

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ M / F

Hay alguien mas que viene a esta clinica en su familia? Si / No Como se llama? _____

PERSONA RESPONSABLE _____ PARENTESCO CON EL PACIENTE _____

EMAIL: _____

INFORMACION FAMILIAR

MADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NUMERO DE TELEFONO _____ LICENCIA DE CONDUCIR _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ZONA POSTAL _____

PADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NUMERO DE TELEFONO _____ LICENCIA DE CONDUCIR _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ZONA POSTAL _____

PADRES: _____ SOLTEROS _____ CASADOS _____ DIVORCIADOS (ENTREGUE DOCUMENTOS LEGALES)

(Favor de presentar su tarjeta de aseguranza o medical)

Nombre y numero de telefono de algun familiar o amigo en caso de emergencia **excepto mama y papa**

Nombre _____ Relación _____

Numero de telefono _____

Como supo de nuestra oficina? _____

OTORGACION DE INFORMES/ASIGNACION DE BENEFICIOS

LOS COPAGOS Y DEDUCIBLES SON LOS REQUERIMIENTOS DE SU COMPAÑÍA DE SEGURO, SI NO LO PAGA ESTÁ EN INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. LA RECOLECCIÓN DE COPAGOS Y DEDUCIBLE SON EL CONTRATO QUE NOSOTROS TENEMOS CON SU COMPAÑÍA DE SEGURO, SI NO LO COLECTAMOS NOSOTROS ESTAMOS EN INCUMPLIMIENTO CON SU COMPAÑÍA DE SEGURO. ESOS PAGOS DEBEN DE SER DADOS AL MOMENTO DE LA VISITA, Y REQUERIMOS QUE LOS DEDUCIBLES SEAN PAGADOS A SU DEBIDO TIEMPO.

Notification al consumidor: Los doctores son licenciados y regulados por el Panel Medico de California (800)-633-2322 www.mbc.ca.gov

Yo autorizo que la doctora le puede dar a mi compania de aseguranza cualquier informacion que pida en orden para que se pague el cobro que la doctora ha mandado. Yo entiendo que los pagos le van a llegar directamente a la doctora Lee. Si me llegan unos pagos a la casa, yo se que son de la doctora y que los tengo que entregar a la oficina de la doctora inmediatamente.

SU FIRMA POR FAVOR

HISTORIA MEDICAL DE SU HIJO/A

Nombre del Paciente : _____ Sexo : _____ Fecha de Nacimiento : _____

A) Historia de Nacimiento

Peso _____ Estatura _____
 Tiempo de Embarazo? _____

	SI	NO
Dificultades, Problemas Salpulido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con su embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacio su bebe de pies primero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al nacer tuvo su bebe problemas respiratorias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En las primeras cuatro semanas su bebe tuvo infecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia/Jaundice (amarillenta) de piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Enfermedades

Fecha/Edad: _____
 Varicela _____
 Escarlata _____
 Tos Ferina _____

Su niño/nina a Tenido : _____

	SI	NO
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones del Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de escuchar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 6 gripes en un año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Murmullo del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mojarse la cama después	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones en la vejiga/rinones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia Medica Familiar

(Asma, colesterol, enfermedades del Corazón, cáncer SIDA, alta presión, tuberculosis)

Mama _____ Papa _____
 Tío(paterno) _____ Tío(materna) _____
 Tía(paterna) _____ Tía(materna) _____
 Abuela(paterna) _____ Abuela(materna) _____

	SI	NO
Alergias a medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cóvulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anginas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) Desarrollo con Edad

Sentarse solo _____
 Caminar solo _____
 Primer diente _____
 Comenzo a hablar _____
 Cambio de biberon a vaso _____
 Dejo de usar pañales _____

D) Cirugias o Golpes

Apendices? _____
 Otras operaciones? _____
 Cual? _____
 Algunas Fracturas? _____
 Hospitalización? _____
 Porque? _____
 Donde? _____
 Su niño/a ha estado :
 Inconsciente de un golpe? _____
 Trato de envenenarse? _____
 Que clase de veneno? _____

E) Frecuencia de temperamento y

pataleo? _____
 Estar muy inquieto? _____
 No puede concentrarse? _____
 Disturbe a otros en clase? _____
 Empieza a molestar a otros? _____
 Problemas de aprendizaje? _____
 Comportamiento en la escuela? _____
 Conflicto en la familia? _____
 Cuales? _____
 Esta tomando Medicamento? _____

HPI:

La casa fue construida antes de 1980? Si / No
 Alguien fuma en la familia? Si / No
 An sido expuestos a tuberculosis ? Si / No

Jeong-Ok Lee, M.D. Plan de asociacion con el paciente

Estimado paciente, bienvenido.

