



Nombre _____ :

FDN: _____ / _____ / _____

Dirección _____ / _____ Numero de
Casa _____ Celular _____

Seguro Social # _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de Farmacia preferida, Dirección and Número?

Informacion del Segurado

Seguro Primario: _____ **Seguro Secundario:** _____

Nombre: _____ FDN: _____ Nombre: _____ FDN: _____

Seguro Social # _____ Seguro Social # _____

Relacion con el Segurado _____

Por cual problema busca ayuda hoy dia? _____
Detectado por primera vez? _____ La ubicación _____ (E / D)
Gravedad / Tamaño _____ Cambios recientes _____

Quien lo refirió a la práctica? _____
Doctor Primario? _____

Medicamentos: (Dosis y frecuencia) _____ _____ _____ _____ _____	Alergias a medicamento: _____ _____ _____ Alergico a betadine? Si / No O Latex? Si / No
---	--

Fuma? (Cuanto) _____ Toma alcohol _____ Drogas _____

Cirugías previas:	_____
----------------------	-------

--	--

Número de embarazos (si aplica): _____ Día de su ultimo mamografía: _____

Problema médico existente (por favor escoger todos lo que aplica)

Artritis	Diabetes	Problemas de Riñón	VIH/Sida
Asma	Problemas de Corazón	Ataque de Corazón	Trastorno de piel
Hepatitis	Derramé	TB	Anemia
Ulcera de piernas	Reflujo gastico	Ulcera del estómago	Presión alta
Depresión	Ansiedad	Problemas de sangrado	Cholesterol alto
Problemas de pulmones	Hernia	Enfisema	Enfermedad de tiroides
Problemas con coagulación /Trombosis de la vena profunda			
Cáncer :(tipo) _____			

Revision de síntomas:

¿Tuvo recientemente alguno de los siguientes? (escoger lo que aplica)

General:	Perdida o aumento de peso	dripa	Fiebre	Sudor de la noche
	Cambios de vision	Desmayo	Debilidad de un lado	ataque
Respiratorio:	Dificultad para respirar	Despertarse sin aliento	Tos	Falta de aliento mientras se está acostado
Corazon:	Dolor de pecho	Arritmia	Ataque cardiaco	
GI:	Indigestión	Vomito	Diarrea	Dolor abdominal
	Sangre en heces	Estreñimiento		
Urología:	Problemas para pasar orine	Orinando con frecuencia	Orinando con urgencia	Dolor al orinar
Musculo:	Hinchazón de glándulas de la linfa	Problemas con la espalda	Artritis	Dolor de muscular
Piel:	Problemas con la piel	Sarpullido	Cancer de la piel	Herida abierta
Psicológico:	Depresión	Ansiedad		
Vascular:	Venas varicosas	Calambres de pierna	Coágulo de sangre en las piernas	Dolor de piernas
	Síndrome de piernas inquietas	Hinchazon de piez o piernas	Calambre en la pierna	Ulcera
Endocrino:	Sed excesiva o micción	Se siente muy caliente / frío	Problemas de tiroides	

Historia familiar : Circle Los problemas médicos que afectan a toda la familia.

Diabetes Problemas de coagulación sangrado Cancer (que tipo) _____
 Enfermedad Cardíaca Derrame Pression alta Venas Varicosas Otra: _____

Historia venosa (piernas): Círculo cualquier síntoma que se aplican.

Dolor pesadez picazón ardor Sangrad Dolor
Redness Swelling Ulceration Skin discoloration Other: _____

What makes your symptoms better? _____
What makes your symptoms worse? _____
Have you ever been treated for varicose/spider veins? _____
If so, what type of treatment? _____

AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE

* Autorizo a mis beneficios de seguro a pagar directamente al médico y soy financieramente responsable por todos los cargos. Por la presente doy mi consentimiento a la liberación y re-divulgación de mi expediente médico para permitir o facilitar la recogida, verificación o establecimiento de mi cuenta para cualquier cantidad debida de mí o de cualquier tercero pagador, organización de mantenimiento de la salud, asegurador u otros salud plan de beneficios. Este consentimiento se aplica a LMG, PC o cualquiera de sus filiales o agentes, los prestamistas o cualquier servicio de terceros actuando para LMG, PC o cualquiera de sus afiliados.

* Acepto pagar puntualmente por los servicios prestados por mí ni por el paciente mencionado anteriormente. Si no alcanzo a cumplir mi compromiso financiero de LMG y se hace necesario tomar medidas para recoger mi cuenta, estoy de acuerdo pagar todos los costos y gastos incurridos en la colección de mi cuenta, incluyendo honorarios de abogado y colección de agencia. Además acepto pagar cualquier citas perdidas que no notificar la oficina medial en un periodo razonable de tiempo.

* Entiendo que si la cirugía está garantizado, los lineamientos establecidos por el hospital y departamentos anestesia requieren que los pacientes verse dentro de 30 días de la fecha de su cirugía. Si la cirugía está programada fuera de 30 días a partir de una cita de oficina, entiendo que deberá regresar a la oficina para una evaluación adicional. Se aplicarán los copagos y cargos estándar.

* Autorizo LMG para probar mi sangre para la hepatitis o el virus del SIDA, si en su opinión, un empleado ha sufrido un incidente de exposición como resultado de mi tratamiento, según lo definido por la Occupational Safety and Health Administration

Firma _____ Dia _____

Autorizo la divulgación de información médica vía fax como considere necesario por mi médico, con respecto a mi atención médica.

Firma _____ día _____

Estoy de acuerdo en permitir que hable con los siguientes miembros de la familia o conocidos sobre mi atención médica. Usted puede corresponder con ellos ya sea en persona, vía teléfono, correo electrónico o correo postal.

Firma _____ Día _____

Loudoun médica grupo recibo de la notificación de privacidad prácticas reconocimiento:

Yo, _____, Reconosco que en la siguiente fecha, una copia de Loudoun del grupo médico aviso de prácticas de privacidad

Firme _____ Día _____

