Nurick | SURGICAL INSTITUTE

7111 Indiana Ave, Suite 100 • Riverside, California 92504
(951) 276-9012 • Fax (951) 276-9163

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 HPB 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 ESTÁ 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 aseguranza y forma de autorización. Por favor de traer una lista de medicinas que usted esté tomando.

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

Es necesario que usted pague su copago antes de ver al médico; si tiene deducible, será colectado al final de la cita.

Debido al tipo de práctica y al tipo de pacientes que vemos en nuestra oficina, habrá 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 o alguna otra actividad silenciosa mientras esperamos la llegada del cirujano a la oficina. Haremos lo posible para avisarle antes de su llegada.

Si usted tiene preguntas, por favor llame a la oficina.

Gracias.

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

Información sobre el Paciente

PACIENTE

FOR OFFICE USE ONLY ☐ New Patient ☐ NP Hosp ☐ Established Patient Initials: _____

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL

DOMICILIO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DE CASA	CELULAR	MENSAJE
( )	( )	( )

IDIOMA PREFERIDO	CORREO ELECTRÓNICO
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____	

SEXO	TÍTULO
☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Srta. ☐ Sra. ☐ Sr. ☐ Dr. ☐ Menor de edad

ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo	/ /	

SEGURO SOCIAL	EMPLEADOR	OCUPACIÓN
– –		

TELÉFONO DEL TRABAJO	EXT.	NÚMERO DE LICENCIA
( )		

INFORMACIÓN DE RESPONSABLE

Si el paciente es casado o menor de 21 años, complete aquí

NOMBRE	SEGURO SOCIAL
	– –

EMPLEADOR	TELÉFONO	RELACIÓN AL PACIENTE
	( )	

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE	RELACIÓN

DOMICILIO	TELÉFONO
	( )

REFERENCIA Y DOCTOR PRIMARIO

¿QUIÉN LO REFIRIÓ A NUESTRA OFICINA?	

¿QUIÉN ES SU DOCTOR PRIMARIO?	TELÉFONO
	( )

INFORMACIÓN DE SEGURO

NOMBRE DE SEGURO 1		NOMBRE DE SEGURO 2	
# IDENTIFICACIÓN	# GRUPO	# IDENTIFICACIÓN	# GRUPO
COPAGO	NOMBRE DE RESPONSABLE	COPAGO	NOMBRE DE RESPONSABLE
FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
/ /		/ /	

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

1. Acepto la responsabilidad de todos los cargos incurridos en la evaluación y cuidado médico del paciente nombrado.
2. Autorizo el pago de reclamos médicos directamente al médico que me rindió servicios.

FIRMA _____ FECHA _____

Historia de la Salud

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ACCOUNT # (for office use only)
	/ /	

ALERGIAS Y MEDICINA

ALERGIAS A MEDICAMENTO	REACCIÓN
OTRO TIPO DE ALERGIAS	**REACCIÓN**

¿Tiene alergia a látex? ☐ Sí ☐ No

MEDICINA ¿Está tomando alguna de estas medicinas?

MEDICINA	NO	SÍ	¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMA DOSIS?	¿A QUÉ HORA?
Aspirina	☐	☐		
Anticoagulantes	☐	☐		
Píldoras de dieta	☐	☐		
Suplementos herbarios	☐	☐		

	NOMBRE DE MEDICINA	DOSIS	CUÁNTAS AL DÍA	ÚLTIMA DOSIS
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Por favor liste **todas las medicinas** que toma, incluyendo vitaminas, hierbas, y cualquiera que **no es recetada por su doctor**:

	NOMBRE DE MEDICINA	DOSIS	CUÁNTAS AL DÍA	ÚLTIMA DOSIS
1				
2				
3				
4				

RIESGOS DE SALUD

¿Fuma cigarrillos? ☐ No ☐ Sí ¿Cuántos por día? _____ ¿Por cuántos años? _____

Si paró de fumar, ¿cuándo fue la última vez? _____

¿Toma alcohol? ☐ No ☐ Sí ¿Cuántos por día? _____ ¿Por cuántos años? _____

Continúa en la página siguiente →

Historia Médica

NOMBRE	ACCOUNT # (for office use only)

¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?	NO	SÍ	EXPLIQUE
¿Embolios?	☐	☐	
¿Problemas mentales?	☐	☐	
¿Epilepsia? ¿U otro tipo de ataques?	☐	☐	
¿Debilidad? ¿Dónde?	☐	☐	
¿Entumecimiento ahora? ¿Dónde?	☐	☐	
¿Otro desorden neurológico? ¿Migrañas?	☐	☐	
¿Problemas de la vista o para oír? ¿Glaucoma?	☐	☐	
¿Problemas de los ojos, oídos, o garganta?	☐	☐	
¿Apnea del sueño?	☐	☐	
¿Problemas de los pulmones? ¿Asma? ¿Enfisema?	☐	☐	
¿Problemas para respirar?	☐	☐	
¿Problemas del corazón? ¿Ataque de corazón? ¿Dolor en el pecho?	☐	☐	
¿Alta presión?	☐	☐	
¿Problemas con la circulación? ¿Hinchazón en los pies?	☐	☐	
¿Problemas de cuello, espalda, hombros, caderas, o rodillas?	☐	☐	
¿Alguna limitación física?	☐	☐	
¿Enfermedad de la sangre? ¿Anemia? ¿Coágulos? ¿Flebitis?	☐	☐	
¿Problemas del estómago o digestión? ¿Reflujo ácido?	☐	☐	
¿Hepatitis? A B C	☐	☐	
¿Problemas con la tiroides?	☐	☐	
¿Problemas con el páncreas o las glándulas adrenales?	☐	☐	
¿Diabetes? ¿Cuánto tiempo ha tenido diabetes?	☐	☐	
¿Problemas de la orina? ¿Dificultad de control o infecciones crónicas?	☐	☐	
¿Problemas de los riñones? ¿Piedras de los riñones?	☐	☐	
¿Va a diálisis?	☐	☐	
¿Problemas de la piel? ¿Herida, úlceras?	☐	☐	
¿Cáncer ahora o en el pasado? ¿Qué tipo?	☐	☐	
¿Tiene algún dolor? ¿Dónde?	☐	☐	
¿Tiene marcapasos? ¿Implantes? ¿Coyunturas artificiales?	☐	☐	
¿Enfermedad inmunológica? ¿Lupus? ¿Fibromialgia?	☐	☐	
Para hombres: ¿Problemas de la próstata?	☐	☐	
Para mujeres: ¿Problemas ginecológicos?	☐	☐	
¿Está embarazada?	☐	☐	
¿Algún otro problema no mencionado?	☐	☐	

	CIRUGÍA — ¿QUÉ TIPO DE CIRUGÍAS?	FECHA		CIRUGÍA	FECHA
1			4		
2			5		
3			6		

Yo confirmo que toda la información está correcta. Yo entiendo que información correcta es importante si requiero anestesia.

FIRMA DEL PACIENTE — o padre si es menor de edad _____ RELACIÓN _____ FECHA _____

FOR OFFICE USE ONLY ☐ Reviewed by: _____

Farmacia Preferida

NOMBRE	ACCT # (for office use only)

FARMACIA

¿CUÁL FARMACIA USA?
DOMICILIO
CIUDAD
TELÉFONO
( )

FIRMA _____ **FECHA** _____

Consentimiento

Le doy mi consentimiento a esta clínica/practicante para que use o que revele mi información privada de salud para cargarlo en mi tratamiento, para obtener pagos de la compañía de aseguranza, y para el cuidado de salud en operaciones como revisión de calidad.

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

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

Entiendo que tengo el derecho de pedir una restricción de cómo mi información protegida de salud está siendo usada. Sin embargo, también entiendo que la clínica/practicante está acuerdo en la pedida de restricción, ellos deben seguir la restricción(es).

También entiendo que puedo anular este consentimiento en cualquier momento, por medio de pedirlo por escrito, excepto en la información 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	RELACIÓN	TELÉFONO
		( )
NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO
		( )
NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO
		( )

FIRMA — paciente, padre o guardián legal

FECHA

SI FIRMADO POR UN REPRESENTANTE DEL PACIENTE, ESCRIBA EL PARENTESCO CON EL PACIENTE