

Merrimack Family Medicine 600 Clark Road, Suite 3, Tewksbury MA 01876
Registración Del Paciente

Información Acerca Del Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Sexo: ___ Hombre ___ Mujer Fecha De Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Area Postal: _____

Teléfono: _____ Numero Alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Como prefiere que lo contactemos: _____

Etnicidad: _____ Raza: _____

Estado Civil: ___ Soltero/a ___ Casado/a ___ Separado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___ Pareja

Contacto De Emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación: ___ Madre/Padre ___ Hijo/a ___ Pareja ___ Amigo/a ___ familiar ___ otro: _____

Empleo: _____ Ocupación: _____

Su Doctor De Cabezera: ___ Dra Y Rimola- DeJesus ___ Dra S Diaz ___ Catherine Elie

Farmacia: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Recetas por Correo: ___ SI ___ NO

Información de Padres/ Garante:

(Solamente llene esta sección si el paciente es menor de 18 años)

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Relación: _____

Dirección si diferente: _____

Teléfono: _____ Alternativo: _____

Información De Seguro:

(Solo llene esta sección si usted NO es el titular de la póliza de seguro)

Titular De la Póliza

Apellido: _____ *Nombre:* _____ *Inicial:* _____

Fecha De _____ *Seguro Social:* _____ *___Hombre ___ Mujer*
Nacimiento

Dirección si diferente: _____

Ciudad: _____ *Estado:* _____ *Código Postal:* _____

Empleador: _____ *Teléfono:* _____

*Por favor entregue todas sus recientes tarjetas de seguro e identificación con foto a la
recepcionista. Co Pagos serán colectados en el momento de su cita. Gracias!*

*Por de llenar la próxima parte si quiere darnos permiso para discutir su cuidado o resultados con
otra persona a parte de usted.*

Nombre: _____ *Relación:* _____

Nombre: _____ *Relación:* _____

*E completado esta forma con sinceridad y a lo mejor de mi capacidad. Si alguna información
cambia, notificare a la oficina tan pronto me sea posible.*

Firma del Paciente: _____ *Fecha:* _____

Firma de Padres: _____ *Fecha:* _____

Historial Medico

Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento

Sus respuestas en este formulario nos ayudará a entender mejor sus preocupaciones médicas y condiciones. ¡Gracias!

PREOCUPACIONES DE SALUD PRESENTES: _____

MEDICAMENTOS: Prescripción y no-medicamentos con receta, vitaminas, casa Remedios, pastillas anticonceptivas, hierbas etc...:

ALERGIAS o reacciones a medicamentos/alimentos/otros agentes:

Medicamento:	Dosis	Cuantas

Medicamento:	Reaccion or efecto secundario

Si toma 3 o más medicamentos, por favor traiga con usted a cada cita. ****

HISTORIA MÉDICA PERSONAL:

Por favor indique si ha tenido alguno de los problemas médicos siguientes (con la fecha aproximada de enfermedad o diagnóstico):

___ Cardiopatía congénita:

___ Cancer

Other problems:

Especifique el tipo: _____

Especifique el tipo: _____

___ Infarto de miocardio
(ataque al corazón))

___ Coagulación (sangría/coagulación)

___ Hipertension(presion alta)

___ Depresión/intento de suicidio

___ Diabetes

___ Alcoholismo

___ Colesterol Alto

Fecha de Ultima vacuna del Tetano:

___ Accidente cerebrovascular

Fecha del ultimo examen de VIH: _____

___ Problema de tiroides

___ Si alguna vez ha tenido una sangre

Especifique el tipo: _____

Transfusión, especifique la fecha: _____

HISTORIA quirúrgica (por favor indique todas las operaciones anteriores y las fechas):

Operacion	Fecha

WOMEN'S GYNECOLOGIC/OBSTETRIC HISTORY:

# de embarazos:	# de parto :	# de abortos:	#de aborto natural:
Ultimo periodo:	Edad de primer periodo:	Frecuencia de periodos:	Cuantos dias:

Tiene alguna pregunta acerca de su menstruacion? ☐ Si ☐ No: _____

Tiene alguna pregunta sobre menopausia? ☐ Si ☐ No: _____

Ha tenido un papanicolau anormal? ☐ Yes ☐ No: _____

Fecha de Ultimo papanicolau: _____

Historia Familiar:

Indique con un cheque (✓) miembros de la familia que han tenido alguna de las siguientes condiciones:

Condicion:	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo	Otro Familiar:
Alcoholismo							
Anemia							
Problema con Anesthesia							
Arthritis							
Asthma							
Defectos de Nacimiento							
Desorden de Sangrado							
Cancer (Typo)							
Depression							
Diabetes (Typo)							
Eczema							
Epilepsia							
Enfermedades Geneticas							
Glaucoma							
Problemas de Audicion							
Condiciones cardiacas							
Presion Alta							
problemas de riñón							
migraña							
Osteoporosis							
Accidente Cerebrovascular							
Problema de Tiroides							
Tuberculosis							
Otro:							

