

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono (día): _____ Teléfono (celular): _____

Correo Electrónico (Email): _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Etnicidad: _____ Idioma preferido: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Médico Primario: _____ Referido por: _____

Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Persona responsable de las Finanzas: _____

Nombre de Seguro medico: _____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Farmacia Preferida: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados se realice en mi nombre a Albuquerque Nephrology Associates por cualquier servicio que me haya proporcionado mi médico o enfermero practicante. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica para liberarlo a la Administración Financiera de la Atención Médica y/o a las compañías de seguros según sea necesario para determinar estos beneficios o beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Autorizo a Albuquerque Nephrology Associates a utilizar el número de teléfono y/o el número de contacto de emergencia para transmitir resultados de laboratorio o médicos, o para dejar información en un contestador automático o por mensaje de texto.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Enumere todas las afecciones médicas por las que ha sido diagnosticado o tratado:

Enumere todas las cirugías que haz tenido, incluyendo las biopsias, prótesis y dispositivos.

Historial Médico del Paciente (por favor marque)

Uso de Tabaco: Sí No Si sí, cuanto? _____/Día Por cuántos años? _____

Uso de Alcohol: Sí No Si sí, cuanto? _____ (Por día/semana/mes)

Sigue una dieta? Sí No Si sí, que clase? _____

Haces ejercicio? Sí No Si sí, con qué frecuencia: _____ Qué clase de ejercicio: _____

Historial Clínica de la Familia:

Relación	Condición Médica (Presión arterial alta / Enfermedades del corazón / Enfermedades del riñón / Cáncer / Diabetes)
Padre	
Madre	
Hermanos/as	
Hijos/as	
Abuelo Paterno	
Abuela Paterna	
Abuelo Materno	
Abuela Materna	



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted reconoce que Albuquerque Nephrology Associates le ha entregado una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad. Este aviso explica cómo se maneja su información de salud, HIPAA, la ley federal sobre privacidad médica, y aviso requerido.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad: Albuquerque Nephrology Associates me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre este aviso y todas mis preguntas han sido respondidas.

Nombre del Paciente (Print): _____ Fecha: _____

Firma del Paciente o Guardián legal: _____ Fecha: _____

Uso exclusivo del proveedor

Si el paciente no pudo firmar debido a una emergencia, o no quiso firmar, indica si el paciente recibió la notificación y la razón por la cual el paciente no quiso firmar.

El paciente había recibido el aviso: _____ Sí _____ No

Razón por la cual no se obtuvo la firma: _____

Firma del Personal: _____ Fecha: _____

Autorización para Divulgar Información de Salud

Autorizo a Albuquerque Nephrology Associates a divulgar mi información médica (resultados de laboratorio, diagnósticos e información de citas para (por favor marque):

_____ Esposo/a (Nombre): _____

_____ Madre (Nombre): _____

_____ Padre (Nombre): _____

_____Hijos (Nombre/s):

_____Otros familiares o cuidadores (Nombre/s):
