



NewportCare®
MEDICAL GROUP
 NEWPORT BEACH - ORANGE
 COSTA MESA - LONG BEACH
 MISSION VIEJO - RIVERSIDE

**INFORMACION DEL PACIENTE
 PARA ARCHIVOS MEDICOS**

Fecha de Hoy _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Número del Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Número Código Postal _____ Número de teléfono _____

Ocupación _____ Número de Licencia de Conducir _____

Nombre del Empleador _____ Número de Teléfono del Empleador _____

Dirección del Empleador _____

Casado Soltero Divorciado Viudo

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

Conyuge / o Padre Responsable _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

Ocupación _____ Número de Licencia de Conducir _____

Nombre del Empleador _____ Número de Teléfono del Empleador _____

Dirección del Empleador _____

Contacto de Emergencia persona que no Vive con Usted:

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

• Por favor complete si el paciente es menor de 21 años de edad o un estudiante

Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____

Trabajo del Padre _____ Trabajo de la Madre _____

Empleador del Padre _____ Empleador de la Madre _____

Dirección _____ Dirección _____

Información del Seguro Médico

Suscriptor Principal de Seguros _____ **Segundo Suscriptor del Seguro** _____

Empresa de Seguros _____ Empresa de Seguros _____

Número de Identificación _____ Número de Identificación _____

Número de Grupo _____ Número de Grupo _____



**HISTORIA DEL PACIENTE
PARA LA INGESTA DE PODIATRIA**

Fecha _____
 Nombre _____
 Fecha de Nacimiento _____
 Describa su problema (incluya la fecha de lesión, si es aplicable) _____

Soltero Casado Viudo Divorciado Otro
 Altura _____ Peso _____ Tamaño de Calzado _____
 Ocupación _____

Ejercicio: Tipo, duración, frecuencia (Por ejemplo: Caminando 30 minutos 3 veces por semana)

Fuma actualmente? Si No
 Cuantos paquetes al día? _____ Por cuantos años? _____

Ha fumado previamente? Si No
 Cuantos paquetes al día? _____ Por cuantos años? _____

Año en que dejó de fumar _____
 Usa drogas creativas? Si No

Si es así, cada cuando? _____
 Que drogas esta usando? _____

Toma café? Si No
 Numero de bebidas con cafeína al día? _____

Consumo Alcohol? Si No
 Tipo de alcohol _____

Cuanto alcohol consume por semana? _____
 Raza: Asiatico Negro Caucásico Hispano Otro

HISTORIA MEDICA DEL PASADO

| MEDICAL | FECHA | FECHA |
|---|-------|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | _____ | <input type="checkbox"/> Hernia Hiatal |
| <input type="checkbox"/> Artritis | _____ | <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguinea |
| <input type="checkbox"/> Asma | _____ | <input type="checkbox"/> Infección Renal |
| <input type="checkbox"/> Bultos en el Pecho | _____ | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Cancer | _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de Próstata |
| <input type="checkbox"/> Tos Crónica | _____ | <input type="checkbox"/> Sangrado Rectal |
| <input type="checkbox"/> Cistitis | _____ | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | _____ | <input type="checkbox"/> Problema de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | _____ | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno | _____ | <input type="checkbox"/> Perdida de Peso |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | _____ | <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis – B, C | _____ | |
| <input type="checkbox"/> HIV | _____ | |

| CIRUGIAS | FECHA |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Abdominal | _____ |
| <input type="checkbox"/> Apéndice | _____ |
| <input type="checkbox"/> Seno | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fractura de Huesos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar | _____ |
| <input type="checkbox"/> Corazón | _____ |
| <input type="checkbox"/> Próstata | _____ |
| <input type="checkbox"/> Amigdalas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Utero y/o Ovario | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro | _____ |

Historia Quirurgica del Pasado:

MEDICAMENTOS

Anote todos los medicamentos recetados y no recetados y las dosis:



NewportCare®
MEDICAL GROUP
NEWPORT BEACH - ORANGE
COSTA MESA - LONG BEACH
MISSION VIEJO - RIVERSIDE

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

NOTA AL PACIENTE: hay riesgos involucrados en cualquier procedimiento o tratamiento. No es posible garantizar o dar seguridad de un resultado exitoso. Es importante que usted entienda y acepte claramente la cirugía o tratamiento planeado. Autorizo a los proveedores de cuidado de Newport Care y a tales médicos, asociados, asistentes, y otro personal o el hospital o centro médico elegido por el o ella para realizar la práctica de la medicina con la intención de mejorar my bienestar general, como se discute conmigo. En el momento del tratamiento, autorizo cualquier otro procedimiento que en su juicio pueda ser aconsejable a mi bienestar, incluyendo los procedimientos que se consideren médicamente recomendables para remediar las condiciones descubiertas durante el procedimiento.

RIESGOS Y COMPLICACIONES GENERALES: estoy satisfecho con mi comprensión de los riesgos y complicaciones mas comunes del tratamiento o procedimiento que me describen en la discusión con mi proveedor. Estos riesgos incluyen, sin embargo, no se limitan a, el riesgo de sangrado, infección, dolor, lesiones a las estructuras neurovasculares que controlan la sensación, la función motora y la viabilidad de la región de procedimiento, así como los riesgos de la anestesia y la muerte.

RIESGOS Y COMPLICACIONES ESPECIFICOS: estoy satisfecho con mi comprensión de los riesgos específicos de este procedimiento o tratamiento tal como se me ha descrito en la discusión con mi proveedor.

METODOS ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO: estoy satisfecho con mi comprensión de los procedimientos alternativos o tratamientos y sus posibles beneficios y riesgos como se me ha descrito en la discusión con mi proveedor.

NINGUN TRATAMIENTO: estoy satisfecho con mi comprensión de las posibles consecuencias, resultados o riesgos si no se presta ningún tratamiento. También entiendo que ningún tratamiento es siempre una opción si no quiero tomar en cuenta los riesgos de procedimiento/tratamiento antes mencionados.

SEGUNDA OPINION: se me ha ofrecido la oportunidad de buscar una segunda opinión sobre el tratamiento o procedimiento propuesto.

PROCEDIMIENTOS ADICIONALES O DIFERENTES DURANTE EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO: entiendo que pueden surgir condiciones que no están previstas en este momento y que puede ser necesario y recomendable realizar operaciones y procedimientos diferentes de, o además, del procedimiento descrito. Autorizo y consiento el desempeño de las operaciones y prodedimientos adicionales o diferentes que se consideren necesarios y recomendables.

OTROS SERVICIOS: doy mi consentimiento para el desempeño de los servicios de patología y radiología según sea necesario y además autorizo la eliminación de cualquier tejido cortado, hardware (postizo) o miembro, de acuerdo con la práctica hospitalaria o de instalaciones médicas consuetudinarias.

FOTOGRAFIA: consiento en fotografiar, filmar o grabar en video el tratamiento o procedimiento para uso educacional o diagnóstico.

NO HAY GARANTIAS: entiendo que hay riesgos involucrados en cualquier procedimiento o tratamiento, y no es posible garantizar o dar seguridad de un resultado exitoso.

OTRAS PREGUNTAS: estoy satisfecho con mi comprensión de la naturaleza del procedimiento o los tratamientos y todas mis preguntas adicionales sobre el tratamiento o el procedimiento han sido contestados.

He leído esta forma a fondo.

FECHA: _____ HORA: _____ AM/PM

ESCRIBA NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA: _____ (Del Paciente, Padre, o Guardian Legal)

TRADUCIDO POR (SI ESTO APLICA): _____

MEDICO: _____

TESTIGO: _____

