

**REGISTRACIÓN**  
(Favor de Imprimir)



1330 North Beckley Avenue  
Dallas, Texas 75203

Teléfono: (214) 941-7200

**Por favor marque su medico:**

- Theresa M. Patton, MD
- Kecia L. Foxworth, MD
- Diane K. Huynh, DO
- Angelica Knickerbocker, MD
- Leslie Johnson, MD

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Casada  Viuda  Soltera  Menor  
 Separada  Divorciada  Pareja por \_\_\_\_\_ años

Empleador del Paciente/ Escuela \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección de Empleador/ Escuela \_\_\_\_\_ Numero de Empleador/ Escuela (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Medico de Cabecera: \_\_\_\_\_ Farmacia de Preferencia: \_\_\_\_\_

Dirección de Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia a quien notificamos? \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ /Relación \_\_\_\_\_

**ASEGURANZA PRIMARIA – DEBE DE COMPLETAR**

Persona responsable por cuenta \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Inicial

Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección (Si diferente al paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Suscriptor Empleado Por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección de Negocio \_\_\_\_\_ Teléfono de Negocio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

# de Grupo \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_

Nombres de otros dependientes cubiertos bajo este plan \_\_\_\_\_

**ASEGURANZA ADICIONAL**

¿El Paciente es cubierto por el seguro adicional?  Sí  No

Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Dirección (Si diferente al paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Suscriptor Empleado Por \_\_\_\_\_ Teléfono de Negocio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

# de Grupo \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_

Nombres de otros dependientes cubiertos bajo este plan \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN**

Certifico que yo, y/o mis dependientes, tienen cobertura de seguridad con \_\_\_\_\_ y asigno directamente al  
Nombre de Compañía de Aseguradora  
Dr. \_\_\_\_\_ todos beneficios de seguridad, si alguna, de lo contrario pagar a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos sin importar si la seguridad paga o no. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguridad.  
El doctor nombrado puede utilizar mi información médica y podrá revelar dicha información a la compañía de seguridad nombrados anterior y sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios y determinar los beneficios de seguridad o los beneficios pagables por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando finalice mi plan de tratamiento actual o un año de la fecha firmada por debajo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Favor de Imprimir Nombre de Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente



women's healthcare

1330 North Beckley Avenue  
Dallas, Texas 75203

Teléfono: (214) 941-7200

Theresa M. Patton, MD  
Kecia L. Foxworth, MD  
Diane K. Huynh, DO  
Angelica Knickerbocker, MD  
Leslie Johnson, MD

**RENUNCIA FINANCIERA**

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ASEMOS TODO EL ESFUERZO PARA VERIFICAR SUS BENEFICIOS DE ASEGURANZA Y SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA AL MOMENTO DEL SERVICIO ANTES DE SU VISITA. **USTED ES RESPONSABLE DE NOTIFICARNOS SI SU PLAN DE ASEGURANZA REQUIERE UNA REFERENCIA O CERTIFICACIÓN.** NOSOTROS OBTENEMOS REFERENCIAS Y CERTIFICACIONES CUANDO HEMOS SIDO AVISADOS POR USTED QUE SON NECESARIOS. NUESTRA CONFIRMACIÓN DE VERIFICACIÓN ESTÁ DISPONIBLE PARA QUE USTED LA REVISE A SOLICITUD.

**SERVICIOS MÉDICOS**

INICIALES  
AQUI ESTOY DE ACUERDO EN PROVEER INFORMACIÓN COMPLETA Y ACTUAL A KESSLER WOMEN'S HEALTHCARE, PARA PROPÓSITOS DE FACTURACIÓN A MI COMPAÑÍA DE ASEGURANZA EN MI NOMBRE POR CUIDADO MÉDICO.

INICIALES  
AQUI YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR CUALQUIER Y TODOS LOS SERVICIOS MÉDICOS RECIBIDOS QUE NO SEAN CUBIERTOS POR MI PLAN DE ASEGURANZA.

INICIALES  
AQUI YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR RECLAMOS MÉDICOS NEGADOS DEBIDO A LA FALTA DE AUTORIZACIÓN O REFERENCIA, SO NO PROVEÍ LA INFORMACIÓN A KESSLER WOMEN'S HEALTHCARE ANTES DE RECIBIR CUIDADO MÉDICO.

YO HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO ESTOS TÉRMINOS POR LA PROVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.

