



PCA – PRIMARY CARE ASSOCIATES
4211 Joe Ramsey Blvd. Ste 100
Greenville, Texas 75401

Today's Date	Reviewed By

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE
UTILICE TINTA AZUL O NEGRO

INFORMACION DE PACIENTE ADULTO

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento ____/____/____
Numero de Seguro Social	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Enviudado <input type="checkbox"/> Soltero
Direccion Actual	# de Apartamento	
Ciudad	Estado	Codigo Postal
Direccion (donde recibe correo si es diferente)		
<input checked="" type="checkbox"/> Correo el Electronico		
<input type="checkbox"/> Numero de Casa () - _____	Podemos dejar mensaje? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Numero de Trabajo () - _____	Podemos dejar mensaje? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Numero de Celular () - _____	Podemos dejar mensaje? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Persona de contactar en caso de emergencia	Relación al Paciente	<input type="checkbox"/> Numero de Casa <input type="checkbox"/> Numero de Trabajo

Autorizacion de Paciente

Yo doy mi autorizacion a los proveedores medicos de PCA-Primary Care Associates a evaluar y tratarme. Yo autorizo PCA-Primary Care Associates para liberar a mi compañía de seguros toda la información necesaria, incluyendo el diagnóstico, con registros en el curso de mi examen o tratamiento. Entiendo que es la responsabilidad del paciente de avisarnos si la precertificación se requiere para cualquier visita de oficina, hospitalizado, admisiones de consulta externa así como cualquier cirugía(consultorio). Entiendo que el fracaso de notificar nuestra oficina puede causarme aumentado de gastos de bolsillo tal como negado reclamaciones y ventajas reducidas. También entiendo que es esto la responsabilidad del paciente de seleccionar un PCP antes de mis servicios y debe ser un abastecedor PCA. Por este medio autorizo el pago directamente a PCA – Primary Care Associates para las ventajas médicas y/o quirúrgicas por otra parte pagaderas a mí, pero no exceder gastos hechos para tal tratamiento. Entiendo que soy económicamente responsable de los gastos no cubiertos por mi seguro.

X



Historial Médico de Adulto

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

FARMACIA: _____

MEDICINAS USTED ES ALLERGICO A: _____

CIRUGIAS PASADAS Y FECHA:

APENDICECTOMÍA _____ COLECISTECTOMÍA _____ CESÁREA _____ Cataracta _____

Hernia _____ Tonsilectomía _____ Histerectomía _____ Cirugía de Corazon _____

Alguna Otra: _____

de Embarazos _____ Vivos _____ Espontáneos _____ Abortos _____ Cesárea _____

CONDICIONES MÉDICAS CRÓNICAS:

MEDICINAS ACTUALES:

HISTORIA PERSONAL:

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Enviudado

Bebe Alcohol? No Sí Si sí, con qué frecuencia? _____

Fuma? No Sí

Cigarrillos? No Sí Si sí, cuántos paquetes por día? _____ Cuántos años a fumado? _____

Si dejó de fumar, Cuando? _____ Cuánto tiempo fumó? _____ paquetes al día? _____

Ha utilizado drogas ilegales? No Sí Si sí, utilizo drogas de IV? No Sí

Ha recibido una transfusion de sangre o producto de sangre? No Sí Si sí, Cuando? _____

HISTORIA FAMILIAR:

	Edad de Vivo:	Edad que Murió:	Enfermedades:
Madre:	_____	_____	_____
Padre:	_____	_____	_____
Hermanos:	_____	_____	_____
Hermanas:	_____	_____	_____

PERSONA FAMILIAR QUE HA TENIDO: (Marca y de relación familiar, si no aplica déjã en blanco)

Embolia _____ Epilepsia _____ Ataque Cardíaco _____ Crisis Nerviosa _____
 Cancer _____ Diabetes _____ Ulcera de Estomago _____ Hipertensión _____
 Migrañas _____ Asma _____ Enfermedad de Riñón _____ Leucemia _____ Artritis _____

DE LA FECHA DE SU ULTIMO EXAMEN:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1.) Papanicolaou: _____ | 5.) Vacuna de Pulmonía: _____ |
| 2.) Mamograma: _____ | 6.) Vacuna de Influenza: _____ |
| 3.) Densidad de Huesos: _____ | 7.) Vacuna de Tetano: _____ |
| 4.) Colonoscopia: _____ | 8.) Examen Físico: _____ |



HIPPA DE ADULTO/PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN POR LA ASIGNACIÓN DEL PACIENTE

He reconocido/recibido una copia escrito de PCA “Nota de Prácticas de Privacidades”.

Nombre de paciente _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

____ Si usted **NO AUTORIZA** ninguna persona(s) a comunicar con PCA-Primary Care Associates, P.A, por alguna razon incluyendo su contacto de emergencia pon sus iniciales en la línea.

O

Yo doy mi permiso a Primary Care Associates para revelar y discutir cualquier información relacionada de mis condiciones medicas con los siguientes miembros de mi familia, otros parientes y/o amigos personales:

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Nombre

Relación

La duración de esta autorización es indefinida a menos que revocó lo contrario por escrito. Entiendo esta solicitud de información médica de las personas no mencionadas requiere una autorización específico antes de revelar o discutir cualquier información médica.

Paciente/Representante: **X** _____ Fecha _____

Relación (si no es el paciente) _____

UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO COMO ORIGINAL



INFORMACION DE SEGURANZA

Nombre de Paciente	Fecha de Nacimiento
--------------------	---------------------

Seguranza Primaria

Nombre de Compania de Seguranza	Empleador
A Nombre de Quien Esta la Seguranza	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:
Relación al Paciente:	

Seguranza Secundaria:

Nombre de Compania de Seguranza	Empleador
A Nombre de Quien Esta la Seguranza	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:
Relación al Paciente:	

Garante (persona responsable de pagar)

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Dirección de Garante:			

X _____

Paciente/Persona Responsable

Relación

Fecha