

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

TERRELL OB-GYN CLINIC
Marie Hollis, M.D.
Kim Parks, CNM - Heather Banker, CNM - Aliza Chkaiban, CNM
109 Tejas Dr. Suite 100
Terrell TX 75160
Phone: 972-563-3334 Fax: 972-563-3339

Rason de Visita:

Que es la razón de visita oh preocupación?

Medicamento tomando incluso vitaminas y cualquier otro medicamento

<u>NOMBRE:</u>	<u>DOSIS:</u>	<u>CAMO ES TOMADA:</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tiene alguna Alergia? Si No

Si, nombre todas sus alergias si no tiene sulis rente espasio escriba.

<u>NOMBRE:</u>	<u>REACION:</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL MEDICO:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación | <input type="checkbox"/> Atto colesteroll | <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cancer de colen | <input type="checkbox"/> Trastorno del higado | <input type="checkbox"/> Ulcera del estomago |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Trastorno renal | <input type="checkbox"/> Abuso de substansia |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Trastorno articular | <input type="checkbox"/> Trastorno de la piel |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno Alimenticio | <input type="checkbox"/> Trastorno pulmonar | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Problema de oídos | <input type="checkbox"/> Sarampion | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Autoinmunes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Migranas | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmision sexual |
| <input type="checkbox"/> Problema de espalda | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |
| <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Neumonia | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Polio | |
| <input type="checkbox"/> Transfusion de sangre | <input type="checkbox"/> Defectos cardiacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad Psiquiátrica | |
| <input type="checkbox"/> Cancer de mama | <input type="checkbox"/> Hepatitis A,B,C | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | |
| | <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | |

HISTORIAL MEDICO DE FAMILIA:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación | <input type="checkbox"/> Atto colesteroll | <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cancer de colen | <input type="checkbox"/> Trastorno del higado | <input type="checkbox"/> Ulcera del estomago |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Trastorno renal | <input type="checkbox"/> Abuso de substansia |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Trastorno articular | <input type="checkbox"/> Trastorno de la piel |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno Alimenticio | <input type="checkbox"/> Trastorno pulmonar | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Problema de oídos | <input type="checkbox"/> Sarampion | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Autoinmunes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Migranas | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmision sexual |
| <input type="checkbox"/> Problema de espalda | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |
| <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Neumonia | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Polio | |
| <input type="checkbox"/> Transfusion de sangre | <input type="checkbox"/> Defectos cardiacos | <input type="checkbox"/> Enfermedad Psiquiátrica | |
| <input type="checkbox"/> Cancer de mama | <input type="checkbox"/> Hepatitis A,B,C | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | |
| | <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | |

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CIRUGIA HISTORIAL:

Cirugia: _____ Dia: _____ Adonde: _____

Cirugia: _____ Dia: _____ Adonde: _____

Cirugia: _____ Dia: _____ Adonde: _____

Cirugia: _____ Dia: _____ Adonde: _____

Para más espacio escriba atrás de la hoja.

ESTIOLLO DE VIDA:

Esta sexualmente activa Si No

Cuántas parejas? _____ Último Año? _____ Total de parejas en su vida? _____

Si no está activa en relaciones, ha estado en el pasado? Si No

Pareja de relacion Hombre Mujer Ambos

Gustaría ser checkada para enfermedades de transmisión sexual? Si No

En casa a sido lastimada verbal oh físicamente? Si No

Usted foma? Si No Cuántas cajetillas al dia? _____

Ah fumado alguna vez? Si No Dia que dejo de fumar? _____

Consume drogas? Si No

Consume drogas qué tipo y frecuencia? _____

Cuánto alcohol tomas por semana? _____

Cuánta cafeína tomas por día? _____

Cuántas veces por semana hacer ejercicio? _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL MENSTRUAL:

Edad de primer periodo? _____ Primer día de su último período? _____

Frecuencia de menstruación? _____ Duración de menstruación? _____

Edad de menopausia? _____ Su menstruación es regular? Si No

MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

Último papanicolaou? _____ Último mamograma? _____

Último colonoscopia? _____ Último densidad ósea? _____

Último examen general? _____ Vacunas al día? Si No

ULTIMO OBGYN:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangrad vaginal anormal | <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal | <input type="checkbox"/> Sangrado entre periodos |
| <input type="checkbox"/> Bulte Imasa mamaria | <input type="checkbox"/> Cancer de mama | <input type="checkbox"/> Cirugia de busto |
| <input type="checkbox"/> Cancer cervical | <input type="checkbox"/> Displasia cervical | <input type="checkbox"/> clamidia |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Criocirugia | <input type="checkbox"/> Exposicion a DER |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia la fecal / plana | <input type="checkbox"/> Fibromas | <input type="checkbox"/> Verrugas genitales |
| <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Sofocas | <input type="checkbox"/> Papiloma humano |
| <input type="checkbox"/> Esterilidad | <input type="checkbox"/> Períodos irregulares | <input type="checkbox"/> Dolor menstrual |
| <input type="checkbox"/> Secrecion del pezon | <input type="checkbox"/> Quiste de ovario | <input type="checkbox"/> Cancer de ovario |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria pélvica | <input type="checkbox"/> Enfermedad del cáncer uterino | <input type="checkbox"/> Hiperplasia uterina |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> Infección en las vías urinarias | <input type="checkbox"/> Inflamación vaginal |