\_\_\_\_\_  
PACIENTE (SI MISMO/ TUTOR)

\_\_\_\_\_  
FECHA TESTIGO

**SERVICIOS DE LABORATORIO**

POR LO GENERAL, LA MAYORÍA DE ESPÉCIMEN DE LABORATORIO SON ENVIADOS A LABORATORIOS CLÍNICOS PATOLÓGICOS O LABORATORIOS DE ESPECIALIDAD A LA DISCRECIÓN DE SU MÉDICO. UNA COPIA DE SU INFORMACIÓN Y TARJETA DE ASEGURANZA TAMBIÉN ES ENVIADA. ELLOS FACTURARAN A SU COMPAÑÍA DE ASEGURANZA (SI ES APLICABLE) Y LA NOTIFICARAN DE SU RESPONSABILIDAD.

**USTED ES RESPONSABLE** DE NOTIFICAR A NUESTRO PERSONAL DURANTE SU VISITA SI SU COMPAÑÍA DE ASEGURANZA O EMPLEADOR REQUIERE QUE SU TRABAJO DE LABORATORIO SEA PROCESADO EN UN LABORATORIO ESPECIFICO.

LABORATORIO REQUERIDO: \_\_\_\_\_

ES MI DESEO RECIBIR SERVICIOS DE LABORATORIO COMO ES NOTADO ARRIBA:

\_\_\_\_\_  
PACIENTE (SI MISMO/ TUTOR)

\_\_\_\_\_  
FECHA TESTIGO



## Designación para la Liberación de Información Médica a un Miembro de la Familia, Amigo o Representante Legal

Es responsabilidad de los médicos asegurar que la relación de médico-paciente sea confidencial. Este formulario es para ayudar a los médicos tomar una determinación sobre la divulgación de dicha información. Los doctores LaRue, Patton, Foxworth, Huynh se dan cuenta que hay veces cuando, el paciente puede querer que otra persona sea informada sobre su condición médica o necesidades médicas. Su médico quiere que usted pueda, si lo desea, nombrar una persona con quien desea que el personal de la oficina sobre su condición médica. Para permitir eso, le rogamos que llene el formulario que aparece a continuación. Tenga en cuenta los siguientes puntos:

- La designación es válida hasta que sea cancelada por escrito.
- Si no asigna a alguien, Kessler Women's Healthcare no podrá liberar información a ningún miembro de familia o amigo.

### Declaración de designación

Yo, \_\_\_\_\_, designo a la siguiente persona para hablar con un médico en Kessler Women's Healthcare, Asistente de Medico, una enfermera u otro miembro del personal en mi nombre si es necesario. Yo declaro que doy permiso a Kessler Women's Healthcare, a través de sus médicos y personal liberar cualquier información a mi designado acerca de mi condición médica o necesidades médicas y libero a Kessler Women's Healthcare, Asistente de Medico, sus médicos y personal, de cualquier reclamo de confidencialidad en relación con la liberación de esta información.

Nombre de la Persona Designada: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ (casa/trabajo)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ # Seguro Social del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

- O -

Me niego a designar a otra persona a hablar con mi médico o personal clínico.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PBM RECETAS ELECTRÓNICAS

Cuando es posible, Kessler Women's Healthcare envía sus recetas a su farmacia por medio de un proceso conocido como Receta Electrónico (ePrescribing). ePrescribing es definido como la habilidad del médico enviar electrónicamente una receta, actual, sin errores y comprendida directamente a su farmacia. ePrescribing es un elemento muy importante en proveer calidad de cuidado al paciente y es requerida por muchas compañías de aseguranza.

Datos de beneficios son mantenidos por proveedores de aseguranza de salud por organizaciones conocidas como Gerente de Beneficios de Farmacia (GBF). GBF son administradores terceros de programas recetando drogas cual su primera responsabilidad es procesar y pagar reclamos de recetas de drogas. También desarrollan y mantienen listas de drogas cubiertas por su plan particular de beneficios de drogas.

Programa de ePrescribe debe de incluir:

- **Transacción de beneficios y formulario** – Esto da la información al recetante sobre cuales drogas son cubiertas por su beneficio de plan de drogas.
- **Transacción de Historia de Medicamentos** – Provee al médico información sobre medicamentos que el paciente ya ha tomado por cualquier otro proveedor, para minimizar el número de eventos de adversos de drogas.

Al firmar este consentimiento usted está de acuerdo en que Kessler Women's Healthcare pueda solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de gerentes de beneficios de farmacia terceros con propósitos de recetar y tratamiento.

