



81719 Doctor Carreon Blvd., Suite A Indio, CA 92201  
• Phone: (760) 347-0707 • Fax: (760) 347-3378

43576 Washington St., Suite 100 La Quinta, CA 92253  
• Phone: (760) 360-4433 • Fax: (442) 300-2356

**Información De Paciente**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ M  F  C S V D

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Etnico \_\_\_\_\_ Lenguaje \_\_\_\_\_

Requiere un intérprete en su idioma: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Nombre de farmacia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_

**FIESTA RESPONSABLE**

Nombre del responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Seguro Primario ID Número: \_\_\_\_\_ Numero del grupo \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario ID Número: \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS:** Autorizo a mis beneficios de seguro a pagar el Doctor y reconozco que soy financieramente responsable por servicios que no son beneficios cubiertos. Autorizo a mi médico para liberar cualquier información pertinente requerir a efectos de facturación.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_



81719 Doctor Carreon Blvd., Suite A Indio, CA 92201

• Phone: (760) 347-0707 • Fax : ( 760) 347-3378

43576 Washington St., Suite 100 La Quinta, CA 92253

• Phone: (760) 360-4433 • Fax: (442) 300-2356

**Historia Médica:** Si una sección no se aplica a usted, por favor abordarlo con un N/A.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido, primer nombre, Inicial

Anote su queja principal(s): \_\_\_\_\_  
Describa su condición (es decir, Inicio, Causa, etc.)

\_\_\_\_\_

Anote la fecha y el tipo de procedimientos de diagnóstico (es decir, MRI= Resonancia Magnética, CT scans=tomografía computarizada escaneos, rayos X, etc.) que corresponden a la condición por la cual está siendo evaluado hoy.

**Historia médica & Revisión de sistemas, por favor circule lo que le aplique:**

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

Enfermedades transmisibles: Ninguna Hepatitis A-B-C VIH TB Otro \_\_\_\_\_

Neurológico: Dolor de Cabeza Ataque Cardíaco Epilepsia Aneurisma Otro \_\_\_\_\_

Cardiovascular: Dolor de Pecho Presión Alta Sanguínea Enfermedad del Corazón Otro \_\_\_\_\_

Respiratorio: Enfermedad Pulmonar Asma Dificultad para Respirar Otro \_\_\_\_\_

¿Fumador/a? NO YES ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos Paquetes por día? \_\_\_\_\_

Gastrointestinal/Abd. & Pelvis: Úlcera Hernia Histerectomía Otro \_\_\_\_\_

Músculo Esquelético: MSD Artritis Dolor de Espalda o Cuello Otro \_\_\_\_\_

Metabólico: Enfermedad del Hígado Enfermedad de Tiroides Trastorno Sanguíneo Cáncer  
Diabetes \_\_\_\_\_ MED \_\_\_\_\_ Insulina \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Genitourinario: Enfermedad del Riñón Dolor al orinar Urinario Frecuente Posible Embarazo  
Disfunción Sexual

Problemas de los ojos: Ceguera Cataratas Glaucoma Problemas de visión

O.N.G: Pérdida de Audición Sangrado de Nariz Mudo Problemas al ingerir Alimentos

Psicológico: Ansiedad Depresión Fatiga Nerviosismo Otro \_\_\_\_\_



81719 Doctor Carreon Blvd., Suite A Indio, CA 92201  
• Phone: (760) 347-0707 • Fax: (760) 347-3378

43576 Washington St., Suite 100 La Quinta, CA 92253  
• Phone: (760) 360-4433 • Fax: (442) 300-2356

Hospitalización/Cirugías previas (anote tipo de Cirugía y fecha)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Medicamentos que Actualmente está tomando

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Alergias

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Historia Social del paciente

1. Uso de alcohol \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_ Raramente \_\_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_\_ Diariamente \_\_\_\_\_
2. Uso de Drogas Tipo/frecuente \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_
3. Hábitos de sueño \_\_\_\_\_
4. Hábitos de ejercicio \_\_\_\_\_
5. Dieta \_\_\_\_\_
6. Quejas relacionadas sexualmente \_\_\_\_\_
7. Pasatiempos \_\_\_\_\_
8. Nivel de Stress: ninguno \_\_\_\_\_ Raramente \_\_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_\_ Dario \_\_\_\_\_

