



Registro de pacientes				
Nombre		Apellido	MI	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Zip
Compruebe su teléfono principal	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa	<input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Teléfono celular	
Otro nombre(s) utilizados		Dirección de correo electrónico		
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social	Idioma preferido	No. de Licencia de conducir	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Socio de vida <input type="checkbox"/>	Contacto preferido: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono de día <input type="checkbox"/> Teléfono celular	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispanos	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otro Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/>	
Proveedor de cuidado primario			Referencia proveedor	
Persona Responsable				
Nombre		Apellido	MI	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Zip
Compruebe su teléfono principal	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa	<input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Teléfono celular	
Relación con el paciente	Número de seguro social	Idioma preferido	No. de licencia de conducir	
Contacto de Emergencia				
Nombre		Apellido	MI	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Zip
Compruebe su teléfono principal	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa	<input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Teléfono celular	
Yo/ Nosotros doy consentimiento y autorizo el funcionamiento de todos los tratamientos, cirugías y servicios médicos que se consideran aconsejables por los médicos y el personal de Orange County Robotic General Surgery Inc. a mí o al menor mencionado, de los cuales yo soy el padre o el tutor legal. Por lo presente certifico que, a lo mejor de mi conocimiento, todas las declaraciones contenidas aquí en adelante son verdaderas. Entiendo que soy el responsable directo de todos los cargos incurridos por servicios médicos para mí y mis dependientes independientemente de la cobertura de seguro, excluyendo sólo los servicios autorizados bajo un contrato válido de HMO prepago. Además, acepto pagar interés legal, gastos de colección y honorarios de abogados incurridos para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar. También autorizo a mi proveedor de Orange County Robotic General Surgery Inc. para liberar la información solicitada por la compañía de seguros o sus representantes. Entiendo perfectamente este acuerdo y consentimiento continuará hasta que lo cancele por escrito.				
Firma del paciente/responsable			Fecha	
Nombre del paciente responsable (letra de molde)			Relación con el paciente	
Información de su Farmacia				
Farmacia Principal		Farmacia Secundaria		
Nombre		Nombre		
Dirección		Dirección		
Teléfono		Teléfono		
Fax		Fax		
Medicamentos - lista de todos los medicamentos que toma, con o sin receta y la dosis				
" No tomo medicamentos <input type="checkbox"/>				
Nombre del Medicamento		Dosis de la Medicación		

Medicación y alergias a los alimentos – lista de todas las alergias conocidas (medicamentos, alimentos, animales, etcetera.)

<input type="checkbox"/> No conozco alergias antecedentes	

Verifique si alguna vez ha experimentado las siguientes condiciones y el año de inicio

Condición & año		Condición & año	
<input type="checkbox"/> Ninguna Conocida		<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar	
<input type="checkbox"/> Alergias		<input type="checkbox"/> GERD (reflujo)	
<input type="checkbox"/> Anemia		<input type="checkbox"/> Hepatitis C	
<input type="checkbox"/> Angina		<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	
<input type="checkbox"/> Ansiedad		<input type="checkbox"/> Hipertensión	
<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> Enfermedad de intestino Irritable	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular		<input type="checkbox"/> Migrañas	
<input type="checkbox"/> Hipertrofia prostática benigna		<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio	
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre		<input type="checkbox"/> Osteoartritis	
<input type="checkbox"/> Cáncer - tipo		<input type="checkbox"/> Osteoporosis	
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular		<input type="checkbox"/> La enfermedad de úlcera péptica	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	
<input type="checkbox"/> COPD (enfisema)		<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn		<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	
<input type="checkbox"/> Depresión		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Otro	

Historial Quirúrgico: verifique si ha recibido los siguientes procedimientos y año realizado

