



Nurick | SURGICAL INSTITUTE

HARVEY A. NURICK, M.D.
DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF SURGERY
GENERAL AND VASCULAR SURGERY

GUSTAVO LARA, M.D.
DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF SURGERY
GENERAL AND VASCULAR SURGERY

AARON LEE, D.O.
DIPLOMATE, AMERICAN OSTEOPATHIC
BOARD OF SURGERY
GENERAL AND HPS SURGERY

KEVIN NGUYEN, M.D.
DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF SURGERY
GENERAL AND VASCULAR SURGERY

ARAS EMDADI, D.O.
DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF SURGERY
BOARD CERTIFIED COLON AND RECTAL
SURGERY

Hola

Su cita esta programada con:

- Harvey Nurick, M.D. Gustavo Lara, M.D. Aaron Lee, D.O.
 Kevin Nguyen, M.D. Aras Emdadi, D.O.

Fecha: _____ Hora: _____

Bienvenido A Nuestra Oficina

Cuando usted venga a nuestra oficina para su cita, traiga por favor las formas incluidas junto con su tarjeta de aseguransa y forma de autorizacion. Por favor de traer una lista de medecinas que usted este tomando.

Necesita traer un disco/CD y reportes de cualquier tipo de examen que se le haiga practicado. Este disco/CD es necesario para que nuestros médicos puedan darle una examinación completa. (Sin el disco/CD de su radiografia tal vez sea necesario asignarle otra cita)

Es necesario que usted pague su copago antes de ver al medico, si tiene deductible sera colectado al final de la cita.

Debido al tipo de práctica y al tipo de pacientes que vemos en nuestra oficina, habra ocasiones en que el doctor puede ser detenido en cirugía o con algunas otras emergencias en el hospital. Pedimos que venga preparado con material para leer or algun otra actividad silencia mientras esperamos la llegada del cirujano a la oficina. Haremos lo posible para avisarle ante su llegada.

Si usted tiene preguntas, por favor dé llamar a la oficina.

Gracias

No se permiten niños menores de 16 anos en la oficina
ni en la sala de espera al menos que sean el paciente debido a la
salud de nuestros pacientes
Agradecemos su cooperación.



Nurick

**SURGICAL
INSTITUTE**

(For office use only)

New Patient

NP Hosp

Established Patient

Intials: _____

Informacion Sobre El Paciente

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL
Domicilio: _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____		
Telefono: Casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Mensaje: (____) _____		
Idioma Preferida: [] Ingles [] Espanol [] Otro _____		Correo Electronico: _____
Masculino/Femenino	Srta. Sra. Sr. Dr. Menor de Edad	SOLTERO CASADO SEPARADO DIVORCIADO VIUDO
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Seguro Social: ____/____/____		
Empleado: _____		Ocupacion: _____
Telefono: () _____ ext. _____		Numero de Licencia: _____

Informacion de Responsable

SI PACIENTE ES CASADO Nombre: _____ Seguro Social: ____/____/____

**O MENOR DE 21 ANOS
COMPLETE AQUI**

Empleado: _____ Telefono: () _____

Relacion al Paciente: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relacion: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

Quien lo refirio a nuestra oficina: _____

Quien es su doctor primario: _____ Telefono: _____

Informacion de Seguro

Nombre de Seguro 1: _____ Nombre de Seguro 2: _____

Identificacion: _____ # Identificacion: _____

Grupo: _____ # Grupo: _____

Copay: _____ Copay: _____

Nombre de Responsable: _____ Nombre de Responsable: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Responsabilidad Finaciera

1. Acepto la responsabilidad de todos los cargos incurridas en la evaluacion y cuidado medico del paciente nombrado.
2. Autorizo el pago de reclamos medicos directamente al medico que me rindio servicios.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

HISTORIA DE LA SALUD

Account #: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

ALERGIAS Y MEDICINA

Alergias a Medicamento

Reacion

Otro Tipo de Alergias

Reacion

Tiene alergia a latex? Si No

Medicina:

Esta tomando alguna de estas medicina?

Cuando fue su ultima dosis:

Aspirina No Si

_____ a que hora _____

Anticoagulantes No Si

_____ a que hora _____

Pildoras de dieta No Si

_____ a que hora _____

Suplementos Herbarios No Si

_____ a que hora _____

Nombre de Medicina

Dosis

Cuantas al dia

Ultima Dosis

Nombre de Medicina	Dosis	Cuantas al dia	Ultima Dosis

Porfavor lista todas la medicinas que toma incluyendo vitaminas, hierbas, y cualquiera que no es recetado por su doctor.