Nombre de paciente (imprimir) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Paciente (o el representante) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación, si personal diferente al paciente \_\_\_\_\_

### No doy Consentimiento

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## KESSLER WOMEN'S HEALTHCARE

### Consentimiento y Reconocimiento del Paciente de Recibo del Aviso de Privacidad

Entiendo que como parte de la prestación de los servicios de salud, Kessler Women's Healthcare crea y mantiene registros de salud y otra información que describe entre otras cosas, mi historia clínica, síntomas, examen y resultados de pruebas, diagnósticos, y planes futuros para cuidado o tratamiento.

He sido entregado un Aviso de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud. Entiendo que tengo el derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización reserva el derecho a cambiar sus prácticas y avisos y antes de implementar una copia de cualquier notificación revisada será enviada por correo a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo derecho de oponerme al uso de mi información de salud para fines de directorio. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede utiliza o divulgar mi información de salud para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica (evaluación de la calidad y mejoramiento, actividades, aseguramiento, calificación de prima, dirigiendo o arreglando para revisión médica, servicios jurídicos y funciones de auditorías, etc.) y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida sobre mí de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito excepto donde ya se han hecho divulgaciones dependiente de mi consentimiento previo.

Este consentimiento es dado libremente con el entendimiento de que:

1. Cualquier y todos los registros, ya sea escrito o oral o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser revelados por razones fuera de tratamiento, pago o operaciones de atención médica sin mi autorización previa por escrito, excepto en los casos previstos por la ley.
2. Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válida como este original.
3. Tengo derecho a solicitar que el uso de mi Información de Salud Protegida, que se utiliza o divulga con el proposito de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, sea restringida. También entiendo que la Práctica y Yo debemos aceptar cualquier restricción por escrito que yo solicite sobre el uso y la divulgación de mi Información de Salud Protegida y que de acuerdo a terminar cualquier restricción por escrito sobre el uso y la divulgación de mi Información de Salud Protegida que han sido previamente acordado.

---

Nombre del Paciente Imprimido

---

Fecha

---

Firma del Paciente (o Tutor, si es Menor)

---

# de Seguro Social (Sólo Para Fines de Identificación)

---

Testigo (Opcional)

---

Fecha



## REGISTRO DE DIVULGACIONES DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad HIPAA da a los individuos el derecho a solicitar una restricción de usos y divulgaciones de su Información de Salud Protegida (ISP). El individuo también es proporcionado el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de ISP sea hecha por medios alternativos, como el envío de correspondencia a la oficina del individuo en lugar de la casa del individuo.

### Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todos que aplican)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teléfono del Domicilio _____<br><input type="checkbox"/> Está bien dejar mensaje con información detallada<br><input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el número de devolución de llamada    | <input type="checkbox"/> Comunicación Escrita<br><input type="checkbox"/> Está bien por correo a mi domicilio<br><input type="checkbox"/> Está bien por correo de mi trabajo / dirección de la Oficina<br><input type="checkbox"/> Está bien mandar fax a este número   |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo _____<br><input type="checkbox"/> Está bien para dejar mensaje con información detallada<br><input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el número de devolución de llamada | <input type="checkbox"/> Teléfono celular<br><input type="checkbox"/> Está bien para dejar mensaje con información detallada<br><input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el número de devolución de llamada<br><input type="checkbox"/> Otras _____<br>_____<br>_____ |

_____	_____
Firma del Paciente	Fecha
_____	_____
Imprimir Nombre	Fecha de Nacimiento

La regla de privacidad generalmente requiere tomar medidas razonables para limitar el uso o divulgación de los proveedores y pide a ISP al mínimo necesario para lograr el propósito previsto. Estas provisiones no se aplican a los usos o divulgaciones efectuadas de conformidad con la autorización solicitada por el individuo.

Las entidades de salud deben mantener registros de divulgaciones de ISP. Información a continuación, si se completa correctamente, constituirá un registro adecuado.

