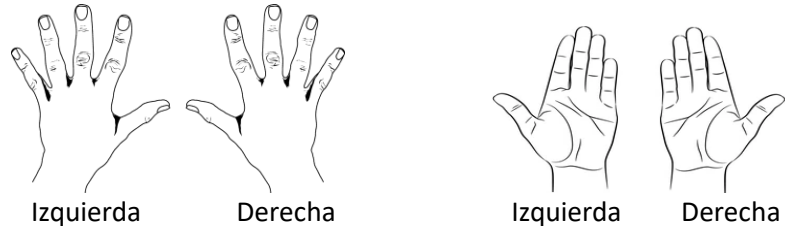


(Usa las manos de abajo para rodear el area donde tiene el problema)



MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre	Dosis	Frecuencia

HISTORIAL MÉDICO PASADO: (Marque todo lo que corresponda)

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Osteoartritis <input type="radio"/> Osteoporosis <input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Enfermedad de la arteria Coronaria <input type="radio"/> Ataque cardíaco o Stent <input type="radio"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva/ Asma <input type="radio"/> Accidente cerebrovascular <input type="radio"/> Apnea del sueño <input type="radio"/> Artritis reumatoide <input type="radio"/> Otro trastorno autoimmune <input type="radio"/> Estenosis espinal / radiculopatía 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Enfermedad del riñon <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Desorden sangrante <input type="radio"/> Colesterol alto <input type="radio"/> Gastritis <input type="radio"/> Obesidad <input type="radio"/> Depresión/ Ansiedad <input type="radio"/> Bipolar/Esquizofrenia <input type="radio"/> Enfermedad vascular <input type="radio"/> Enfermedad de tiroides <input type="radio"/> Cáncer (especificar) _____ <input type="radio"/> Diabetes
--	--



HISTORIA DE CIRUGIA:

FECHA	PROCEDIMIENTO	COMPLICACION?	Anestesia?

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Enfermedad de la arteria Coronaria <input type="radio"/> Ataque cardíaco o Stent <input type="radio"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva/ Asma <input type="radio"/> Accidente cerebrovascular 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Demencia <input type="radio"/> Osteoartritis <input type="radio"/> Artritis Reumatoide <input type="radio"/> Otro Trastorno Autoinmune <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Cáncer (especificar) _____
---	---

HISTORIA SOCIAL:

Ocupación: _____ Condiciones de vida (círculo): Solo / Cónyuge / Familia

Fumar / Tabaco: No / Sí: Cajas / día _____ Cuántos años _____ Dejar (año) _____

Marihuana: No / Sí: Medicinal / Recreativa Ocasional / Semanal / Diaria / Dejar

Alcohol: No / Sí: Ocasional / Semanal / Diario / Dejar de fumar

ALERGIAS

Medicamentos: No ____ Sí ____ en caso afirmativo, explique: _____

Alergias no relacionadas con medicamentos: Sí ____ No ____

Si la respuesta es sí explique: _____



Revisión De Los Sistemas (marque lo que corresponda)

General / Constitucional:

Fiebre, sudores, escalofríos, fatiga, otros: _____

Cabeza / Ojos / Oídos / Nariz / Garganta:

Visión borrosa o doble, pérdida auditiva, secreción nasal, dolor de garganta, alergias

Piel:

Erupción, eczema, psoriasis, cáncer, herida no cicatrizante, otros: _____

Musculoesquelético:

Artritis, debilidad, calambres, dolor de espalda (superior / inferior), uso de bastón o andador, otros:

Respiratorio:

Asma, dificultad para respirar, tos, apnea del sueño, otros: _____

Linfáticos:

Ganglios inflamados o sensibles, linfoma, linfedema, otros: _____

Endocrino:

Cambios de peso, problemas de tiroides, otros: _____

Cardio-Vascular:

Dolor de pecho, arritmia, coágulo de sangre, hinchazón en las extremidades, dolor al caminar, marcapasos, desfibrilador, stents, otros: _____

Neurológico:

Dolor de cabeza, convulsiones, accidente cerebrovascular, entumecimiento, hormigueo, temblores, debilidad, pérdida de memoria, fibromialgia, dolor crónico, otros: _____

Psicológico:

Ansiedad, depresión, ideación suicida, alucinaciones, otros: _____

Hematológico:

Trastorno hemorrágico, hematomas, coágulos, antecedentes de embolia pulmonar, otros _____



ACUERDO FINANCIERO

El abajo firmante se compromete, si él/ella firma como tutor, agente o como paciente que en consideración a los servicios prestados al paciente, él/ella individualmente obliga personalmente a pagar la cuenta o "su parte" de los cargos del medico en el momento de los servicios. Se cobrarán intereses comenzando 45 días después de la fecha de la notificación hasta que el pagado y devengarán a una tasa del 12% anual. En caso de que la cuenta se refiere a un abogado o una colección, el suscrito deberá pagar los honorarios del abogado razonables y gastos de recaudación. Su firma indica que usted entiende y acepta esta política. Además, su firma autoriza el pago de beneficios médicos al médico cuando se presente una reclamación asignado. Finalmente su firma autoriza South Florida Surgery and Hand care para enviar una solicitud de pago al que suscribe para servicios negados o no cubiertos por el seguro proporcionado. Para su comodidad aceptamos Visa, MasterCard, American Express, Discover, efectivo y cheques a nombre de Aventura Hand Center.

Imprimir El Nombre Del Paciente

Firma

Fecha

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Cuando programa una cita con Aventura Hand Center, reservamos suficiente tiempo para brindarle con atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina tan pronto como sea posible antes de su cita programada para respetar el tiempo de otros pacientes y proveedores. Cualquier paciente establecido que no se presente o cancele/re programe una cita y no se haya comunicado con nuestra oficina dentro de las 24 horas, se considerará como No Show y se le cobrará una tarifa de \$ 30.00. Si el paciente no se presenta para tres (3) citas separadas, Aventura Hand Center se reserva el derecho de despedir el paciente de la práctica

Imprimir El Nombre Del Paciente

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo , _____ , autorizo a Aventura Hand Center para evaluar y tratar según sea médicamente necesario . Esto puede incluir inyecciones, fundición, férulas, así como de menor importancia en el procedimiento de la oficina en que pueda requerirse anestesia local.

Entiendo todos los riesgos y beneficios , ya que han sido claramente explicados. También a todas mis preguntas y preocupaciones han sido contestadas y estoy seguro de mi comprensión de todos los riesgos y beneficios

Imprimir El Nombre Del Paciente

Firma

Fecha

Dr. Alexander Krawiecki, M.D

Tami Bettinger, PA-C

Kareen Jones, Nurse Practitioner



AUTORIZACIÓN PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD (Ejemplo: Registros Médicos y Notas o para tratamientos anteriores)

Nombre completo del paciente : _____ Fecha de Nacimiento : _____

Nombre anterior: _____

Solicito y autorizo: _____

Para liberar la información de salud del paciente antes mencionado a:

**Aventura Hand Center
Dr. Alexander Krawiecki
20895 East Dixie Hwy
Aventura, FL 33180**

Esta solicitud y autorización se aplica a:

La información sanitaria relacionada con las siguientes condiciones de tratamiento, o fechas:

Toda la información sanitaria:

Otro:

SI No

Autorizo la divulgación de mis registros médicos para ser lanzado Aventura Hand Center, Dr. Alexander Krawiecki

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____