

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------|---|--|---|
| la fecha de hoy: | | doctor primario: | | | |
| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | | | | |
| ÚLTIMO NOMBRE DEL PACIENTE : | | primero : | _Mr. _Mrs. | _Miss _Ms. | Estatus marital Soltero/Casado Divorciado/Separado Viudo |
| ¿Es este su nombre legal? _ si _no | Si no, ¿cuál es su nombre legal? | (nombre anterior): | Fecha de nacimiento / / | la edad | Sexo _M _F |
| dirección de la calle: | | Número de seguridad social: | número de teléfono de casa: () | | |
| P.O. Caja | Ciudad: | Estado: | Código postal | | |
| Ocupación: | Empleador: | | Número de teléfono del empleador () | | |
| eligió clínica porque / se refirió a la clínica por (marque una casilla): _ Dr _____ _ Plan de seguro _hospital _Familia _Amigo _Cerca del trabajo / casa _ internet _Otro | | | | | |
| otros miembros de la familia vistos aquí: | | | | | |
| INFORMACIÓN DEL SEGURO | | | | | |
| por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista | | | | | |
| persona responsable de la factura: | Fecha de nacimiento / / | dirección (si es diferente): | | número de teléfono de casa: () | |
| ¿Es esta persona un paciente aquí? | | | | | |
| ocupación: | Empleador: | Dirección del empleador: | | Número de teléfono del empleador: () | |
| ¿Está este paciente cubierto por el seguro? _ Si _ No | | | | | |
| Por favor indique seguro primario: | | | | | |
| Nombre del suscriptor: | Número de seguro social del abonado: | Fecha de nacimiento: / / | Número de grupo | Número de póliza | Copago: \$ |
| Relación del paciente con el suscriptor: _ mí mismo _cónyuge _crío _Otra | | | | | |
| Nombre del seguro secundario (si corresponde) | | Nombre del suscriptor | Número de grupo | Número de póliza | |
| Relación del paciente con el suscriptor: _mí mismo _cónyuge _crío _Otra | | | | | |
| En caso de emergencia | | | | | |
| Nombre del pariente o amigo locales: | relación con el paciente: | Número de teléfono de casa | Número de teléfono del trabajo | | |

UVA Radiology Vein and Vascular Care Forma De Cribado Paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Doctor primario: _____

Por favor responda las siguientes preguntas lo más completamente posible:
Motivo de la visita: _____

¿Por cuanto tiempo has tenido este problema? _____
(How long have you had this problema?)

¿Ha sido tratado o visto por este problema antes de la visita de hoy? _____
¿Si es así cuando? _____ ¿Dónde? _____
(Have you been treated or seen for this problema prior to today's visit? When? Where?)

¿Qué empeora el problema? _____
(What makes the problem worse?)

¿Qué hace que el problema mejore? _____
(What makes the problem better?)

Historia médica pasada: _____
(Past medical history:) _____

Alergias: enumere las alergias a alimentos o medicamentos y enumere la reacción a cada una

_____ No se conocen alergias

| | |
|----------|-----------------|
| 1. _____ | Reacción: _____ |
| 2. _____ | Reacción: _____ |
| 3. _____ | Reacción: _____ |
| 4. _____ | Reacción: _____ |

¿Actualmente está recibiendo tratamiento o ha sido tratado por alguno de los siguientes? Por favor marque todos los que apliquen:

Neurológico

- Trazo (stroke)
- Esclerosis múltiple (MS)
- Convulsiones (seizures)
- Demencia (dementia)
- Cirugía de cataratas (cataract surgery)
- Glaucoma
- Otro _____

Cardiovascular

- Ataque al corazón (MI)
- Fibrilación auricular (AFib)
- Cardiomiopatía (CM)
- Enfermedad vascular periférica (PVD)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Alta presión sanguínea (HTN)
- Marcapasos/AICD (pacemaker/AICD)
- Otro _____

Respiratorio

- Asma (asthma)
- COPD
- Cáncer de pulmón (lung cancer)
- Apnea del sueño (sleep apnea)
- Enfermedad pulmonar crónica
- Otro _____

Gastrointestinal

- Acidez (heartburn)
- Cirrosis (cirrhosis)
- Hepatitis B or C
- Úlcera estomacal o intestinal
- Cáncer
- Hígado (liver)
- Páncreas
- Colon
- Estómago (stomach)
- Otro _____

Genitourinario

- Enfermedad del riñón (kidney disease)
- Diálisis
- Problemas de próstata (prostate issues)
- Cáncer
- Riñón (kidney)
- Vejiga (bladder)
- Próstata (prostate)
- Problemas femeninos (female problems)
- Último periodo menstrual (LMP)
- Otro _____

Musculoesquelético

- Artritis
- Osteoporosis
- Fibromialgia
- Otro _____

Endocrino

- Problemas de tiroides (thyroid)
- Diabetes Type _____
- Otro _____

Piel (skin)

- Úlceras / heridas
- Cáncer

Trastornos de la sangre (blood)

- Trastornos de la coagulación (clotting disorders)
- Célula falciforme (sickle cell)
- Anemia
- HIV

Otro

- Depresión/ansiedad (depression/anxiety)
- Abuso de sustancias (substance abuse)

Cirugías

- Apendectomía
- Cirugía de busto (breast surgery) _____
- Extirpación de la vesícula biliar (gallbladder removal)
- Cesárea (C-section)
- Cirugía de articulaciones (joint surgery) _____
- Cirugía de columna vertebral (spine surgery) _____
- Procedimientos vasculares (vena / arteria) previos. (prior vascular procedures)
- Cirugía a corazón abierto (open heart surgery)
- Bypass o válvula (bypass or valve) _____
- Histerectomía (hysterectomy) or cirugía femenina (female surgery)
- Otro _____

Historia Social

Fumígeno (smoking):

- Corriente (current)
- Ex (former)
- Nunca (never)
- Paquetes por día si fuma o ha fumado en el pasado? (PPD if you have smoked?)
- Cuantos años fumaste? (How many years smoked?)

Alcohol:

- Corriente (current)
- Ex (former)
- Nunca (never)
- ¿Cuántas bebidas por día? (How many drinks per day?)

Drogas (drugs):

- Corriente (current)
- Ex (former)
- Nunca (never)

Medicamentos actuales

_____ No tomar ninguna medicación actual (Not taking any current medications)

Farmacia: _____

Dirección: _____

Número de teléfono si está disponible: _____

*Incluya los medicamentos recetados a diario y los medicamentos que se usan solo según sea necesario (prn)

| # | Nombre del medicamento | Dosis | Con qué frecuencia | ruta |
|----|------------------------|-------|--------------------|------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |