



3610 Atlantic Ave.  
Long Beach, CA 90807  
P: (562) 492-9288  
F: (562) 595-9346  
MalekMedicine.com

(Por favor llene las páginas 1-8)

Nombre completo: \_\_\_\_\_ La fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Feminino/Masculino

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ número de Celular: \_\_\_\_\_

Seguro social#: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
(Para fines de facturación)

Estado civil (círculo uno): soltero/casado/viuda/divorciado/socio doméstico

origen étnico: indio americano o nativo de Alaska/asiático/negro de  
afroamericano/blanco/Nativo hawaiano/rechazar/ Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una directiva anticipada \_NO  
¿Desea información sobre una directiva anticipada? NO \_\_\_\_\_

Primaria Idioma: \_\_\_\_\_ Se requieren los servicios de intérprete? \_\_\_\_\_

Médico remitente: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ / Ciudad: \_\_\_\_\_ /teléfono#: \_\_\_\_\_

Calles cruzadas: \_\_\_\_\_

Seguro primario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ : Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguridad social #: \_\_\_\_\_



3610 Atlantic Ave.  
 Long Beach, CA 90807  
 P: (562) 492-9288  
 F: (562) 595-9346  
 MalekMedicine.com

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Menores de 18 años, nombre (s) de los padres: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: cónyuge/pareja doméstica/niño/otro

Por la presente doy mi permiso a la oficina del Dr. Irene Malek para administrar el tratamiento y para realizar los procedimientos que se consideren necesarios debido a mi diagnóstico y/o condición. Por la presente autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a la oficina de la Dra. Irene Malek y la divulgación de cualquier información requerida por terceros pagadores en reclamo procesamiento, y entender que soy responsable financieramente de cualquier saldo restante.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Solicitud de limitaciones y restricciones de la información sanitaria protegida**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si tiene restricciones que le gustaría que nuestra oficina para ir, por favor detalle debajo de las restricciones, es decir, "no se permiten mensajes telefónicos detallados."

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Si tiene **NO** restricciones solicitadas, por favor simplemente marque sin restricciones y también firmar la parte inferior del formulario.

No hay restricciones

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o tutor legal fecha

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



3610 Atlantic Ave.  
 Long Beach, CA 90807  
 P: (562) 492-9288  
 F: (562) 595-9346  
 MalekMedicine.com

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Cuestionario de salud**

Sus respuestas en este formulario le ayudarán a su proveedor de atención médica a entender mejor sus inquietudes y condiciones médicas. Si te sientes incómodo con cualquier pregunta, no contestes. Si no puede recordar detalles específicos, por favor aproxime. Añade las notas que creas que son importantes. **TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN EL CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SE MANTENDRÁN CONFIDENCIALES.**

**Alergias:** Enumere cualquier cosa a la que sea alérgico (medicamentos, alimentos, picaduras de abejas, Etc...) y cómo cada uno le afecta.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Por favor enumere todos los medicamentos que está tomando. Incluye medicamentos recetados y medicamentos de venta libre:

Nombre de la droga: \_\_\_\_\_ la fuerza y la frecuencia tomada: \_\_\_\_\_

Nombre de la droga: \_\_\_\_\_ la fuerza y la frecuencia tomada: \_\_\_\_\_

Nombre de la droga: \_\_\_\_\_ la fuerza y la frecuencia tomada: \_\_\_\_\_

Nombre de la droga: \_\_\_\_\_ la fuerza y la frecuencia tomada: \_\_\_\_\_

La pareja sexual actual es: mujer: \_\_\_ hombre: \_\_\_ ambos: \_\_\_

¿Usas condones? sí \_\_\_ no \_\_\_ otro método anticonceptivo utilizado: \_\_\_\_\_

Interesado en ser examinado para las ETS: sí \_\_\_ no \_\_\_

**(Solo mujeres) Historia obstétrica y ginecológica:**

Último Papanicolaou \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ resultado: \_\_\_\_\_

Último mamograma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ resultado: \_\_\_\_\_

Edad del primer período menstrual: \_\_\_\_\_ el número de embarazos: \_\_\_\_\_

Número de las secciones de cesárea: \_\_\_\_\_ el número de nacimientos: \_\_\_\_\_ Número de abortos: \_\_\_\_\_



3610 Atlantic Ave.  
 Long Beach, CA 90807  
 P: (562) 492-9288  
 F: (562) 595-9346  
 MalekMedicine.com

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Historial de inmunización:**

Por favor enumere las inmunizaciones y la fecha más reciente:

Varicela: \_\_\_\_\_ \ ' vacuna contra la gripe: \_\_\_\_\_

Gardasil/VPH: \_\_\_\_\_ \ ' hepatitis A: \_\_\_\_\_

Hepatitis B: \_\_\_\_\_ ' ' meningococos: \_\_\_\_\_

MMR: \_\_\_\_\_ ' pulmonía: \_\_\_\_\_

Tdap: \_\_\_\_\_ ' tétanos: no. Zostavax (culebrilla):

**Pasado historial médico:** (Chequé de arrendamiento junto a todos los que apliquen)

Ansiedad Disorder \_\_\_ Arthritis \_\_\_ asma \_\_\_ hemorragia Disorder \_\_\_ coágulos de sangre \_\_\_  
 El cáncer de la enfermedad no \_\_\_\_\_  
 Claustrofóbico-diabetes \_\_\_ insulina \_\_\_ No insulina \_\_\_ Diálisis \_\_\_  
 Diverticulitis \_\_\_ fibromialgia \_\_\_ gota \_\_\_ marcapasos \_\_\_ ataque de corazón \_\_\_  
 Soplo del corazón \_\_\_ hernia o acido estomacal \_\_\_ HIV o el SIDA \_\_\_  
 Colesterol alto \_\_\_ tiroides \_\_\_ la enfermedad de los riñones \_\_\_ cálculos renales \_\_\_  
 Úlceras en las piernas/pies \_\_\_ enfermedad del hígado \_\_\_ osteoporosis \_\_\_ polio \_\_\_ embolia  
 pulmonar \_\_\_ reflujo o úlceras \_\_\_ embolia \_\_\_ tuberculosis \_\_\_

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

**Historia quirúrgica pasada:**

Cirugía \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_ el año \_\_\_\_\_

Cirugía \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_ el año \_\_\_\_\_

Cirugía \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_ el año \_\_\_\_\_



3610 Atlantic Ave.  
Long Beach, CA 90807  
P: (562) 492-9288  
F: (562) 595-9346  
MalekMedicine.com

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Historia de salud familiar:** (por favor enumere al lado de la enfermedad Qué miembro de la familia y edad)

Alcoholismo: \_\_\_\_\_ cardiopatía: \_\_\_\_\_  
Artritis: \_\_\_\_\_ la hipertensión: \_\_\_\_\_  
Depresión: \_\_\_\_\_ osteoporosis: \_\_\_\_\_  
Cáncer: \_\_\_\_\_ embolia: \_\_\_\_\_  
Diabetes: \_\_\_\_\_ suicidio: \_\_\_\_\_  
Enfermedades genéticas: \_\_\_\_\_

**Historia social:**

Tabaco: ¿utilizas tabaco? ¿Sí, si no se ha hecho el tabaco "sí" \_\_\_ no \_\_\_  
En caso afirmativo:

¿Cuántos cigarrillos/paquetes por día: \_\_\_ mastique: \_\_\_  
numero de años que se usa: \_\_\_ año que paro de fumar \_\_\_\_\_

Beba alcohol: sí: \_\_\_ no: \_\_\_  
Y si cuanto:

¿Con qué frecuencia: en ocasiones: \_\_\_ menos de 3/semana: \_\_\_ más de 3/semana: \_\_\_\_\_

Drogas: ¿utilizas drogas recreativas o callejeras: sí \_\_\_ no \_\_\_  
Sí por favor explique:



3610 Atlantic Ave.  
Long Beach, CA 90807  
P: (562) 492-9288  
F: (562) 595-9346  
MalekMedicine.com

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si tiene **FORMAS** debes dejar que la recepción lo sepa. Por favor, pague por el procesamiento de sus formularios en el momento de la entrega. Le pedimos amablemente unos cinco negocios tiempo de respuesta del día. Por favor, consulte nuestra tabla de tarifas a continuación.

- DMV: \$50
- FMLA: \$50
- Incapacidad estatal: \$50,00  
-Extensiones: \$10
- Físicos deportivos y otros formularios escolares-\$15,00
  - Papeleo físico: \$15
- Papeleo de deber de jurado: \$10
  - Clóset hándicap: \$15
- Expedientes médicos-\$45,00

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
La firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



3610 Atlantic Ave.  
Long Beach, CA 90807  
P: (562) 492-9288  
F: (562) 595-9346  
MalekMedicine.com

### **Política de citas**

No hay espectáculos y cancelaciones con menos de dos (2) días de la semana de aviso son un problema significativo para nuestra pequeña práctica. Muchas prácticas sobrelibro a propósito para que los no-shows y cancelaciones no limitan el acceso para otros pacientes, así como causar una dificultad financiera para la práctica.

Cuando se trata de no-asistir citas y cancelaciones, tenemos tres opciones:

- 1. Una política estricta o**
- 2. Overbooking (lo que lleva a largos tiempos de espera en nuestra oficina) o**
- 3. La carga de no-asistir citas**

Como resultado, comenzaremos a imponer una tarifa de cancelación de \$50 si no cancelas una cita dentro de las 48 horas de la cita o el jueves para una cita el lunes siguiente.

---

Nombre del paciente

---

La firma del paciente

---

Fecha



3610 Atlantic Ave.  
Long Beach, CA 90807  
P: (562) 492-9288  
F: (562) 595-9346  
MalekMedicine.com

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona o entidades en posesión de información de salud)

\_\_\_\_\_  
(Dirección de la persona o entidades en posesión de información de salud)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Número de fax

Yo \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Nombre del beneficiario/representante legalmente autorizado)

Por la presente consiente y le autoriza a liberar toda mi información médica a la oficina de

3610 Atlantic Ave.  
Long Beach, CA 90807  
P: (562) 492-9288  
F: (562) 595-9346  
MalekMedicine.com

Entiendo que esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto a la intención de que la persona o entidad que tiene que hacer la divulgación ya haya tomado medidas depender de ello.

También entiendo y acepto que esta autorización terminará sólo después de la ejecución de mi declaración escrita indicando mi intención de revocar esta autorización y sin dicha revocación por escrito esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto y no expirará de otro modo.

La firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Es la política de esta práctica médica que adoptaremos, mantendremos y cumpliremos con nuestro aviso de prácticas de privacidad, que será consistente con la ley de HIPPA y California.