



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 corazon ___
 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.