Uso de Tabacco
Cigarillos

☐ Fumador/a #de paquetes _____ # de años _____
☐ Nunca e fumado
☐ Fumava, pero ya no desde: (fecha): _____
 Otro Tobacco: ☐ Pipa ☐ Cigarro ☐ Masticado
 Esta interesado en dejar de fumar? ☐ No ☐ Si

Uso de Alcohol

Usted toma alcohol? ☐ Si ☐ No: # de tragos por semana _____
 Que clase de alcohol? _____
 Es el consumo de alcohol una preocupación para usted o otras personas? ☐ Si ☐ No

Socioeconomicos:

Ocupacion: _____

Educacion completada: ☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Universidad
☐ Escuela de Posgrado

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ divorciado ☐ separado ☐ Viudo ☐ Pareja domestica ☐ Otro:

Nombre de companero: _____

Numero de hijos: _____

Quien vive con usted? _____

SEXUALIDAD:

Actividad Sexual:

Activo Sexualmente: ☐ Si ☐ No ☐ No ahora

Su pareja Sexual es: ☐ hombre ☐ mujer

Contraception and Protection

Método de Control de la natalidad: _____

N/A

Si es sexualmente activo, practica el sexo seguro sin riesgo?

☐ Si ☐ No ☐ NA

¿Has tenido alguna enfermedades de transmisión sexual? ____

Si ____ No

Si la respuesta es sí, Cuales ?

Fecha	Enfermedad	Tratamiento

Esta interesado en ser evaluado para enfermedades transmitida sexualmente? ☐ Yes ☐ No

Otras preocupaciones(intereses): _____

Uso de Droga

Usas drogas recreativas? ☐ Si ☐ No

Que clase: _____

Si utilizaba en el pasado, cuánto tiempo has estado limpio?

Alguna vez uso agujas? ☐ Si ☐ No

Ejercicio

Participa en ejercicios regularmente? ☐ Si ☐ No

Cuantos Dias? _____ Cuanto tiempo ? _____

LA SEGURIDAD:

Siempre usa los cinturones de seguridad?

☐ Si ☐ No

¿Utilizas regularmente un casco de bicicleta?

☐ Si ☐ No ☐ NA

Violencia en el hogar es una preocupación para usted?

☐ Si ☐ No

¿Te sientes seguro en tu relación actual?

☐ Si ☐ No ☐ NA

¿Alguna vez ha sido víctima de violencia física o sexual?

☐ Si ☐ No

¿Tiene una pistola en su casa?

☐ Si ☐ No

Eres Miembro de una ganga?

☐ Si ☐ No

Otras preocupaciones: _____

EMOCIONES:

1. En el año pasado, ha tenido 2 semanas o más, durante el cual usted sentía triste, azul o deprimido; o cuando perdió todo interés o placer en las cosas que normalmente le importaba o disfrutaba? ☐ Si ☐ No

2. ¿Ha tenido 2 o más años de su vida cuando se sienta Deprimido o triste la mayoría de los días, incluso si se siente bien a veces? ☐ Si ☐ No

3. ¿Se ha sentido deprimido o triste gran parte de su tiempo en el último año? ☐ Si ☐ No

4. ¿Alguna vez ha sentido querer lastimar a ti mismo o a otros? ☐ Si ☐ No

Authorization for Release of Medical Information

Please complete the form thoroughly. Your medical records cannot be released until this form is completed, signed by the patient or legal guardian and returned to this office.

Step 1 Please fill in demographic information.	<u>Information about you:</u> Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Address: _____
Step 2 Please print and give us as much information as you may know.	<u>Who has the records now?</u> I hereby authorize: _____ _____
Step 3 This section has been completed for you.	<u>To whom do you wish to release your records to?</u> Please send my records to: Merrimack Family Medicine 600 Clark Road, Suite 3 Tewksbury, MA 01876 Phone: 978-851-4141 / Fax: 978-640-9840
Step 4 Please read and authorize what information is to be sent.	If my initials appear here _____, I authorize the release of ALL RECORDS which include office notes, lab reports, diagnostic imaging, and problem list & immunization records. OR Release only the following: _____
Step 5 Please read thoroughly, sign and date.	I understand that if my medical record contains information in reference to <i>drug and/or alcohol abuse, psychiatric, venereal disease, social services, Hepatitis B testing/treatment, HIV/AIDS testing and/or treatment</i> , and/or any other sensitive information, I am agreeing to the release of this information. _____ _____ Patient Signature/Legal Guardian Date
Step 6 Please read thoroughly, sign and date.	I have carefully read and understand the above statement, and so herein expressly and voluntarily consent to the disclosure of the above information about, or medical records of my condition to those persons or agencies named above. I hereby release the above named physician and covering physicians from all liability that may arise from the release of my medical records. This authorization will expire 12 months from the date shown below. Records released are not for re-disclosure without patient informed consent. _____ _____ Patient Signature/Legal Guardian Date

Cómo funcionan los referidos?