Nombre de Medicina

Dosis

Cuantas al dia

Ultima Dosis

Nombre de Medicina	Dosis	Cuantas al dia	Ultima Dosis

Riesgos de Salud

Fuma cigarillos No Si Cuantos por dia? _____ Por cuantos anos? _____

Si paro de fumar, cuando fue la ultima vez? _____

Toma alcohol? No Si Cuantos por dia? _____ Por cuantos anos? _____

Account #: _____

HISTORIA MEDICA

Nombre _____

Tiene alguno de los siguiente problemas	NO	SI	Explique
Embolios?			
Problemas mentales?			
Epilepsia? o otro tipo de ataques?			
Debilidad? Donde?			
Entumecimiento ahora? Donde?			
Otro Desorden Neurologico? Migranas?			
Problemas de la vista o para oir? Glaucoma?			
Problemas de los ojos, oidos, o garganta?			
Apnea del sueno?			
Problemas de los pulmones? Asma?Enfisema?			
Problemas para respirar?			
Problemas del corazon?Ataque de corazon? Dolor en el pecho?			
Alta presion?			
Problems con la circulacion?Hinchazon en los pies?			
Problemas de cuello,espalda,hombros,caderas, o rodillas?			
Alguna limitacion fisica?			
Enfermedad de la sangre?Anemia?Coagulos?Phlebitis?			
Problemas del estomago or digestion?Reflujo acido?			
Hepatitis? A B C			
Problemas con la tiroides?			
Problemas con el pancreas or las glandulas adrenales?			
Diabetes? Cuanto tiempo a tenido diabetes?			
Problemas de la orina? Dificultad de control or infecciones cronicas?			
Problemas de los rinones?Piedras de los rinones?			
Va al dialisis?			
Problemas de la piel?Herida,ulceras?			
Cancer ahora o en el pasado? Que tipo?			
Tiene algun dolor? Donde?			
Tiene marcapasos? Implantes? Coyunturas artificial?			
Enfermedad inmunologico?Lupus?Fibromyalgia?			
<i>Para Hombres:</i> Problemas de la prostata?			
<i>Para Mujeres:</i> Problemas ginecologicos?			
Esta embarazada?			
Algun otro problema no mencionado?			

Cirugia

Que tipo de cirugias

Fecha

Yo confirmo que toda la informacion esta correcta. Yo entiendo que informacion corecta es importante si requiero anestesia.

Firma del Paciente o Padre si es menor de eded

Relacion

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Reviewed by: _____

NOMBRE: _____

ACCT: _____

FARMACIA PREFERIDA

Cual farmacia usa? _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Telefono: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Consentimiento

Le doy mi consentimiento a esta clinica/ practicante para que use o que revele mi informacion privada de salud para cargarlo en mi tratamiento, para obtener pagos de la compania de aseguanza, y para el cuidado de salud en operaciones como revision de calidad.

He sido informado(a) que puedo revisar al Aviso de Privacidad de Practicantes (para una descripcion mas completa de los usos y revelaciones) antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que esta clinica/practicante tiene el derecho de cambiar sus practicas privadas y que puedo tener notificaciones revisadas en la clinica.

Entiendo que tengo el derecho de pedir una restriccion de como mi informacion protegida de salud esta siendo usada. Sin embargo, tambien entiendo que la clinica/ practicante esta acuerdo en la pedida de restriccion, ellos deben seguir la restriccion (es).

Tambien entiendo que puedo anular este consentimiento en cualquier momento, por medio de pedirlo por escrito, exepcto en la informacion que ya ha sido usada o revelada.

Entiendo que bajo ley federal, esta oficina médica no puede dar ninguna información médica al individuo, sin mi permiso escrito. La aplicación de ley y el orden judicial son dos excepciones a este requisito. Por lo tanto doy permiso a esta oficina de dar información médica sobre mi favor a las personas siguientes.

Nombre: _____ Relacion: _____ Tele: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Tele: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Tele: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente, Padre o guardian legal

Si firmado por un representante del paciente, escriba el parentesco con el
pacientes _____