



Nombre: _____ N°. MCPHD _____

Fecha de nacimiento: _____ Farmacia de preferencia: _____

Haga un círculo en cualquiera de las siguientes condiciones que el paciente haya tenido o tenga actualmente:

TDAH/TDA	Cáncer	Enfermedad pulmonar	Problemas del cuello	Problemas de los ojos
Alergias	Depresión	Obesidad	Enfermedad del seno	Cirugía
Ansiedad	Migrañas	Embarazo	Problemas de sinusitis	Diabetes
Artritis	Enfermedades del corazón	Convulsiones	Enfermedad de la tiroides	Desórdenes genéticos
Asma	Hepatitis	Infecciones de transmisión sexual	Problemas de abuso de sustancias	Problemas de salud femeninos
Trastornos hemorrágicos	Presión arterial alta	Accidente cerebro vascular	Problemas de la piel	Problemas de salud masculinos
Trastornos intestinales	Colesterol alto	Problemas de la espalda	Problemas de oídos/nariz/garganta	
Trastornos urinarios	Enfermedad renal			

Haga un círculo en cualquiera de las siguientes aspectos que sean pertinente:

Control de la natalidad

- Abstinencia
- Condones
- Inyección de Depo-Provera
- Implanon
- Dispositivo intrauterino
- Aro
- Parche
- Píldoras anticonceptivas
- Nunca ha estado sexualmente activa
- Otro

Empleado

- A tiempo completo
- Estudiante
- Medio tiempo
- Discapacitado
- Desempleado

¿Fuma?

Sí No

En caso afirmativo, indique:

Tipo: _____

¿Cuántos? _____

Años: _____

¿Bebe alcohol?

Sí No

En caso afirmativo, indique:

Tipo: _____

¿Cuántos? _____

Años: _____

¿Usa marihuana u otro tipo de drogas ilícitas?

Sí No

En caso afirmativo, indique:

Tipo: _____

¿Cuántos? _____

Años: _____

¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud que no esté incluido en los aspectos indicados anteriormente?

Sí No

En caso afirmativo, indique:

¿Es alérgico a algún medicamento, fármaco u otra sustancia?

Sí No

En caso afirmativo, indique:

Medicamentos:

Nombre: _____

Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____

Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____

Dosis: _____ Frecuencia: _____

A mi leal saber y entender, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, o si me cambian los medicamentos, le informaré al doctor en la próxima cita. Me explicarán los procedimientos médicos específicos. Comprendo que es posible que yo/mi hijo(a) no reciba todos los servicios solicitados al Departamento de Salud del Condado de Marion y que mi tratamiento puede requerir que me refieran a otros proveedores de atención médica debido a la naturaleza de mi problema de salud. Comprendo que todos los procedimientos médicos tienen beneficios y riesgos, incluyendo los posibles efectos secundarios de algunos medicamentos utilizados en las prácticas médicas. Estos riesgos incluyen, entre otros, reacciones alérgicas, sensibilidad, hematomas procedentes de las inyecciones e infecciones, complicaciones o padecimientos graves.

Firma del paciente/Padre-Madre/Representante legal: _____ Fecha: _____

También autorizo y estoy de acuerdo con que la Corporación de Salud y Hospitales del Condado de Marion (Health and Hospital Corporation of Marion County) conserve o compile de cualquier modo información sobre salud y por la presente está autorizada para utilizar cualesquiera informes de tratamientos, radiografías o fotografías para fines docentes o de investigación, incluyendo revistas médicas o publicaciones relacionadas con el gobierno. Se protegerá la confidencialidad del paciente. No se revelará el nombre del paciente ni ninguna otra información privada que le identifique.

Firma del paciente/Padre-Madre/Representante legal: _____ Fecha: _____

Por la presente autorizo a que los beneficios de seguro sean pagados directamente al proveedor de atención médica o su representante (Health and Hospital Corporation). También autorizo al proveedor de atención médica u otro personal o representante autorizado para revelar la información requerida para procesar los reclamos, y convengo en que una fotocopia de esta autorización es tan válida como la original.

Asimismo estoy de acuerdo con que el Departamento de Salud del Condado de Marion pueda entregar una copia de mis registros médicos, o parte de ellos, o cualquier otra información relacionada con los profesionales de salud involucrados en mi atención médica.

Firma del paciente/Padre-Madre/Representante legal: _____ Fecha: _____