

Fecha: _____ Correo electrónico: _____

Nombre: _____
(Apellido, nombre, segundo nombre, nombre preferido, pronombres preferidos)

Dirección : _____
(Número, calle, apartamento, ciudad, estado y código postal)

Teléfono de casa: () _____ Celular: () _____ Trabajo: () _____

Contacto preferido: Teléfono de casa Teléfono celular Teléfono de trabajo
 Correo electrónico Portal

De Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Referido por: Google Facebook Instagram Revista Seguro Amigo Otro

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo
 Pareja doméstica

Origen étnico: No hispano o latino Hispano o latino

Raza: Blanco Negro o afroamericano Asiático Indio americano o nativo de Alaska
 Más de uno

Idioma: Inglés Español Otro: _____

Empleador: _____

Farmacia: _____

Radiología preferida: _____

Clinica De Cuidado Primario, Médico de Cabecera: _____

Contacto de emergencia: _____

Verifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.

Firma y Fecha: _____
Firma del paciente (los padres deben firmar si el paciente es menor de edad)



Consentimiento para llamar / enviar mensajes de texto / correo electrónico

Yo doy mi consentimiento para recibir llamadas mensajes de texto mensajes de texto y / o correos electrónicos marcados automáticamente y / o mensajes de voz de parte o en nombre de Durham Women's Clinic, una división de UWH of North Carolina, PLLC al número de teléfono registrado en mi cuenta, que incluye mi número de teléfono móvil (por ejemplo, recordatorios de citas, notificaciones de resultados de laboratorio, cierres por mal tiempo, etc.)

Reconocimiento y consentimiento del paciente

Recibí el Aviso de prácticas de privacidad de Durham Women's Clinic, una división de UWH of North Carolina. Este Aviso entró en efectivo el 1 de enero de 2019.

Firma Y Fecha: _____

Permito que las siguientes personas tengan acceso a mis registros, incluida la facturación, las citas y los registros / documentación médicos. Si no le da acceso a ninguna persona, deje la siguiente sección en blanco.

Nombre de la (s) persona (s) y parentesco con el paciente:

1. _____ 2. _____

Consentimiento del paciente para la prescripción electrónica. Me han informado y entiendo que los consultorios y consultorios médicos pueden usar un sistema de recetas electrónicas que permite que las recetas y la información relacionada se envíen electrónicamente entre mis proveedores y mi farmacia. Se me ha informado y entiendo que mis proveedores que utilizan el sistema de prescripción electrónica podrán ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluidos los recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento a mis proveedores para esta información médica protegida.

Firma Y Fecha: _____

Verifico que la información arriba es precisa y completa a mi leal saber y entender y es solo para uso en tratamiento, operaciones de atención médica y facturación y procesamiento de seguros para los beneficios a los que tengo derecho. No responsabilizaré a mi médico ni a ningún miembro de su personal por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario. Entiendo que soy responsable de todos los gastos médicos incurridos a través de la Clínica de Mujeres de Durham, una División de UWH de Carolina del Norte, para divulgar a las compañías de seguros de salud la información necesaria para procesar mi reclamo con la agencia de seguros de salud. Cualquier otra divulgación de información de mis registros requerirá una autorización específica de mi parte.

Firma Y Fecha _____



Fecha de hoy: _____ Nombre / pronombre preferido: _____

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

¿Está siendo referido a nuestra clínica? Sí No Proveedor remitente: _____

Alergias / reacciones a medicamentos:

Medicamentos, vitaminas, hierbas y suplementos

Enumere todos los medicamentos actuales (dosis y frecuencia):

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Uso de anticonceptivos _____

Vacunas / inmunizaciones y las fechas de administración conocidas:

Vacuna contra el tétanos / TDaP Sí Fecha: _____ No Incierto

HPV (Gardasil) Sí Fecha: _____, _____, _____ No Incierto

Hepatitis B Sí Fecha: _____, _____, _____ No Incierto

Varicela Sí Fecha: _____ No Incierto He tenido varicela

COVID-19 Sí Fecha: _____, _____ No

Historial médico pasado

Consulta las condiciones que te aplican personalmente:

- Alergias Anemia Asma Coágulo sanguíneo / TVP Enfermedad mamaria
 Diabetes Trastorno de la alimentación Problemas emocionales Endometriosis
 Fibromas en útero Fibromialgia Enfermedad cardíaca Presión arterial alta
 Colesterol alto Síndrome del intestino irritable Cálculos renales Migraña
 Osteoporosis PCOS Uso de drogas recreativas Reflujo UTI frecuente
 Problemas de tiroides Sangrado prolongado con trauma o cirugía
 Tipo de cáncer: _____