***Nota: Usos y divulgaciones de TPO pueden permitirse sin consentimiento previo en caso de emergencia.***

### Registro de Divulgaciones de Información de Salud Protegida Para Uso de Oficina Solamente

Fecha	Divulgada A quién Dirección o Número de Fax	(1)	Descripción de Divulgación / Propósito de Divulgación	Quién Reveló	(2)	(3)

(1) Marque esta caja si se autoriza la divulgación  
 (2) Clave Tipo: T = Registros de Tratamiento; P = Información de Pago; O = Operaciones de Atención Médica  
 (3) Escriba cómo se hizo la revelación: F=Fax; P= Teléfono; E= Correo Electronico; M = Correo; O= Otro

**HISTORIAL MÉDICO**  
(FAVOR DE IMPRIMIR)



1330 North Beckley Avenue  
Dallas, Texas 75203

Teléfono: (214) 941-7200

**Por favor marque su medico:**

- Theresa M. Patton, MD
- Kecia L. Foxworth, MD
- Diane K. Huynh, DO
- Angelica Knickerbocker, MD
- Leslie Johnson, MD

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Razón por visita:**

Examen Anual     Problema: \_\_\_\_\_

**Médico de Atención Primaria:** \_\_\_\_\_

¿Otros médicos visitado y porque? \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA PASADA**

	✓ Sí	En caso que sí, poner fecha diagnosticada
Alcoholismo		
Anemia		
Ansiedad		
Artritis/ Problemas de Coyunturas		
Asma		
Problemas de Espalda		
Problemas de la Vejiga		
Coágulos de Sangre		
Transfusión de Sangre		
Problemas Intestinales		
Cáncer (Tipo)		
Enfermedad Pulmonar Crónica		
Depresión		
Diabetes (Dieta o Insulina)		
Endometriosis		
Fibroma		
Fractura (Que parte del Cuerpo)		
Reflujo Gástrico o GERD		
Glaucoma		
Soplo Cardíaco/ Prolapso de la Válvula Mitral		
Problemas de Corazón		
Hepatitis / Enfermedad Hepática		
Presión Arterial Alta		
Colesterol Alto		
Niveles Altos de Triglicéridos		
Infecciones de Riñón / Enfermedad		
Migrañas		
Accidente Automovilístico		
Trastorno Convulsivo		
Derrame Cerebral		
Enfermedad de la Tiroides		
Cualquier otro no aparece		

**PRUEBAS DE DETECCIÓN: (Por favor lista resultados MÁS RECIENTES & donde fueron realizados)**

Colesterol: \_\_\_\_\_

Tiroides: \_\_\_\_\_

Conteo Sanguíneo / Hematocrito: \_\_\_\_\_

Mamografía: \_\_\_\_\_

Densidad Ósea: \_\_\_\_\_

Colonoscopia: \_\_\_\_\_

Papanicolaou: \_\_\_\_\_

Vacuna contra la Gripe: \_\_\_\_\_ Vacuna contra la Neumonía: \_\_\_\_\_ Vacuna contra la Hepatitis B: \_\_\_\_\_ Tétanos: \_\_\_\_\_

**HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA**

Año	Enfermedad o Operación	Complicaciones

**MEDICAMENTOS** (Medicamentos con o sin receta, vitaminas, anticonceptivos, hierbas, etc.)

Nombre	Dosis (mg)	Frecuencia	Día que Comenzó	Medico que Receto

**ALERGIAS** (Medicamentos, alimentos o látex)**REACCIÓN**


**HISTORIA FAMILIAR** (Por favor llene la edad que comenzó cada condición)

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Madre de Madre	Madre de Padre	Padre de Madre	Padre de Padre	Tía	Tío
Coágulos Sanguinos										
Trastorno Sangrado										
Cáncer de Mama										
Cáncer de Colon										
Demencia										
Diabetes										
Enfermedad del Corazón										
Presión Arterial Alta										
Osteoporosis										
Otros Canceres										
Cáncer de Ovario										
Derrame Cerebral										
Tiroides Dz										



## HISTORIA REPRODUCTIVA

	Número		Número
Embarazos Totales		Abortos Espontáneos	
Partos de Terminación Completa		Embarazos Ectópico o Tubárico	
Partos Prematuros (<37 semanas)		Partos Múltiples (Gemelos, etc.)	
Abortos/ Terminaciones		Hijos Vivos	

En el gráfico que aparece a continuación, por favor rellena por cada embarazo - incluido el aborto.

