



## 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:** \_\_\_\_\_

**FECHA 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: \_\_\_\_\_

## 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	

HERMANDO(A)		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Other:		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Other:		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	

### HISTORIAL QUIRÚRGICO

Enumere cirugías, fracturas, enfermedades importantes u hospitalizaciones:

Description	Doctor	Location	Year

### HISTORIAL MÉDICO

#### ¿Ha tenido alguno de los siguientes?

Anemia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Hypertension	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Arthritis Conditions	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Male Hypogonadism	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Asthma	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Hypothyroidism	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Atrial Fibrillation	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Infection Problems	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Bleeding Problems	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Insomnia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Benign Prostatic Hyperplasia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Irritable Bowel Syndrome	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Coronary Artery Disease	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Kidney Problems	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Cancer	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Menopause	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Cardiac Arrest	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Migraines/Headaches	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Celiac Disease	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Neuropathy	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Chest Pain	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Onychomycosis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Congestive Heart Failure	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Organ Injury	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Chronic Fatigue Syndrome	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Depression	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Pulmonary Embolism	<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**

**¿Consumo 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:** \_\_\_\_\_