

REGISTRO DE PACIENTE

Ahorre tiempo y enviar registro en línea: www.mtviewsurgery.com/registro

FECHA DE CITA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

EDAD: _____ HOMBRE MUJER NO BINARIO EMPLEADOR: _____

NÚMEROS DE TELÉFONO: Casa: _____ () Está bien dejar un mensaje detallado

Celular: _____ () Está bien dejar un mensaje detallado

Trabajo: _____ () Está bien dejar un mensaje detallado

Raza: (marque uno)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> American Indian | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian |
| <input type="checkbox"/> Alaskan Native | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> White |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Other Race |
| <input type="checkbox"/> African American | <input type="checkbox"/> Unknown |

Etnicidad: (marque uno)

- Hispanic
 Non-Hispanic
 Other

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Contacto de emergencia: _____

Relación al paciente: _____

Teléfono de casa #: (_____) _____ Celular#: (_____) _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE REFIERE O DEL MÉDICO PRIMARIO:

Nombre del médico remitente: _____

Dirección: _____ City _____ Zip _____

Teléfono de oficina # (_____) _____ Número de fax# (_____) _____

* Recuerde traer su identificación con foto, tarjetas de aseguranza médica y un conductor debe acompañarlo a su cita.

* Al firmar, reconoce que, aunque se le facturará a su compañía de seguros por este servicio, usted es el responsable final del pago de esta cuenta.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Lista De Medicamentos

ALERGIAS/SENSIBILIDADES:		REACCION:
--------------------------	--	-----------

Por favor, enumere todos los medicamentos recetados, de venta libre y homeopáticos que está tomando actualmente. Asegúrese de incluir la fuerza y la dosis para cada medicamento, y con que frecuencia se toma. Lleve este formulario con usted a su cita.

Nombre de la medicación y dosis	Razón para tomar medicación	Con que frecuencia toma este medicamento	Last Taken (Solo para uso de enfermera)
Ejemplo: Metformin 500 mg (1) tablet	Control de la diabetes tipo 2	Dos veces al día, AM & PM	

Para uso de oficina

Historial Medico

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Razón del procedimiento: _____

¿Podría estar embarazada? No Sí ¿Le gustaria una prueba de embarazo? No Sí

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses? (marque todo lo que corresponda)

Dolor de pecho dificultad para respirar accidente cerebrovascular

coágulo de sangre convulsiones colocación de stent coronario

¿Ha tenido alguna reacción adversa a la anestesia o la sedación?

No Si, por favor describa: _____

¿Utiliza oxígeno suplementario? No Sí

¿Utiliza una máquina CPAP por la noche? No Sí

¿Tiene un desfibrilador y / o marcapasos? No Sí

¿Tiene algún problema médico (como diabetes, presión arterial alta, etc.)?

¿Ha tenido alguna cirugía / procedimiento (incluyendo colonoscopia y endoscopia superior) en el pasado? ¿Cuándo?

¿Utiliza alguno de los siguientes? (marque todo lo que corresponda):

tabaco marijuana alcohol drogas ilícitas

¿Algún miembro de la familia ha sido diagnosticado con cáncer de esófago, estómago, hígado, páncreas o colon? No Sí

En caso afirmativo, ¿cuál es su relación con usted y a qué edad fueron diagnosticados?

Firma: _____ Fecha: _____

Para uso de oficina