	Fecha 00/00/00	Semanas de Embarazo	Duración de Parto	Peso de Nacimiento	Sexo	Tipo de Parto	Anestesia (Sí/ No)	Prematuro (Sí/ No)	Complicaciones	Hospital o Partera
1										
2										
3										
4										
5										

## HISTORIA GINECOLÓGICA

Alguna vez ha tenido un Papanicolaou **anormal**?  Sí  No Cuando/ Que tratamiento: \_\_\_\_\_

**Edad que menstruación comenzó** (Menarquia): \_\_\_\_\_ **Edad que menstruación terminó** (Menopausia): \_\_\_\_\_

Si todavía tiene su menstruación: **Último ciclo menstrual**: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Días entre ciclos: \_\_\_\_\_ Duración de ciclo: \_\_\_\_\_

Flujo:  Liviano  Mediano  Pesado Coágulos:  Sí  No

No. de tampones/ día: \_\_\_\_\_ No. de toallas sanitarias/ día: \_\_\_\_\_ Ciclos Dolorosos:  Sí  No

¿Cambios recientes en tus ciclos?  No  Sí ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**Activo Sexual?**  Sí  No ¿Tienes sexo con?  Hombres  Mujeres  Los Dos

¿Edad que comenzó a ser activa/o sexual? \_\_\_\_\_ Cantidad de parejas en su vida: \_\_\_\_\_

¿Exposición al DES?  Sí  No

**Favor de listar tipo de anticonceptivos:** \_\_\_\_\_ Años tomado: \_\_\_\_\_

**Historia de STD:**  Clamidia  Gonorrea  Herpes  Sífilis  VIH  EIP  VHP  Trico

Si la menopausia, ¿actualmente toma reemplazo hormonal?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Años tomado: \_\_\_\_\_

## HISTORIA SOCIAL

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Status Marital:**  soltera  casada  divorciada  pareja domestica  viuda

**Preferencia Religiosa:**  Cristiana  Judía  Musulmán  Hindú  Católica  Otro: \_\_\_\_\_

**Uso de Tabaco:** Cigarros:  Nunca  De vez en cuando

Actual \_\_\_\_\_ paquetes/ día por \_\_\_\_\_ años  Dejar (fecha) \_\_\_\_\_

**Uso de Alcohol:**  No  De vez en Cuando  Sí \_\_\_\_\_ tragos por semana ( cerveza  vino  licor)

¿El alcohol es una preocupación por usted o por otros?  No  Sí

**Uso de Drogas:**  No  Sí (tipo) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha utilizado agujas?  No  Sí

**Seguridad:** ¿Usted utiliza el cinturón de seguridad constantemente?  No  Sí

¿Violencia en el hogar un motivo de preocupación para usted?  No  Sí

¿Ha sido abusada?  No  Sí (cuando) \_\_\_\_\_

**Ejercicio:** ¿Usted hace ejercicio regularmente?  No  Sí

¿Que tipo? \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Dieta:** Evalúe su dieta actual:  Buena  Normal  Pobre **¿Toma Calcio?**  Sí  No

**EXAMEN DE SISTEMAS:** (Por favor marque todas las que apliquen a usted hoy)

<b>Constitucional</b>	<b>✓ Sí</b>	<b>Genitourinario</b>	<b>✓ Sí</b>
Fiebre		Dolor al Orinar	
Escalofrío		Gotear Orina	
Aumento de Peso		Urgencia para Orinar	
Pérdida de Peso		Orinar con Frecuencia	
Fatiga		Sangre en la Orina	
<b>Cabeza, Oídos, Cuello, Garganta</b>		Orinar 2 o más veces por la noche	
Dolor de Sinusitis		Secreción Vaginal	
Congestión		Sagrado Irregular	
Dolor de Cabeza		Menstruación Dolorosa	
Dolor de Garganta		Relaciones Sexuales Dolorosas	
<b>Ceno</b>		Llagas/ Bulto Genitales	
Tumores de Mama		<b>Piel</b>	
Secreción del Pezón		Piel Reseca	
Dolor de Ceno		Acné	
<b>Cardiovascular</b>		Nueva Lesión Cutánea	
Dolor de Pecho		<b>Musculoesqueléticos</b>	
Palpitaciones del Corazón		Dolor de Espalda	
<b>Respiratorio</b>		Dolor de Coyunta	
Toz		<b>Psiquiátrica</b>	
Dificultad para Respirar		Ansiedad	
Sibilancia		Depresión	
<b>Gastrointestinal</b>		Dificultad para Dormir	
Dolor Abdominal		<b>Hemo-linfáticos</b>	
Nausea		Hematomas Fácil	
Vomito		Sagrado Fácil	
Estreñimiento		Bulto Inexplicables	
Diarrea		<b>Alergias</b>	
Sangre en la Heces		Fiebre del Heno	
Cambio en Movimiento Intestinal		Temporal	

**Gracias por tomar su tiempo y llenar este cuestionario de salud.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_