

9927 MICKELBERRY ROAD NW STE 121
SILVERDALE, WA 98383
TELÉFONO (360) 613-1335

KITSAP GENERAL SURGERY, PLLC

FAX (360) 613-1329

G. GREGORY FLEISCHHAUER, M.D., F.A.C.S.
TY CHUN, M.D., F.A.C.S.
THOMAS WIXTED, M.D.
KRISTAN D. GUENTERBERG, M.D.

Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Residencial: _____

Teléfono particular: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: M F
Estado Civil: C S V

Raza: _____ Es Hispano o Latino: Sí No Idioma preferido: _____

Médico que deriva: _____ Médico Familiar _____

Farmacia preferida: _____ Ubicación: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Persona Responsable del cobro: _____

Dirección si es diferente a la anterior: _____

Cómo desea ser notificado para la gestión de cuidado de prevención: (es decir: Colonoscopia/Revisión de Mamografía)

Teléfono Carta Mensaje electrónico por Portal de Paciente (debe enviarnos su correo electrónico)

Ingresos primarios: _____ Ingresos secundarios: _____

Número de Grupo: _____ Número de grupo: _____

Número de Identificación: _____ Número de identificación: _____

Nombre del que Suscribe: _____ Nombre del que suscribe: _____

Fecha de nacimiento del que suscribe: Fecha de nacimiento del que suscribe: _____

Certifico que esta información proporcionada a Kitsap General Surgery es correcta y actual.

Firmado: _____ Fecha: _____

CONTINÚA EN LA PRÓXIMA PÁGINA

Política Financiera, Información de cesión y Divulgación de Información

Autorizo por la presente la divulgación de cualquier información adquirida en el curso del tratamiento necesaria para completar y presentar los reclamos médicos a mi compañía de seguros o a Medicare en mi nombre. Por la presente acepto la responsabilidad financiera por el costo de servicios prestados a mi nombre o para la persona cuya cuenta yo soy garante. Yo autorizo (cedo) todo seguro o beneficios de Medicare a pagarse directamente a **Kitsap General Surgery, PLLC** o a sus cesionarios. Soy responsable de todos los servicios no cubiertos, insumos, copagos o deducibles. Soy responsable de conocer el funcionamiento de mi plan cuando solicito servicios médicos en ese consultorio. Esta aceptación y cesión estará vigente para todos los servicios futuros por médicos de este consultorio.

Firma del paciente o representante o tutor del paciente

Fecha

Nombre impreso de la persona que firma anteriormente

Aceptación o acuse de recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad

Comprendo que como parte de mi atención de salud, **Kitsap General Surgery** origina y mantiene registros electrónicos y en papel que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para tratamiento o atención futura. Comprendo que esta información sirve como:

- Una base para la planificación de mi cuidado y tratamiento,
- Un medio de comunicación entre los diferentes profesionales de salud que contribuyen a mi atención,
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y la información quirúrgica a mi factura,
- Un medios por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se ofrecieron en realidad, y
- Una herramienta para las operaciones de atención de salud de rutina, como la evaluación de calidad.

Kitsap General Surgery tiene la responsabilidad de proteger la privacidad de su información de atención de salud y de proveer una Notificación de Prácticas de Privacidad que describa cómo debe usarse y divulgarse su información de atención de salud, cómo puede acceder a su información de salud y a quién debe contactar si tiene preguntas, inquietudes o reclamos. Podemos modificar esta Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Puede obtener una copia actual de la Notificación de Prácticas de Privacidad o consultar sus dudas en cualquier momento.

He tenido la oportunidad de recibir y revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad de **Kitsap General Surgery**.

Firma del paciente o representante o tutor del paciente

Fecha

Nombre impreso de la persona que firma anteriormente

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

He intentado obtener la firma del paciente en este formulario, pero no he podido por los motivos indicados a continuación:

Fecha _____

Iniciales del personal _____

Motivos:

Divulgación de Información de Salud

Indique las personas a quien desea nos comuniquemos en relación a su atención.

