



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Seguro Social: _____ Idioma preferido: Inglés Español Otro _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Compañero/a Otro _____

Raza: Asiático/a Afroamericano/a Caucásico/a Hawaiano nativo Indio Americano/a Indio de Alaska
 Otra isleña del Pacífico Más de una raza Elija no divulgar Otro/a _____

Etnicidad: Hispano No es hispano Prefiero no compartir

Sexo: Masculino Femenino Hombre transgénero (M a F) Mujer transgénero (F a M)

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual No sé Prefiero no compartir

Nombre del empleador: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES

Nombre de la madre / tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de la madre / tutor: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Seguro Social: _____

Nombre del empleador de la madre / tutor: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección del empleado: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del padre / guardián: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del Padre / Guardián: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Seguro Social: _____

Nombre del empleador del padre / tutor: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección del empleado: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Cómo escucho sobre nuestra clínica? Amigo / Familia Anuncio Oficina Médica Escuela Otro _____

Legacy Medical Care Inc. puede llamar al número de teléfono proporcionado para recordarle de sus citas y cuando el paciente necesita una cita. Sí No

Nombre de su farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de la farmacia: _____

Legacy Medical Care Inc. tiene consentimiento para obtener el historial de sus recetas. Sí No

CONTACTO DE EMERGENCIA

Le doy autorización a las personas indicadas para que sean contactados y se les de información médica en caso de una emergencia.

Contacto de emergencia primario: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Contacto de emergencia secundario: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

COBERTURA DE ASEGURANZA PARA PACIENTES

¿El paciente tiene aseguranza medica? Sí No

Tipo principal de cobertura: Medicaid Medicare PPO HMO

Nombre del seguro primario del paciente: _____ Fecha efectiva: _____

Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____ Nombre del responsable: _____

Dirección de la empresa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tipo de cobertura secundaria: Medicaid Medicare PPO HMO

Nombre del seguro secundario del paciente: _____ Fecha efectiva: _____

Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____ Nombre del responsable: _____

Dirección de la empresa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ingresos del hogar:

Menos de \$12,140 \$12,141-\$18,210 \$18,211-\$24,280 Mas de \$24,281 No sé

Número de dependientes del hogar: _____

¿El paciente tiene un hogar en donde vivir? Sí No

Por medio de la presente, autorizo y asigno a Legacy Medical Care inc. todos mis derechos, e intereses sobre mi beneficio de reembolso médico conforme a mi póliza de seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que yo, revoco dicha autorización por escrito. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Cuidado Médico Después de Horas de Operación

Si tiene algún problema médico que necesite atención inmediatamente, por favor de llamar a una de nuestras clínicas a cual quiera hora del día. Si nuestras clinicas están cerradas, un proveedor medico será llamado para ayudarle inmediatamente.

Ubicación de las Clínicas:	Número de Teléfono de la Clínica:
Addison Obstetra y Ginecólogo:	(630) 705-1010
Addison Pediatra y familiar :	(630) 599-5400
Arlington Heights Obstetra y Ginecólogo:	(847) 749-2248
Arlington Heights Pediatra y familiar :	(847) 749-2248
East Dundee Pediatra:	(847) 844-3274
Elgin Obstetra y Ginecólogo:	(847) 531-8430
Elgin Pediatra y familiar :	(847) 531-8430
Hanover Park Obstetra y Ginecólogo:	(630) 705-1010
Hanover Park Pediatra:	(630) 830-5926

El proveedor le hará preguntas sobre el problema médico y decidirá si usted necesita:

- Ver a un doctor inmediatamente
- Ir al cuarto de emergencias
- Quedarse en casa y seguir recomendaciones del proveedor

Emergencias

Si usted o algún familiar tiene alguno de los siguientes symptoms, inmediatamente llame al 911 o vaya al cuarto de emergencia mas cercano:

- Dolor de pecho
- Tociendo o vomitando sangre
- Dificultad para respirar y/o falta de respiración
- Ataque de asma
- Golpe en la cabeza, pérdida de conciencia, dolor de cabeza severo
- Confusión repentina, debilidad, mareos, adormecimiento, dificultad para hablar
- Comportamiento o pensamientos suicidas o homicidas
- Alguna otra emergencias que amenazan la vida o lesiones graves



Consentimiento para la divulgación y uso de información confidencial y recepción del Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Yo, _____, por medio del presente, otorgo mi consentimiento a Legacy Medical Care Inc. para que utilice o divulgue, a los fines de realizar el tratamiento, pago u operaciones relacionadas con la atención de la salud, toda la información que contiene el registro del paciente de _____ con fecha de nacimiento de _____

(Nombre del paciente)

Reconozco haber recibido el Aviso sobre Prácticas de Privacidad. El Aviso sobre Prácticas de Privacidad brinda información detallada sobre la manera en la que el profesional debe utilizar y divulgar mi información confidencial.

