



Datos de Paciente Nuevo

Hoja de Datos del Paciente

Nombre: _____

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido de Soltera

Apellido

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ N° de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Dirección/Domicilio: _____

Número y Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono: (____) ____ - ____

Tel. del Trabajo: (____) ____ - ____

Tel. Celular: (____) ____ - ____

Tel. Alternativo: (____) ____ - ____

Empleador: _____

Ocupación: _____ Tel. de su Empleador: (____) ____ - ____

Empleador/Compañía: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Nombre del Esposo/a: _____ Teléfono del Esposo/a: (____) ____ - ____

Empleador del Esposo/a: _____ Fecha de Nacimiento del Esposo/a: ____/____/____

Teléfono del Empleador del Esposo/a: (____) ____ - ____

Seguro Médico (TRAIGA SU TARJETA):

¿Quién es su Médico Primario/Principal?: _____

Dirección: _____

Teléfono de su Médico: (____) ____ - ____ Fax de su Médico: (____) ____ - ____

¿Cómo supo acerca de los Servicios Quirúrgicos de Hugh Chatham?:

Doctor Amigo/a Familiar Otro





Datos de Paciente Nuevo

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono: (____) ____ - _____

Le informamos que nosotros regularmente accedemos al Sistema de Reporte sobre Sustancias Controladas de Carolina del Norte (CSRS por sus siglas en inglés). El Estado de Carolina del Norte ha establecido por ley este sistema estatal de reportes para mejorar la capacidad de las autoridades del estado para identificar a personas que hacen mal uso o abusan de drogas recetadas que se encuentren clasificadas bajo la clase II-V de sustancias controladas. Tiene como objetivo también permitir que los profesionales médicos tengan referencias adicionales para identificar y derivar, para un adecuado tratamiento, a aquellos pacientes que hacen mal uso de dicha clase de sustancias controladas. La Comisión del Estado de Carolina del Norte para la Salud Mental, Discapacidades de Desarrollo y Abuso de Sustancias, así como su División operativa, son los organismos que establecen reglas y administran el programa.

El Departamento Quirúrgico de Hugh Chatham Cumple con los Requisitos de Reportar al Sistema de Reporte sobre Uso de Sustancias Controladas Cuando Emite Recetas Médicas de Sustancias Controladas para sus Pacientes.

Sólo para Uso Oficial (Official Use Only)

- Yes – Next available appointment
- Yes – Needs to be seen ASAP
- No – The individual would be better served staying with their current physician or finding another doctor
- No – Other: _____



Datos de Paciente Nuevo

Repaso de Síntomas

Marque todos los casilleros que correspondan a su actual estado de salud.

General

- Fiebre
- Escalofríos
- Pérdida de Peso
- Fatiga
- Pérdida del Apetito
- Malestar
- Sudor Nocturno
- Enrojecimiento Repentino

Ojos

- Cambios en la Vista/Visión
- Visión Nublada
- Visión Doble

Garganta, Oídos y Nariz

- Dolor de Garganta
- Congestión Nasal
- Flujo Nasal
- Sinusitis con Dolor
- Dolores de Cabeza

Senos

- Bultos
- Hipersensibilidad
- Hinchazón
- Ulceras
- Cambios en la Piel
- Pezón con Goteo/Pérdida
- Sudor de Pezón Invertido
- Enrojecimiento

Corazón

- Dolor de Pecho
- Murmullo Cardíaco
- Latido Cardíaco Irregular
- Latido Cardíaco Acelerado
- Falta de Aire al Esforzarse (Disnea)
- Sincope
- Disnea Nocturna Paroxística
- Edema en Extremidades
- Cianosis
- Cuerdas Venus
- Intermitencia
- Dolor al Descansar
- Presión en el Pecho
- Se Fatiga Fácilmente
- Dolor de Pecho al Esforzarse

Pulmones

- Respiración Corta
- Respiración Jadeante
- Tos
- Respiración Ronca
- Expectoración de Sangre
- Apnea Nocturna
- Problemas Anestésicos

Estómago

- Pérdida de Apetito
- Saciedad Temprana
- Disfagia
- Vómito con Sangre
- Náusea
- Vómitos
- Cambios del abdomen/barriga
- Diarrea
- Constipación
- Obstipación
- Tenesmo
- Dolor Abdominal
- Ictericia
- Sangre en las Heces
- Hematoquecia
- Melena

Sistema Urinario

- Urgencia para Orinar
- Demasiada Frecuencia
- Disuria
- Nocturia

Piel

- Erupciones/Sarpullidos
- Picazón
- Lesiones Nuevas en la Piel

Neurológico

- Sensación de Cosquilleo o Adormecimiento
- Ambas (en coordinación)
- Ataques

Huesos y Músculos

- Dolor en los Huesos
- Dolor de Espalda
- Dolor en las Articulaciones

Sistema Endocrino

- Orinar en Exceso (Poliuria)
- Sed Excesiva (Polidipsia)
- Flujo del Pezón
- Intolerancia al Frío
- Intolerancia al Calor
- Aumento de Peso
- Pérdida de Peso

Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión

Sangre

- Sangra Fácilmente
- Moretones/Magullado Fácil
- Hipersensibilidad o Agrandamiento de Nódulo Linfático
- Sangrado al cepillarse los dientes
- Sangrado Excesivo Seguido de una Extracción Dental
- Ha recibido Transfusiones de Sangre

Allergy

- Síntomas de Sinusitis Alérgica
- Enfermedades Frecuentes



Datos de Paciente Nuevo

Alergias: (Marque con un circulo todas las que correspondan)

Codeína Picadura de Abeja Sulfanilamida Penicilina Látex Otras: _____

Medicamentos que Toma Actualmente

Nombre del Medicamento	Dosis (mg)	¿Cuántas veces al día?

¿Consume usted **tabaco** en cualquiera de sus formas? Sí No

Si la respuesta es sí, indique que tipo y en que cantidad: _____

¿Consume usted **alcohol**? Sí No

Cantidad que consume diariamente: _____

¿Consume usted **drogas ilícitas** o **drogas callejeras**? Sí No

Si la respuesta es sí, indique qué tipo y con qué frecuencia: _____

¿Consume usted **cafeína**? Sí No

Si la respuesta es sí, indique cuál es su consumo habitual: _____

¿Estuvo usted **hospitalizado/a** alguna otra vez anteriormente? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor indique cuándo, dónde y por qué _____



Datos de Paciente Nuevo

¿Usted ha tenido anteriormente algún tipo de cirugía? Sí No

Cuándo	Dónde	Tipo de Cirugía

¿Tiene hijos/as? Sí No

Nombre	Fecha de Nacimiento	Problemas de Salud

Antecedentes Familiares: Por favor use el código de letras de la tabla (a la derecha de esta página) para indicar a quienes en su familia directa le ha sido diagnosticada, *dentro de los últimos doce meses*, alguna de estas condiciones.

- | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Próstata | <input type="checkbox"/> Ulceras del Estómago |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral/Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Vesícula | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Ataques/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Cáncer del Pulmón |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del Colon | <input type="checkbox"/> Cáncer de Seno |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Niveles altos de Colesterol | <input type="checkbox"/> Otras |

Y =	You / Usted
M =	Mother / Madre
F =	Father / Padre
S =	Sister / Hermana
B =	Brother / Hermano
SI =	Son / Hijo
D =	Daughter / Hija
MGM =	Maternal Grandmother / Abuela Materna
MGF =	Maternal Grandfather / Abuelo Materno
PGM =	Paternal Grandmother / Abuela Paterna
PGF =	Paternal Grandfather / Abuelo Paterno

Madre: Vive
 Fallecida
Causa de Fallecimiento: _____ Edad al fallecer: _____

Padre: Vive
 Fallecida
Causa de Fallecimiento: _____ Edad al fallecer: _____





Datos de Paciente Nuevo

Información de Contacto en Caso de Emergencia

- | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------|
| Nombre de persona que no viva en su hogar | Relación |
| Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | Teléfono de Casa / Trabajo |
- | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------|
| Nombre de persona que no viva en su hogar | Relación |
| Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | Teléfono de Casa / Trabajo |

Autorización para Receptor de Información

Yo otorgo mi consentimiento y por este medio doy mi autorización al Departamento Quirúrgico Hugh Chatham a hablar acerca de mi información médica (o la de mi niño/a dependiente), incluido datos acerca de resultados de estudios de análisis de laboratorio, de Rayos-X, para realizar citas médicas o derivaciones a otros médicos y respecto a tratamientos y medicamentos con:

Nombre	Relación con el Paciente
Firma del Responsable	Fecha

Asignación de Beneficios

Por este medio afirmo y confirmo que todo y cualquier pago de beneficios y/o seguro médico por mi tratamiento médico realizado por el Departamento Quirúrgico Hugh Chatham, si los hay, deberán abonarse directamente a esa institución salvo que los términos de mi cobertura o póliza de seguro indique que deben ser pagaderos a mi.

Divulgación de Información

Yo otorgo mi consentimiento y por este medio doy mi autorización al Departamento Quirúrgico Hugh Chatham a revelar o divulgar toda información médica que resulte necesario revelar por pedido de cualquier compañía de seguro respecto al pago de beneficios a mi favor (o a favor de mi niño/a dependiente). Autorizo además también a revelar dicha información médica a cualquier proveedor o profesional médico a quien yo (o mi niño/a dependiente) pudiéramos ser referidos/derivados. Estas autorizaciones permanecerán en efecto y válidas hasta tanto yo provea la correspondiente notificación de revocación por escrito. En el caso que yo (o mi dependiente) seamos derivados a otro médico cuyos servicios forman parte operativa o son propiedad del Hospital Hugh Chatham Memorial, yo autorizo que sea revelado a esos médicos nuestros archivos completos de historial médico del paciente.

