



REGISTRO DEL PACIENTE

(Para uso de la clinica solamente)

Date _____ Account # _____ Chart # _____

QUIEN ES EL/LA PACIENTE? Por favor escriba

Apellido del Paciente _____ Primer Nombre _____ Inicial _____
Direccion _____ Ciudad/Estado _____ Zip _____
Telefono de Casa (_____) _____ Telefono del Trabajo (_____) _____
Seguro Social del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente _____
Raza: Hispano Otro _____
Estado civil del Paciente: Soltero Casado Divorciado Viudo Otro _____
Sexo: Masculino Femenino
IMPORTANTE: Alguien en la lista anterior ha venido a esta clinica antes? NO SI _____

EN CAUSO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relacion con el Paciente _____
El numero de telephone do emergencia debe ser DIDERENTE de los de arriba: (_____) _____

PERSONA RESPONSABLE

Nombre de la Persona Responsable _____ Relacion con el apciente _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social de Persona Responsable # _____
Lugar de Empleo _____ Telefono del Trabajo (_____) _____
Direccion de Trabajo _____ Ciudad/Estrado/Zip _____

INFORMACION DE SEGUROS

Numero de MEDICAID _____ Numero de MEDICARE _____
Nombre de Asegurado _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado _____
Numero de Telefono del Asegurado (_____) _____
Compania de Seguros _____ ID # _____ Grupo # _____
Fecha Efectivo _____ Fecha de Expiracion _____ Suma Deducible: \$ _____
Si tiene HOM Indequ Doctor/Grupo asignado _____
Trabajo de la persona asegurada _____ Direccion de Trabajo _____
Relacion con el paciente: MISMO ESPOSO/A HIJO/A OTHO _____



Consent for Treatment of an Adult

Name of patient: _____ Date of Birth ____/____/____

Name of person giving consent is different from patient:

(Print name) _____

Relationship to patient: Self Parent Guardian Other _____

I hereby and voluntarily consent to authorize the physicians, midlevel providers (Physician Assistant, Advance Practice Nurse) and dentists, if available, on MLK, Jr. Family Clinic staff at their service locations to provide health care services to me. The health care services may include routine physical and mental assessment, diagnostic and monitoring tests and procedures, examinations and medical and/or dental treatment, if available. The health care services may include, but are not limited to, routine laboratory work, such as blood, urine and other studies, x-rays and other imaging studies, heart tracing (EKG), administration of medications, as well as procedures and treatment prescribed by the medical and/or dental staff. The health care services also may include counseling services necessary to receive appropriate services including family planning services as defined by federal regulation.

I understand that I will be asked to sign a separate informed consent for each vaccine to be administered to me and will receive a Vaccine Information Statement (VIS) for each vaccine. I understand that there is a separate consent form that I may be asked to sign to be tested for infectious conditions.

I understand that there are no guarantees being made to me concerning the results of the treatment provided or the effectiveness of any birth control methods prescribed for me.

I have received the *Patient and Center Rights and Responsibilities* and the *Notice of Patients Privacy Rights* and understand my rights as stated in those documents.

I certify that I fully understand this consent for treatment, use of midlevel providers, release of personal health information and my rights concerning these issues.

I understand that this consent is valid and remains in effect as long as I am a patient of MLK, Jr. Family Clinic.

I have been given an opportunity to ask questions about the services to be provided by this Center and I believe that I have sufficient information to give this consent.

