

Nueva Informacion de Pacientes Femenios

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: _____ Numreo de Seguro: _____

Ocupacion: _____ Empleador: _____ Telefono del Trabajo: _____

Como se entero acerca de nosotros? _____

Estado Civil (Seleccione uno): Casado Separado Deivorciado Soltero Viuda Viviendo con pareja

Ninos (Sleccione uno): Biologica Adoptado Hijastros Ninguno

Usted desea mas hijos? (Seleccione uno): Si No

Informacion de Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Por favor haga una lista de las medicaciones y las dosis:

Usted tiene alergias de medicinas especificas? (Si/No "escribe no alergias conocidas"): _____

Actualmente o alguna vez has usado caulquier forma de testosterona o la terapia hormonal?

Seleccione: Nunca Utilizado Gel Crema Inyecciones Bolitas Otro

Principal preocupacion/Razon de la vista:

Fatiga:	Si	No	Sfocos	Si	No	Otro: _____
Libido disminuido:	Si	No	Sequedad Vaginal	Si	No	_____
Sudores Nocturnos:	Si	No	Preocupaciones de peso	Si	No	_____

Lista de Sintomas -- Por favor seieccione la severidad de cada clasificacion

Aumento de peso:	Si	No	# de libras por ano:	_____
Sudores Nocturnos:	Si	No	# de veces al dia:	_____
Sofocos:	Si	No	# de veces al dia:	_____
Fatiga:	Frecuenta	Raro	Nunca	
Dolor con Copula:	Frecuenta	Raro	Nunca	
Sequedad Vaginal:	Frecuenta	Raro	Nunca	
Problemas para Domir:	Frecuenta	Raro	Nunca	
Agujeros de la Orina:	Frecuenta	Raro	Nunca	
Cambios de estado de animo:	Frecuenta	Raro	Nunca	
Migranas:	Frecuenta	Raro	Nunca	
Depresion:	Frecuenta	Raro	Nunca	
Ansiedad:	Frecuenta	Raro	Nunca	
Disminucion del deseo sexual:	Frecuenta	Raro	Nunca	
Perida Memoria:	Frecuenta	Raro	Nunca	
Pensamientos Confusos:	Frecuenta	Raro	Nunca	
Dolor muscular/articular:	Frecuenta	Raro	Nunca	

Historia de la Ginecologia

Fecha de la ultima menstruacion? _____

Cuantos dias dura tu periodo? _____

Tienes periodos mensuales regulares? Si No

Ha cambiado el flujo de sus periodos? Si No

Si ya no tiene un periodo, elija un motivo.

- Histerectomia
- Ablacion
- Menopausa
- DIU
- Otro

Edad en el nacimiento del primer nino: _____

Edad en primer ciclo menstrual: _____

Cuantos ninos usted ha tenido? _____

Ud esta embarazada, tratando de hacerse embarazada, o haciendo el amamantamiento? Si No

Si No, que tipo de anticoncepcion esta usando? (por favor seleccione todos que aplican) :

- Patillas
- IUD
- Espuma
- Condones
- Diafragma
- Implantes
- Depo
- Vasectomia
- Ligadura de Trompas
- Otro: _____

Tienes menopausia, a que edad empezaste la menopausia: _____

Experiencia sangrado posmenopausico: Si No

Ud Tiene un utero: Si No

Fecha de la ultima mamografia: _____ Fue normal: Si No

Ud hace autoexámenes de mamas: Si No

Tienes cualquier masa de pecho, ternura, o descarga: Si No

Fecha del ultimo frotis: _____ Las tenido un frotis abnormal: Si No

Si si, como fue tratado: Criocirugia Histerectomia Biopsia de Cono Supresion del lazo

Estas activa sexualmente: Si No

Dolor durante el coito: Si No

As tenido infeccion vaginal cervical, o tubal: Si No

Si si, seleccione todos que aplican: Sifilis Levadura PID Herpes Ciamidia
Gonorrea Verruga Otro

Historia Medico

(Usted tiene cualquier o algunos de los condiciones escritos abajo):