Gracias por elegirnos como parte de su equipo de atención médica. Estamos comprometidos ante todo a su salud, y estamos aquí para servir como el centro de su atención diaria. Nuestro deber es también coordinar cualquier cuidado adicional que necesites con nuestro equipo de especialistas y proveedores a través de nuestra afiliación con el Hospital General de Lowell. Nos enorgullecemos de nuestras relaciones de colaboración. Cuando usted necesita atención especializada, trabajaremos con usted para identificar al mejor médico y proporcionar una referencia.

Qué es un referido?

Cuando usted y su médico de atención primaria (PCP) determinan que necesita atención especializada, su PCP "" le enviará a un proveedor especializado de nuestro equipo de confianza. Un referido es necesario si usted tiene un plan de Salud HMO antes de que el plan de salud cubrirá estos servicios. Es importante que la referencia venga de nosotros — no sólo porque así lo requiere el plan, sino porque su PCP, como el centro de su atención, tiene que estar involucrado y conscientes de la atención que está recibiendo y para coordinar con usted y su especialista sobre una base continua.

Por qué debo concordar con mi PCP antes de ver a un especialista?

Su PCP conoce su historia y la salud en general, así que él o ella es el mejor calificado para ayudarle a decidir si debería ver un especialista. Incluso si su plan de salud no requiere una referencia, su PCP puede evaluar sus necesidades de cuidado antes de ver a un especialista, con el fin de coordinar su atención médica. Estamos comprometidos a hacer que usted reciba el cuidado adecuado, en el momento adecuado, en el marco adecuado — especialmente si necesita ver un especialista.

Cómo puedo solicitar un referido?

Póngase en contacto con el consultorio de su PCP para discutir su situación de salud. Juntos, usted puede decidir si necesita ver un especialista. Si tienes que visitar a un especialista, su PCP le ayudará a elegir al médico más adecuado para el cuidado que necesita. Asegúrese de tener esta conversación antes de visitar a un especialista. Si ves a un especialista sin una referencia, usted puede ser responsable el billete entero (no sólo el copago o deducible).

Dónde puedo ser referido para servicios y Especialidades?

Contamos con una red de confianza en el Hospital General de Lowell, que incluye una amplia gama de especialidades para llevar a cabo su plan de tratamiento. Consultando a especialistas que conocemos bien, tú, tu especialista y nuestro grupo pueden trabajar juntos para asegurar que reciba atención de alta calidad, oportuna y eficaz. (Nota: no todos los especialistas en la red de su plan de salud son parte de nuestro grupo. Es muy importante que

siempre discutir su condición clínica y preocupaciones con su PCP para juntos determinar si se necesita una especialista visita y qué médico es mejor para ti).

Hay momentos cuando no requiero un referido?

Porque su PCP coordina su atención, deberías siempre dejar que nuestra oficina saber cuando buscas tratamiento de ningún tipo. Sin embargo, existen ciertos casos, cuando no es necesario una de su PCP para recibir cobertura de su salud plan, incluyendo casos cuando usted busca atención médica de emergencia, los exámenes ginecológicos anuales, y otros servicios requieren como resultado. Para obtener más información sobre los casos específicos que no requieren una referencia, por favor llame el número de teléfono de servicios al miembro o la parte delantera o la parte posterior de su tarjeta de identificación de seguro.

Después de una visita a la sala de emergencia (ER), ¿debo de ver para la atención de seguimiento si la sala de emergencia recomienda seguimiento en sus instalaciones?

Como coordinador de su cuidado, siempre debe contactar a su PCP seleccionado sobre su visita a la sala de emergencia. Él o ella determinará el mejor cuidado de seguimiento coordinado para ti.

Cómo puedo saber si mi Plan de salud requiere referidos?

Hay varias maneras de aprender acerca de los requisitos de remisión de su plan: Compruebe su certificado de suscripción de su plan de salud; visite el sitio web de su plan de salud (si tienen una página web); o llame al servicio de los miembros en el número situado en la parte delantera o la parte posterior de su tarjeta de seguro. Es esencial que entienda plenamente los requisitos de referido de su plan, porque si usted no recibe una referencia necesaria antes de recibir atención, no sea de emergencia, usted puede ser responsable por el billete entero (no sólo un copago o deducible).

A quien debo llamar si tengo una pregunta acerca de mi referidos?

Si usted tiene una pregunta médica acerca de la referencia, no dude en llamar al plan de seguro médico. Si necesita información acerca de si un servicio está cubierto o si requiere un referido por su plan de salud, por favor, llame a su servicio en el número en la parte trasera o delantera de su tarjeta de identificación de seguro.