Signature of Patient/Agent

Witness

Print Name

Print Name

Date Time

Date Time

*Translated into _____/Read to person consenting by:

Signature

Print Name

Date Time

MLK, JR. FAMILY CLINIC FORMA DE EXAMEN MEDICO

Fecha: _____ / ____ / ____ Chart # _____

Nombre: _____ fecha de nacimiento: _____ / ____ / ____

INFORMACION MEDICA

Cirugias: _____

Problemas medicos en el pasado: _____

Medicos Alergias: _____

Ultimo mamograma: _____ / ____ / ____ Primer día de su última menstruacion: _____ / ____ / ____

VIDA SOCIAL:

Fumas: _____ Alcohol: _____ Drogas: _____ Cinturon: _____ Ejercicios: _____

PROBLEMAS MEDICOS HOY	MEDICINAS QUE TOMAS AHORITA

Historia Familiar	NO	SI	Relacion a usted (e.g., padre, madre, hermanos, tío's, etc.)
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alta Precion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemia Faso Forica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer de Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer de Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer de Ceno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer de Pulmon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de Riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de Hgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ataque de Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alto Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sobre Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
REPASO DE SISTEMA			REVIEWER NOTES
OIDO, NARIZ, GARGANTA	NO	SI	
1. Congestion Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Infeccion de Oido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Perdida del Oido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Problema de Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Dolor de Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GASTRO INTESTINAL	NO	SI	
6. Dolor de Estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Cambio en su Escremento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Sangrado Rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1. Tos	NO	SI
2. Asma	[]	[]
3. Presion Alta	[]	[]
4. Calentura Reumatica	[]	[]
5. Enfermedad de Corazon	[]	[]
6. Limitaciones de Actividad	[]	[]
GENITO-URINARY	NO	SI
7. Dificultad para orinar	[]	[]
8. Orinar frecuentemente	[]	[]
9. Infeccion de orine	[]	[]
10. Enfermedad de Rifioti	[]	[]
NEURO-MUSCULAR	NO	SI
1. Debilidad	[]	[]
2. Musculos dormidos	[]	[]
3. Dolor en los musculos	[]	[]
4. Epilepsia	NO	SI
5. Paralisis	[]	[]
6. Migraña	[]	[]
ESQUELETO	NO	SI
7. Dolor de brazo	[]	[]
8. Inchazon	[]	[]
9. Artritis	[]	[]
ENDOCRINO	NO	SI
0. Diabetes	[]	[]
1. Tiroides	[]	[]
2. Bajo o Alto de Peso (over 10 lbs.)	[]	[]
HEMATOLOGIA	NO	SI
3. Anemia faso forica	[]	[]
4. Anemia	[]	[]
5. Facil de sangrar	[]	[]
6. Coagulos de sangre	[]	[]
OTRO	NO	SI
7. Heridas serias o graves	[]	[]
8. Hospitalizacions	[]	[]
9. Cirujia	[]	[]
0. Problemas Mental /Emocional	[]	[]
1. Describe		
2. Necesitas la vacuna contra	[]	[]
3. Tetanos, TB, Rubcola F/U, Hepatitis	[]	[]
PREGUNTAS PARA MUJER	NO	SI
4. Menstruacion Irregular	[]	[]
5. Flujo Abnormal	[]	[]
6. Dolor Vaginal	[]	[]
7. Cancer	[]	[]
8. Enfermedad del Seno	[]	[]
9. Fecha de ultimo menstruacion		
0. Enfermedad Venerea	[]	[]
1. Fecha de Papanicolaio		
2. Pastillas de Control	[]	[]
3. Cuales /Nombre?		
4. Numero de Embarazos		
5. Numero de Abortos		

a Clínica Familiar MLK, Jr. requiere reportar a Las autoridades, que toda paciente sexualmente activa menor de 17 años se le preguntara la edad de su pareja. Por favor indique la edad de su pareja: _____

History Review Certification:

Yo certifico que he leído y revisado mi historia medica. Por el presente certifico que he leído y he puesto al día mi historial en medicina, ginecologia, y planificación familiar y es correcto de lo que yo sepa hasta el presente. He leído y entiendo que al tachar mis interpretacion de dichas historias que resultara en un afecto contrario y estoy de acuerdo en liberar la Clínica Martin Luther King Jr. de toda responsibilidad que resulta a mi salud por semejante falta de informacion o malinterpretacion.

Firma de Paciente

Fecha

Firma de Paciente menor (Si tienes menor de 17 años firma arriba y abajo)

Firma de Paciente Menor

Fecha

02/06/2006