Historial de ginecológica (previa)

Fecha de su período más reciente: _____

¿Algún cambio en su ciclo menstrual?: _____

¿Cuántos días dura su ciclo menstrual?: _____ ¿Sangra entre sus períodos? _____

Fecha de su última prueba de Papanicolaou: _____ Normal Anormal

¿Historia de una prueba de Papanicolaou anormal? Sí No

Fecha de su última mamografía: _____ Normal Anormal

Fecha de su última densidad ósea: _____ Resultados: Normal Osteopenia

Osteoporosis

Fecha de su última colonoscopia: _____ Resultados: Normal Anormal

Historial de embarazos anteriores

Número total de embarazos _____ Término completo _____ Pretérmino _____

Hijos vivos: _____ Abortos espontáneos, ectópicos o abortos: _____

Niños adoptados: _____

1. Fecha de nacimiento _____ Sexo del niño _____ Peso del niño _____ Cesárea _____
Vaginal _____

2. Fecha de nacimiento _____ Sexo del niño _____ Peso del niño _____ Cesárea _____
Vaginal _____

3. Fecha de nacimiento _____ Sexo del niño _____ Peso del niño _____ Cesárea _____
Vaginal _____

4. Fecha de nacimiento _____ Sexo del niño _____ Peso del niño _____ Cesárea _____
Vaginal _____

Historia familiar Adoptado **Por favor, compruebe todo lo que corresponda**

	madre	padre	hermano	niños	mgm*	mgf*	pgm*	pgf*	Otro
hipertensión									
Diabetes									
colesterol									
enfermedad cardíaca									
Golpe									
cáncer de mama									
Cáncer de ovario									
Cáncer de colon									
osteoporosis									
enfermedad mental									
Abuso									
demencia									
Problemas de tiroides									
Trastorno de coagulación									
Trastorno genético									
Otro									

*mgm = abuela materna, mgf=abuelo materno, pgm= abuela paterna, pgf=abuelo paterno; otros se referirían a tías biológicamente relacionadas, tíos o primos



Historial social

¿Usa tabaco, vaporizador o cigarrillos electrónicos? Sí No

Si es así, ¿cuánto o con qué frecuencia? _____

¿Bebes bebidas alcohólicas como cerveza o vino? Sí No

Si es así, ¿cuántas bebidas por semana en promedio? _____

¿Usa drogas de forma recreativa? Sí No

Si es así, ¿cuánto o con qué frecuencia? _____

¿Usa marihuana en alguna capacidad? Sí No

Si es así, ¿cuánto o con qué frecuencia? _____

¿Consumes cafeína? Sí No

Si es así, ¿cuánto o con qué frecuencia? _____

¿Cuál es tu ocupación o eres estudiante? _____

¿Existe algún riesgo en el trabajo o en la escuela que le gustaría discutir? Sí No

¿Hacer ejercicio? Sí No

En caso afirmativo, con qué frecuencia y describa _____

¿Usa su cinturón de seguridad? Sí No A veces

Orientación sexual / Identidad de género: _____

¿Eres sexualmente activo actualmente? Sí No

En caso afirmativo, ¿tiene relaciones sexuales con: (Marque uno con un círculo)

Hombres Mujeres Ambos

¿Cuál es su estado civil? (Circule uno a continuación)

Soltero Casado Pareja domestica Separado Divorciado Viudo

¿Te sientes seguro en tu relación actual? Sí No

En caso negativo, explique _____

¿Usa algo para prevenir el embarazo? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué método (s) utiliza? _____

¿Alguna vez le han diagnosticado una infección de transmisión sexual? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo _____

¿Quiere hacerse un examen de detección de infecciones de transmisión sexual hoy? Sí No

¿Experimenta dolor u otros problemas con el sexo? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo _____

¿Alguna vez ha sido abusado, amenazado o herido emocional, física o sexualmente por alguien?

Sí No En caso afirmativo, explique _____

Historial de cirugía

Enumere todas las cirugías que haya tenido y la fecha aproximada:

Apendicectomía _____ Vesícula biliar _____ Ligadura de trompas _____

Cirugías de mama _____ Cesárea _____ D & C _____

Ablación endometrial _____ Histerectomía _____

Otra cirugía laparoscópica _____ ¿Se extirparon los ovarios? Sí No

Cirugías abdominales _____ Otras _____

¿Ha tenido una transfusión de sangre? Sí No, Si si, cuando? _____