Nombre de la persona

Relación

Número de teléfono

Nombre de la persona

Relación

Número de teléfono

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

INDIQUE SU MOTIVO PRINCIPAL PARA CONSULTAR AL MÉDICO HOY:

HISTORIAL MÉDICO PREVIO

Cirugías Previas u Hospitalizaciones:

Enfermedades médicas crónicas:

MEDICAMENTOS ACTUALES: Ninguno

ALERGIAS: Sin alergias conocidas

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Está tomando actualmente medicamento para tratar la hipertensión arterial: NO SÍ

ANTECEDENTES SOCIALES

Fumar: Nunca

Fumador actual: Fumador de algún día Fumador de todos los días

Cigarrillos fumados por día: _____ Número de años: _____

Ex Fumador: Año que dejó de fumar: _____ Número de años que fumó: _____

Alcohol: ¿Cuán seguido tomó alcohol en el último año? Nunca Mensual o menos

De 2 a 4 veces al mes De 2 a 3 veces a la semana 4 o más veces por semana

¿Cuántas bebida consume en un día normal cuando está tomando? _____

¿Con cuánta frecuencia tomó 6 o más bebidas en una ocasión en el último año?

Nunca Menos a mensualmente Mensualmente Semanalmente Diariamente o casi diariamente

CONTINÚA EN LA PRÓXIMA PÁGINA

CONSTITUTIONAL

Cambio de peso	No	Sí
Pérdida de apetito	No	Sí
Fiebre	No	Sí
Debilidad	No	Sí
Problemas de sangrado	No	Sí
Fatiga	No	Sí

NEUROLOGÍA

Dolor de cabeza	No	Sí
Hormigueo/Entumec.	No	Sí
Convulsiones	No	Sí
Pérdida de Memoria	No	Sí
Mareos	No	Sí
Anormalidades de marcha	No	Sí

ENDOCRINOLOGÍA

Fatiga	No	Sí
Sudoración Excesiva	No	Sí
Sed Excesiva	No	Sí
Orina Excesiva	No	Sí
Intolerancia al Frío	No	Sí
Intolerancia al Calor	No	Sí

HEMATOLOGÍA

Sangrado fácil	No	Sí
Moretones	No	Sí
Glándulas hinchadas	No	Sí
Venas varicosas	No	Sí

ENT/RESPIRATORIO

Insuficiencia respiratoria	No	Sí
Tos	No	Sí
Sangrado de nariz	No	Sí
Pérdida de audición	No	Sí
Cambio en la voz	No	Sí
Dolor de garganta	No	Sí
Zumbido en oídos	No	Sí
Dolor de seno	No	Sí

CARDIOLOGÍA

Hinchazón de pierna	No	Sí
Dolor de pecho	No	Sí
Soplos	No	Sí
Palpitaciones	No	Sí
Mareos	No	Sí

GASTROENTEROLOGÍA

Náuseas	No	Sí
Acidez estomacal	No	Sí
Vómitos	No	Sí
Dificultad para tragar	No	Sí
Dolor abdominal	No	Sí
Diarrea	No	Sí
Constipación	No	Sí
Cambio en hábito de intest.	No	Sí
Sangre en heces	No	Sí
Estime el mes y el año de su última colonoscopia	_____	

MUSCULOESQUELETAL

Dolor de cuello	No	Sí
Dolor de espalda	No	Sí
Rigidez de articulaciones	No	Sí
Dolor de articulaciones	No	Sí
Hinchazón de articulaciones	No	Sí
Calambres de pierna	No	Sí

PSICOLÓGICO

Depresión	No	Sí
Tensión/Estrés	No	Sí
Dificultades para conciliar el sueño	No	Sí
Ideas de suicidio	No	Sí
ADHD	No	Sí
Trastorno para comer	No	Sí
Ansiedad	No	Sí

GÉNITOOURINARIO:**HOMBRES**

Dificultad para orinar	No	Sí
Orina aumentada	No	Sí
Hernia	No	Sí
Testículo no descendido	No	Sí
Enfermedad del riñón	No	Sí
Testículo duro	No	Sí
Hipospadias	No	Sí
Testículo retráctil	No	Sí

GÉNITOOURINARIO:**FEMENINO**

Períodos abundantes	No	Sí
Dificultad para orinar	No	Sí
Orina aumentada	No	Sí
Dolor de pelvis	No	Sí
Descarga Vaginal	No	Sí
Sofocos	No	Sí
Estime el mes y el año de su última mamografía	_____	

Antecedentes familiares:

<u>Desconocido</u>	<u>Diabético</u>	<u>Hipertensión arterial</u>	<u>Enfermedad cardíaca</u>	<u>Apoplejía</u>	<u>Cáncer</u>
Padre:	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Vivo o muerto					
Edad _____					
Madre:	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Vivo o muerto					
Edad _____					
Hermanos:	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Vivo o muerto					
Edad _____					
Niños:	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Vivo o muerto					
Edad _____					