Entiendo que el profesional se reserva el derecho a cambiar las prácticas sobre privacidad que se describen en el Aviso. También entiendo que se publicará una copia de cualquier Aviso Revisado en el consultorio y que se me entregará una copia si así lo solicitara.

Entiendo que este consentimiento es válido hasta que yo lo revoque. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, dando aviso por escrito de mi deseo de hacerlo, al consultorio. También entiendo que no podré revocar este consentimiento en los casos en los que el consultorio ya haya hecho uso del mismo utilizando o divulgando información sobre mi salud. La revocación escrita del consentimiento debe enviarse al consultorio del médico.

Firma: _____ Fecha: _____

Si usted no es el paciente, por favor, especifique su relación con el paciente _____



Consentimiento Para Servicios Medicos

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Por medio del presente, acepto que yo mismo o mi hijo/a reciba servicios médicos de Legacy Medical Care Inc. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento. También entiendo que toda información relacionada con mi historia clínica o tratamiento permanecerá bajo confidencialidad a menos que las leyes estatales o federales vigentes requieran su divulgación.

Reconozco haber recibido información sobre los servicios, prácticas y horarios de atención y que todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido copia de, he leído y comprendido mis derechos y responsabilidades.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre/tutor o representante

Fecha

Firma del testigo

Fecha



Historial Médico

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamento actual (incluya dosis (cantidad) por día)

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Alergia a algun medicamento: Sí No

Liste: _____

Historial Quirurgica: Sí No

Año	Cirugia

Hospitalización: Sí No

Fecha de entrada	Fecha de salida	Razón

Historial Social:

¿Fuma /usa tabaco? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Cuántos paquetes al día? _____

¿Usa tabaco en un método diferente? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Cuánto por día? _____

¿Usa drogas? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Qué tipo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Consumo alcohol? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia? _____

¿Consumo cafeína? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia? _____

¿Hace ejercicio? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuánto tiempo de pantalla tiene al día? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Hospital de Nacimiento:

Alexian Brothers Hospital Northwest Community Hospital Sherman Hospital St. Alexius Hospital

Central DuPage Hospital Other: _____

Historial Familiar: Marque una "X" para indicar que la respuesta es sí.

	Vivo	Fallecido	Desconocido	Año de nacimiento		Asma	Cáncer	Diabetes	Derrame cerebral	Enfermedad del corazón	Enfermedad mental	Hipertensión	Migraña	Desconocido	Otro
Hija															
Hijo															
Esposo/a															
Madre															
Padre															
Abuelo paterno															
Abuela paterno															
Abuelo materno															
Abuela materno															
Hermano															
Hermana															
Otro:															
Otro:															

Historial de ginecología / obstetricia (Complete la siguiente sección si es mujer)

¿Cuál es el día de su último ciclo menstrual? _____ ¿A qué edad comenzó su ciclo menstrual? _____

¿A tenido un Papanicolaou? Sí No Si la respuesta es sí: ¿Cuál es la fecha de su última prueba? _____

¿Cual es la frecuencia de su período? _____ ¿Cuántos días dura su ciclo menstrual? _____

¿Usa anitconceptivos? Sí No Si la respuesta es sí, ¿De qué tipo? _____

¿A tenido una mamografía? Sí No Si la respuesta es sí, ¿Cuando y donde? _____

Historial de Embarazo (Todos los embarazos) No he estado embarazada

Historial obstétrico incluyendo abortos y embarazos ectópicos.

Año	Nombre de Hospital	Semanas de gestación	Tipo de parto	Complicaciones: madre y/o bebe	Niño/a		
					Sexo	Peso de nacimiento	Salud presente