

**WOMEN'S HEALTHCARE CENTER  
INFORMACION DEL PACIENTE**

FECHA: \_\_\_\_\_ REFERIDO POR: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE

I

APELLIDO

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

TELEFONO DE CASA: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CELULAR: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ESTADO MARITAL: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE SU ESPOSO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DE ESPOSO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL DE ESPOSO: \_\_\_\_\_

TRABAJO DE ESPOSO: \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FAVOR DE PONER A UN FAMILIAR O AMIGO QUE NO VIVA CON USTED QUE PUEAMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

SEGURO MEDICO PRIMORDIAL: \_\_\_\_\_

NO. DE POLIZA: \_\_\_\_\_ NO. DE GRUPO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**NOTIFICACION DE RESULTADOS:**

CUANDO LLEGUEN Y LOS HAYA REVISADO EL DOCTOR, COMO DESEA SER NOTIFICADA?

POR TELEFONO: # \_\_\_\_\_

PODEMOS DEJAR EL MENSAJE EN LA MAQUINA CONTESTADORA:	SI	NO
PODEMOS DEJAR EL MENSAJE CON UN FAMILIAR:	SI	NO
POR CORREO: (SOLO SI NO NOS PODEMOS COMUNICAR POR TELEFONO)	SI	NO

SI ALGUNOS DE SUS RESULTADOS REGRESAN ABNORMALES, NOSOTROS HAREMOS TODO LO POSIBLE DE COMUNICARNOS POR TELEFONO. POR FAVOR ASEGURESE QUE TENGAMOS TODOS LOS TELEFONOS NECESARIOS. SI NO PODEMOS COMUNICARNOS EN UN TIEMPO RAZONABLE LE ENVIAREMOS UNA CARTA NOTIFICANDOLE QUE SE COMUNIQUE A LA OFICINA. NO QUEREMOS QUE SUS RESULTADOS SEAN RETRASADOS, POR NO PODERNOS COMUNICAR CON USTED.

POR LA PRESENTE ASIGNO LOS BENEFICIOS DE MI SEGURO MEDICO A WOMEN'S HEALTHCARE CENTER CON EL DR. CHATTERJI Y EL DR. LAMOUTTE. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER CARGO MEDICO NO CUBIERTO. AUTORIZO EL UTILIZAR CUALQUIER INFORMACION NECESARIA PARA MI CUIDADO MEDICO. SI MI CUENTA ES PASADA A LA AGENCIA DE COLECCIÓN TENDRE LAS RESPONSABILIDADES DE GASTOS DE ABOGADO, CORTE Y NO PODRE CONTINUAR MI TRATAMIENTO EN WOMEN'S HEALTHCARE CENTER. **TODOS LOS CARGOS DEBEN SER PAGADOS AL MOMENTO DE SU CITA A MENOS QUE OTROS ARREGLOS HAYAN SIDO ESTABLECIDOS. ACEPTAMOS VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS, CHEQUES PERSONALES Y EFECTIVO.**

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

WOMEN'S HEALTHCARE CENTER  
HISTORIAL MEDICO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

ALERGICA ALGUN MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO QUE ESTA TOMANDO: \_\_\_\_\_

EDAD QUE EMPEZO SU MENSTRUACION: \_\_\_\_\_ ES REGULAR? SI NO CON DOLOR? SI NO

CADA CUANTOS DIAS? \_\_\_\_\_ CUANTOS DIAS FLUYE USUALMENTE? \_\_\_\_\_

FECHA DE SU ULTIMO PERIODO: \_\_\_\_\_ MENOPAUSIA? SI NO CUANDO? \_\_\_\_\_

TIENE PROBLEMAS CON SU PERIODO? \_\_\_\_\_

ESTA USANDO ANTICONCEPTIVOS? \_\_\_\_\_ QUE METODO? \_\_\_\_\_

HA TENIDO UNA HISTERECTOMIA? SI NO CUANDO? \_\_\_\_\_

CUANTOS EMBARAZOS INCLUYENDO ABORTOS? \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS? \_\_\_\_\_ NUMERO DE ABORTOS O MAL PARTOS \_\_\_\_\_

ALGUN PROBLEMA DURANTE SUS EMBARAZOS? \_\_\_\_\_

HA TENIDO CIRUGIAS? CUANDO? \_\_\_\_\_

PORFAVOR CIRCULE- PADACE DE- TIROIDES ALTA PRESION ASMA DIABETES  
PROBLEMAS CON EL CORAZON PROBLEMAS DE RINONES EPILEPSIA CANCER

ALGUN FAMILIAR PADECE O A PADECIDO DE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES:

HA SIDO VICTIMA DE VIOLENCIA DOMESTICA? SI NO CUANDO? \_\_\_\_\_

CONSUME ALCOHOL? SI NO CADA CUANDO? \_\_\_\_\_

FUMA? SI NO QUE CANTIDA POR DIA? \_\_\_\_\_

LA FECHA MAS RECIENTE DE VACUNAS O EXAMEN DE: FLU \_\_\_\_\_ MMR \_\_\_\_\_

TETANO \_\_\_\_\_ HEPATITIS \_\_\_\_\_ COLESTEROL \_\_\_\_\_ MAMOGRAMA \_\_\_\_\_

PAPANICOLAOU \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