Procedimiento quirúrgico & año		Procedimiento quirúrgico & año	
<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Solo hombres	
<input type="checkbox"/> Angioplastia		<input type="checkbox"/> Biopsia de próstata	
<input type="checkbox"/> Angioplastia con stent		<input type="checkbox"/> Resección transuretral de próstata	
<input type="checkbox"/> Apendectomía		<input type="checkbox"/> Vasectomía	
<input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda			
<input type="checkbox"/> CABG (derivación cardíaca)		<input type="checkbox"/> Sólo mujeres	
<input type="checkbox"/> Lanzamiento del túnel carpiano		<input type="checkbox"/> Mamoplastia de aumento	
<input type="checkbox"/> Extracción de cataratas		<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas bilateral	
<input type="checkbox"/> Colectomía		<input type="checkbox"/> Biopsia de mama	
<input type="checkbox"/> Colectomía		<input type="checkbox"/> Cesárea	
<input type="checkbox"/> Colostomía		<input type="checkbox"/> D y C	
<input type="checkbox"/> Bypass gástrico		<input type="checkbox"/> Histerectomía	
<input type="checkbox"/> Reparación de hernia		<input type="checkbox"/> Mastectomía	
<input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera		<input type="checkbox"/> Miomectomía	
<input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla		<input type="checkbox"/> Mamoplastia de reducción	
<input type="checkbox"/> Lasik		<input type="checkbox"/> TAH / BSO	
<input type="checkbox"/> Biopsia hepática		<input type="checkbox"/> Histerectomía vaginal	
<input type="checkbox"/> Marcapasos		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Resección del intestino delgado			
<input type="checkbox"/> Tiroidectomía			

<input type="checkbox"/> Amigdalectomía					
Mantenimiento de la salud: verifique si recibió lo siguiente y la fecha del examen más reciente					
Examen y fecha			Examen y fecha		
<input type="checkbox"/> Ninguno			<input type="checkbox"/> Examen de ginecología		
<input type="checkbox"/> Exámen de senos			<input type="checkbox"/> Vacuna contra la influenza		
<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo cardíaco			<input type="checkbox"/> Panel de lípidos		
<input type="checkbox"/> Colonoscopia			<input type="checkbox"/> Mamografía		
<input type="checkbox"/> Escáner DEXA			<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou		
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma			<input type="checkbox"/> Examen físico		
<input type="checkbox"/> EKG			<input type="checkbox"/> Vacuna contra la neumonía		
<input type="checkbox"/> Examen de la vista			<input type="checkbox"/> Prueba de función pulmonar		
<input type="checkbox"/> Análisis de las heces			<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia		
<input type="checkbox"/> Examen de pies			<input type="checkbox"/> Vacuna contra el tétanos		
Historial familiar: compruebe si algún miembro de la familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones.					
<input type="checkbox"/> Adoptado					
Diagnóstico	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otro
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAD (ataque al corazón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer - Tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CVA (Carrera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historial familiar (continuado)					
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperlipidemia (colesterol alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome del intestino irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PVD (enfermedad vascular periférica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia social para pacientes adultos					
Occupacion			Empleador		
Tiene hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Cuántos?	Hija(s)	Hijo(s)
Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos			<input type="checkbox"/> Masticación	<input type="checkbox"/> Tuno
<input type="checkbox"/> NO	Ex / año renunció:			<input type="checkbox"/> Cigarro	<input type="checkbox"/> Cigarrillo
				Marca:	
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos			<input type="checkbox"/> Cerveza	<input type="checkbox"/> Espíritu
<input type="checkbox"/> NO	Ex / año renunció:			<input type="checkbox"/> Vino	<input type="checkbox"/> Other
Actividad de ejercicio	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Vigoroso <input type="checkbox"/> Sedentario			Sleep Pattern:	<input type="checkbox"/> Sin cambios
	Días / semana:			<input type="checkbox"/> Cambios	
Uso de cafeína	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Menos			<input type="checkbox"/> Chocolate	<input type="checkbox"/> café
<input type="checkbox"/> NO	Ex / año renunció:			<input type="checkbox"/> Soda	<input type="checkbox"/> Té
Para pacientes pediátricos					
Paciente reside con:	Primario	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Ambos padres	
	Secundario	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Otro	
Occupacion de la mamá	Occupacion de el papá				

Relación de los padres: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/>		Cuidado de niños: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Niñera <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/>		
Exposición al tabaco: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		El paciente es fumador actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fumadores en casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				