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL DE EMBARAZO:

Está usted Embarazada? Si No

Número de embarazos? _____ Embarazos a termino _____

Embarazo pretermino? _____ Abortos espontaneos _____

Abortos? _____

FECHA: #SEMANAS VAG/CESARIA NINO/A PESO VIVE COMPLICACIONES

Está intentando quedar embarazada? Si No

Tipo de anticonceptivo?

- Nada Abstinencia Codones
- Dispositivo Intrauterino Implante Anillo vaginal
- Parche anticonceptivo Espermicida Retirada
- Planificación familiar natural Capuchón cervical
- Pastillas _____
- Otro tipo _____

Marie Hollis, M.D.
Heather Banker, CNM, Kimberly Parks, CNM, and Aliza Chkaiban, CNM

Autorizo y dirijo _____ para examinarme y realizar esos procedimientos necesarios atención prenatal y/o de planificación familiar atención médica de la mujer atención medica general. Procedimientos que pueden ser realizado incluye, que limita a:

- Historial médico y examen físico, incluyendo la pelvis y examen de los senos.
- Extracción de sangre a la pantalla sífilis, anemia, rubéola, diabetes, hepatitis y SIDA/VIH, y otro trabajo de sangre decidida a ser necesaria.
- Análisis de orina, pruebas de embarazo en orina, cultura urina, pantallas de drogas, cultivo de gonorrea/clamidia y prueba de papanicolaou.
- Otro ultrasonido de laboratorio apropiado.
- Vacunas necesarias.

La naturaleza de los procedimientos me ha sido explicado y sin garantía o garantía fue hecho para mi en cuanto al resultado.

Entiendo que los proveedores médicos de la OB-GYN clínica quien me examinara incluir médicos, enfermeras parteras certificadas, enfermeras practicantes avanzadas y asistentes médicas.

Enfermeras practicantes avanzadas profesionales enfermera educada para proveer la gama completa de atención primaria en la comunidad y ajustes del hospital. Ellas son certificada por el asociación Americana de enfermeras o por enfermería organizaciones especializadas. Ellas tienen licencias desde el estado como registrada destrezas profesionales enfermeras practicantes. Asistentes médicas son miembros expertos del equipo de salud team quien es educada trabajar independientemente con las médicas y debajo su supervisión proporcionar diagnóstico y cuidado terapéutico del paciente. Enfermeras parteras certificadas son individuos educada en los dos disciplinas de enfermería y partería, OMS pose certificación de acuerdo con la requisitos de la Colegio Americano de enfermeras parteras. Adicionalmente, en el estado de texas, Ellas sostienen licencias como Enfermeras Registradas y Avanzada Enfermeras Practicantes.

Entiendo que puedo solicitar ser visto Por una médica.

Adicionalmente, en la clínica OB-GYN clinica empleados oh contratos con otros profesionales para prober algunos de los servicios ofrecidos como parte de nuestro equipo de tratamiento. Estas personas proporcionan servicios auxiliares o aliados de la salud como la ecograffa, flebotomía y psicoterapia. Entiendo que como parte de mi evaluación o tratamiento en el OB-GYN clínica, profesionales calificados, pueden proporcionar a petición de mi médico auxiliar o aliada salud servicios importante para mi cuidado.

Autorizo la liberación de cualquier médica información requerido para el pago de mi proveedor (servicios auxiliares o aliados de la salud) y hospital cargos para servicios prestado por el OB-GYN clínicas o por uno de sus proveedores o profesionales de la salud aliados. Además autorice liberarse de información a cualquier hospital o centro medico estoy presente yo mismo atención médica.

Nombre de Paciente impresa: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____

Marie Hollis, M.D.
Heather Banker, CNM, Kimberly Parks, CNM, and Aliza Chkaiban, CNM

AGRADECIMIENTO DE LA REVISIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he revisado la Noticia de Prácticas Privadas de su oficina que me explica como podría ser mi información médica usada y divulgada. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este document,

Firma del Paciente Representate Personal

Firma _____ Fecha: _____

Description de Autoridad de Representante Personal

Firma _____ Fecha: _____