume cafeína? ☐ Sí ☐ No

• ¿Cuántas tazas al día? _____

¿Con qué frecuencia hace ejercicio? ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Ocasionalmente ☐

Raramente

¿Sigue una dieta especial? ☐ Sí ☐ No

• ¿Qué dieta? _____

FARMACIA PREFERIDA

Nombre de la farmacia: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____

Código postal: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Al firmar a continuación, por la presente reconozco, acepto y autorizo todo lo siguiente:

a) Información precisa. Certifico que la información proporcionada en este formulario es precisa, completa y actualizada según mi leal saber y entender.

b) Derechos y responsabilidades del paciente. Entiendo que el centro de atención médica mantiene un Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica protegida, y cómo puedo acceder a mis registros médicos. Entiendo que tengo derecho a revisar dicho aviso antes de firmar este formulario.

c) Divulgación de información médica. Autorizo la divulgación de mi información médica al centro de atención médica de acuerdo con su Aviso de Prácticas de Privacidad. Esto incluye, pero no se limita a, compartir información médica con mi médico remitente, médico de atención primaria y cualquier otro médico al que se me remita. El centro de atención médica garantizará que toda la información médica se mantenga confidencial, como lo exige HIPAA, y no divulgará ninguna información sin mi consentimiento.

d) Consentimiento para tratamiento. Autorizo al centro de atención médica, incluidos sus proveedores afiliados, médicos y demás personal médico, a utilizar la información médica proporcionada para fines de mi tratamiento médico según sea necesario.

e) Consentimiento para comunicación. Autorizo recibir comunicaciones del centro de atención médica respecto a recordatorios de citas, resultados de exámenes y otra información necesaria relacionada con mi salud, ya sea por teléfono, correo electrónico u otros canales.

f) Reconocimiento. Al firmar a continuación, reconozco, acepto y autorizo todo lo anterior, y autorizo al centro de atención médica a obtener y revisar mi historial médico, así como a divulgar la información necesaria para obtener autorizaciones de procedimientos o procesar reclamaciones de seguros.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____