Anelamos poder brindarle la mejor asistencia y el servicio que Ud se merece y que espera de nuestra oficina. Para poder lograr **el mejor cuidado posible** se requiere una “asociación” entre su doctor y el paciente. Y como su socio en salud, queremos que nos ayude de la siguiente manera.

Hacer citas con su doctor para exámenes físicos y otros cuidados necesarios.

Yo entiendo que mi doctor me explicara los exámenes apropiados para mi edad, basado en mi persona y historia familiar. Yo entiendo que es importante completar los exámenes necesarios (mamogramas, vacunas, papanicolaos, ect...) **Estos exámenes podran detectar enfermedades y condiciones que pueden ser fatales.** Si yo visito a mi doctor solamente para tratar enfermedades inmediatas y me olvido de asistir a exámenes regulares. Yo me pongo en riesgo que serios problemas de salud pasen sin detectar. Yo voy asegurarme de hacer citas regularmente con mi doctor para completar cualquier examen físico necesario y discutir los resultados conmigo.

Asistir o cambiar las citas.

Yo entiendo que a mi doctor le gustaria saber de la mejoria de mi enfermedad, después que me haya ido de la oficina. Regresar a tiempo con mi doctor le da la oportunidad de revisar mi condicion y ver mi mejoria con el tratamiento. Durante la cita de revisión, mi doctor puede ordenar otros exámenes, referirme a un especialista, recetarme medicina, o hasta descubrir un serio problema. Si falto a mi cita y no hablo para camiarla, yo corro el riesgo que mi doctor no pueda detectar y tratar un serio problema de salud. Yo voy a hacer lo que este a mi alcance para volver a hacer cualquier cita que haya faltado lo antes posible.

Hablar a la oficina para cualquier resultados de laboratorios y otros exámenes

Yo entiendo que mi doctor tratara de avisarme de cualquier resultado lo mas pronto posible. Pero, si no resivo ninguna noticia de mis resultados después del tiempo especificado yo mismo hablare para obtenerlos.

Informare a mi doctor si decido no seguir el plan recomendado para mi tratamiento

Yo entiendo que después de mi examen mi doctor puede hacer ciertas recomendaciones sobre lo que piense ser mejor para mi salud. Esto puede incluir recetarme una medicina, referirme a un especialista, ordenar laboratorios o otros Eumenes, hasta regresar a la oficina después de un determinado tiempo para otra evaluacion medica. Yo entiendo que al no seguir las instrucciones del tratamiento riesgo tener efectos negativos a mi salud. Yo le avisare a mi doctor cuando decida no seguir sus recomndaciones para que pueda advertirme de los riesgos asociados con mi decision de posponer o recahsar el tratamiento. Gracias por su asosiamiento. Como nuestro paciente Ud tiene el derecho de ser informado sobre su salud. Lo invitamos, **a cualquier momento**, para hacer cualquier pregunta, reportar su simptoma, o discutir cualquier inquietud que tenga. Si necesita mas información sobre su salud o condicion, por favor preguntenos.

Política Sin Cita

Yo entiendo que los únicos pacientes que serán vistos sin citas son solamente para los que vengan enfermos. Físicos, inyecciones, y otra clase de citas no serán vistos por los doctores. Los doctores miraran a los pacientes por solo un motivo de consulta. Yo entiendo que la vista será corta, pero la espera será larga. Después de tres consultas sin cita el paciente puede ser finalizado.

Nombre de Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Firma de Paciente _____ Fecha de hoy _____

Jeong Ok Lee, MD. 1716 W. Medical Center Drive, Anaheim, CA 92801

Privacy Officer: Office Manager, 714-635-0600

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta práctica médica de prácticas de privacidad. Además, reconozco que una copia del aviso actual será fijada en la zona de recepción, y que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Firmado: _____

Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____

Teléfono: _____

Si no está firmada por el paciente, por favor indique la relación:

- El padre o tutor del paciente menor de edad
- Tutor o curador de un paciente incompetente

Nombre y dirección del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