TDAH	Si	No	Ataques del corazon	Si	No
SIDA/VIH	Si	No	Sopl en el corazon	Si	No
Reflujo acido	Si	No	Problems del corazon	Si	No
Acne	Si	No	Hepatitis	Si	No
Anemia	Si	No	Hipertension	Si	No
Desorden de la ansiedad	Si	No	Colesterol alto	Si	No
Artritis	Si	No	Hierro alto	Si	No
Asma	Si	No	Hipertiroidismo	Si	No
Problemas de la Vejiga	Si	No	Hipotiroidismo	Si	No
Distencion	Si	No	Infertilidad	Si	No
Cancer de colon	Si	No	Problemas articulares	Si	No
Polopos en el colon	Si	No	Enfermedad de los rinoes	Si	No
Fallado cardiaca	Si	No	Piedras de los rinoes	Si	No
Estrenimiento	Si	No	Leucemia	Si	No
COPD	Si	No	Enfermedad del Higado	Si	No
Enfermedad arterial	Si	No	Enfermedad Pulmonar	Si	No
Depresion	Si	No	Trastorno mental	Si	No
Diabtes	Si	No	Problems musculares	Si	No
Trastorno Alimentario	Si	No	Osteoporosis	Si	No
Eccema	Si	No	Cancer de la Prostata	Si	No
Endometriosis	Si	No	Cancer rectal	Si	No
Fatiga	Si	No	Convulsiones/Epilepsia	Si	No
Fibromialgia	Si	No	Apnea del duermo	Si	No
Problema Gatrointestinal	Si	No	Los Ronquidos	Si	No
Perdida de cabello	Si	No	Apoplejia	Si	No
Dolor de cabeza/migrana	Si	No	Varices:	Si	No
Retencion de agua	Si	No	Otro: _____		

Historia Cirugias

(Usted tiene cualquier o algunos de los condiciones escritos abajo):

Apendicetomia	Si	No	Rinoplastia	Si	No
Aumento de pecho	Si	No	Tonsilectomia	Si	No
Colonoscopia	Si	No	Extraccion de muelas del juico	Si	No
Extraccion de la vesicula Biliar	Si	No	Histerectomia	Si	No
Cirugia de la Rodilla	Si	No	Otro: _____		

Historia Social: (pro favor seleccione Si/No)

Has fumado cigarros:	Si	No		
Actualmente fume:	Si	No	Si, si cuantos en un dia? _____	Cuantos anos ha fumado? _____
Usas los drogsgas de recreacion:	Si	No	Si, si explique: _____	
Toma alcohol:	Si	No	Si, si cuantos bebidas en una semana: _____	
Usted hace ejercicio:	Si	No		
Consumas cafeina:	Si	No		

Historia de la Familia

Tiene antecedente familiar de cancer de las mamas?	Si	No	Si, si quien: _____
Tiene antecedente familiar de cancer de colon?	Si	No	Si, si quien: _____
Tiene antecedente familiar de cancer de ovario?	Si	No	Si, si quien: _____
Tiene antecedente familiar de osteoporosis?	Si	No	Si, si quien: _____
Tiene antecedente familiar de hipertension?	Si	No	Si, si quien: _____
Tiene antecedente familiar de la enfermedad de corazon?	Si	No	Si, si quien: _____
Tiene antecedente familiar de enfermedad renal?	Si	No	Si, si quien: _____
Cuantos anos tuvo su madre cuando empezo la menopausia?	_____		

Farmacia Preferida:

Nombre: _____
Direccion: _____
Telefono: _____

Medico de Atencion Primaria:

Nombre: _____
Direccion: _____
Telefono: _____ Fax: _____

Repaso de las Sistemas
(por favor seleccione Si/No)

CONSTITUCIONAL

Aumento de peso anormal:	Si	No
Sudores noctirnales:	Si	No
Apetito disminuido:	Si	No
Fatiga:	Si	No

NEUROLOGICA

Dolor en cabeza frecuente:	Si	No
Debilidad en brazos/piernas:	Si	No
Dificultad con discurso:	Si	No
Dolor cronico:	Si	No

OJOS

Cambios repentinos de vision:	Si	No
Vision doble:	Si	No
Disturbios visuales:	Si	No

PSIQUIATRICOS

Estado de animo depreimdo:	Si	No
Ansiedad:	Si	No
Irritabilidad:	Si	No
Insomnio:	Si	No

OREJA/NARIZ/GARGANTA

Perdida de la audicion:	Si	No
Zumbido en oidos:	Si	No
Alterado sentido olfato:	Si	No

ENDOCRINO

Libido disminuido :	Si	No
Intolerancia frio/caliente:	Si	No
Cambio de apetito:	Si	No
Sed excesiva:	Si	No

CARDIOVASCULAR

Presion/dolor de pecho:	Si	No
Palpitaciones:	Si	No
Dolor en los pies:	Si	No
Desmayos:	Si	No
Mareos:	Si	No