Historia Médica Familiar

	Edad	Enfermedades	Si fallecido, causa de muerte
--	------	--------------	-------------------------------

Padre			
Madre			
Hermanos/as			

Esposo/a			
Hijos/as			



81719 Doctor Carreon Blvd., Suite A Indio, CA 92201  
 • Phone: (760) 347-0707 • Fax: (760) 347-3378

43576 Washington St., Suite 100 La Quinta, CA 92253  
 • Phone: (760) 360-4433 • Fax: (442) 300-2356

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Coachella Valley Nephrology-CVN

Autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro a CVN por los servicios prestados a mí. Entiendo que es mi responsabilidad saber mis beneficios seguros y si están cubiertos los servicios que voy a recibir. Entiendo y acepto que seré responsable de cualquier pago o saldo CVN es incapaz de recoger de mi aseguradora por cualquier razón.

**MEDICARE/MEDICAID/SEGURO DE CHAMPUS BENEFICIOS:**

Certifico que la información dada por mí en la aplicación de pago en estos programas es correcta. Autorizo la liberación de cualquiera de mis archivos que estos programas pueden solicitar. Por la presente ordeno que pago de mis prestaciones autorizados hacer directamente CVN o los médicos en mi nombre.

**AUTORIZACIÓN A LA INFORMACIÓN PERSONAL NO PÚBLICA DE LIBERACIÓN:**

Certifico que he recibido y leído una copia de la CVN, grupo de política de privacidad de información de paciente. Por la presente autorizo CVN o el médico individualmente a cualquiera de mi médico o incidental información no pública personal que sea necesario para la evaluación médica, tratamiento, consulta o la tramitación de beneficios de seguro.

**AUTORIZACIÓN PARA CORREO, LLAMADA O CORREO ELECTRÓNICO:**

Certifico que entiendo los riesgos de la privacidad del correo, llamadas telefónicas y correo electrónico. Autorizo a mi médico por correo, llamadas o correo electrónico, con comunicaciones con respecto a mi salud, incluyendo, pero no limitado a las cosas tales como recordatorios de citas, arreglos de referencias y resultados de laboratorio o representante CVN. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a mí CVN ese efecto en la escritura.

**LABORATORIO /RAYOS X/ SERVICIO DE DIAGNOSTICOS**

Yo entiendo que podría recibir una cuenta separada, si mi salud medica requiere de exámenes lo que incluye Laboratorios, Rayos X y otros servicios médicos. Yo entiendo que financieramente soy responsable de cualquier servicio que no sea cubierto y no sea reembolsado por mi aseguranza por cualquier motivo.

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO:**

Yo autorizo conscientemente la evaluación, prueba y tratamiento dirigido por CVN o lo que se designado del médico.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de Representante (Imprimir Firma) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



81719 Doctor Carreon Blvd., Suite A Indio, CA 92201

• Phone: (760) 347-0707 • Fax: (760) 347-3378

43576 Washington St., Suite 100 La Quinta, CA 92253

• Phone: (760) 360-4433 • Fax: (442) 300-2356

**PERMISO PARA DISCUTIR  
INFORMACION DE SALUD  
PROTEGIDA CON OTROS**

Autorizo a Coachella Valley Nephrology para hablar a las siguientes personas acerca de mi salud y revelar mi información médica incluyendo facturación y seguros. Entiendo que esta autorización no incluye información sobre VIH, psiquiátricos, drogas o alcohol los registros, que debe ser autorizado en un comunicado separado.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

Esposo/a: \_\_\_\_\_

Hijos:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Guardian: \_\_\_\_\_

Cuidador/a: \_\_\_\_\_

Hermana: \_\_\_\_\_

Hermano: \_\_\_\_\_

Amigo/a: \_\_\_\_\_

Contaco de Emergencia: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Usted puede discutir mi (por favor marque todo lo que aplique)

- Notas de visita
- Resultados de laboratorio
- Rayos X
- Informes
- Todos los servicios y tratamientos prestados

**Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.**

Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente

**(Por favor imprime)** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_