GENITOURINARIO

Urinaria frecuente:	Si	No
Dolor al orinar:	Si	No

RESPIRATORIO

Tos persistente:	Si	No
Sibilancias:	Si	No
Dificultad para respirar:	Si	No

MUSCULO-ESQUELETIICOS

Dolor articular:	Si	No
Dolor muscular:	Si	No
Debilidad muscular:	Si	No

GASTROINTESTINAL

Dolor abdominal:	Si	No
Nauseas y vomitos:	Si	No
Cambio en habitos intestinales:	Si	No
Cambio en el apetit:	Si	No
Sangre en las heces:	Si	No

TEGUMENTARIO

Lesiones de piel sospechosas:	Si	No
Erupciones recurrentes:	Si	No
Acne:	Si	No

Responsabilidad Financero

Por favor firme su nombre al lado de las declaraciones verdaderas:

Todos los servicios profesionales prestados son cargados al paciente y se realizan al tiempo de servicio a menos que se han hecho otros arreglos por adelantado con nuestra oficina de negocios. Los formularios se completaran para soicitir los pagos de las companias del seguio medico. Tambien entiendo que los pagos son exigibles y pagaderos en la fecha que los servicios son ofrecidos y comprometo pagar todos los cargos incurridos plenamente inmediatamente despues de la presentacion de la declaracion correspondiente. Una fotocopia de esta tarea sera considerado valido igual como la original.

Por favor seleccione la opcion que mejor se adapte a usted:

- No tengo el seguro medico y voy a pagar por mi misma para los servicios prestados. Entiendo que pagare 100% de los servicios prestados.

Firma/Fecha

- Yo tengo el seguro medico y doy permision a Paradigm Restorative Health para facturar al negocio del seguro medico para todos los tratamientos obtenidos. Ademas, entiendo que yo sere responsable para tod os los cargos que no son pagados por mi compania del seguro medico.

Firma/Fecha

- Yo tengo el seguro medico, pero prefiero que Paradigm Restorative Health no fractura a mi compania del seguro medico. Entiendo que sere reonsable 100% para todos los servicios prestados.

Firma/Fecha

- Yo tengo el seguro medico pero entiendo que solamente mis visitas a la oficina y los laboratorios seran facturados y yo sere responsable para el resto de los cargos, incluido 100% del coste de la bolita.

Firma/Fecha

Consentimiento para retirar la sangre:

Autoizo al personal medico de Paradigm Restorative Health para obtener una muestra de sangre para el proposito de ejecutar cualquier prueba de laboratorio que estimen necesarios en el criterio profesional del personal medico.

Firma/Fecha

Recibo del aviso de practicas de privacidad para el paciente:

El firmante abajo se acusa recibo de una copia la Nota de Practicas de Privacidad para Paradigm Restorative Health.

Firma/Fecha

Consentimiento para ordenar historias medicos/prescripciones:

Autorizo al personal medico de Paradigm Restorative Health para obtener mi historias de medico y prescripciones para que puedan ayudar con mi tratamiento.

Firma/Fecha

Consentimiento para contactar:

Yo doy el consentimiento al Paradigm Restorative Health para contactarme para discutir los varios aspectos de mis visitas. Entiendo que algunas de las razones para contactarme sean para hablar sobre los resultados de las pruebas del laboratorio, recordatorios de cita, facturacion etc.

Firma/Fecha

Autorizacion para Divulgar la Informacion de Salud Protegida

Reconozco que he recibido una copia de las practicas de privacidad de esta practica medica. Ademas, reconozco que obtendre una copia de cualquier modificacion a la Nota de Practicas de Privacidad en cada cita.

Yo, _____, doy permiso a Paradigm Restorative Health para dar informacion a los individuales escritos abajo sobre mi atencion medica. Esta informacion incluya resultados del laboratorio, medicinas tomadas, el horario de las citas, modificaciones al horario, reportes hechos por el medico o enfermera sobre yo, y otro tipo de informacion que este oficina tiene sobre yo.

_____ Relacion _____
_____ Relacion _____
_____ Relacion _____
_____ Relacion _____

Firma del paciente

Fecha

OPORTUNIDAD AL OBJETO

Yo, _____, no quiero que ningun tipo de informacion ser distribuido a nadie mas que yo con respecto a mi condicion de salud o de otra informacion sobre el paciente.

Firma del paciente

Fecha