

Patient Demographic

Date: _____

Patient ID: _____

Preferred Provider: _____

Patient Name: _____

Address: _____

City: _____

State: _____

Zip Code: _____

Home Phone: _____

Work Phone: _____

Cell Phone: _____

Date of Birth: _____

Social Security Number: _____

Marital Status: _____

Employer: _____

Pharmacy: _____

RX Phone Number: _____

Race: _____

Ethnicity: _____

Referred By: _____

Primary Care Provider _____

INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance Plan: _____

Insured's DOB: _____

Insurance Address: _____

City: _____

State: _____

Zip Code: _____

Policy Number: _____

Group Number: _____

Insured's Name: _____

Patient Relation to Insured: _____

Secondary Insurance Plan: _____

Insured's DOB: _____

Insurance Address: _____

City: _____

State: _____

Zip Code: _____

Policy Number: _____

Group Number: _____

Insured's Name: _____

Patient Relation to Insured: _____

CONSENT FOR TREATMENT/INSURANCE AUTHORIZATION & ASSIGNMENT

I hereby authorize my physician to release any and all information acquired in the course of my examination or treatment to my insurance carrier.

I hereby assign/authorize payment directly to the physician for the medical and/or surgical benefits otherwise payable to me for services provided. I understand that I am financially responsible for the charges not covered/allowed by my insurance. A photocopy of this authorization shall be accepted as the original.

Signature: _____

Date: _____

AVISO DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD
Thunderbird Obstetrics & Gynecology, Ltd.
5757 W Thunderbird Road, Suite W 202
Glendale, AZ 85306

Porfavor lealo con atencion. Nuestra oficina nomas va a realizar consultas acerca de este aviso con las personas que usted anote en esta forma. Sobre su salud, recibos, o informacion sobre su citas. Tenga en mente si usted elige no dar consentimiento no hablaremos con nadie, incluyendo familiares, amigos, ect. Quien llame para informacion acuerdese que bajo la privacidad HIPAA las reglas incluyen: Tenemos el derecho de compartir informacion medica con ciertos individuos para continuar su cuidado medico.

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Cuenta#** _____

COMO NOS PODEMOS CONTACTAR CON USTED?

(Registre el que aplique)

NUMERO DE CASA TELEFONO	NUMERO DE CELULAR	NUMERO DE TRABAJO
()	()	()
<input type="checkbox"/> Solo dejar numero	<input type="checkbox"/> Solo dejar numero	<input type="checkbox"/> Solo dejar numero
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje detallado de resultados	<input type="checkbox"/> Dejar mensaje detallado de resultados	<input type="checkbox"/> Dejar mensaje detallado de resultados

ESCOJA UNA OPCION ABAJO:

- ☐ **Le doy permiso a los siguientes individuos mi consentimiento** para que llamen representandome. Este consentimiento es restrinigido para opciones elegidas. Si en cualquier momento decido cambiar Individuales apuntados abajo, estoy consiente que tengo que notificar la oficina en escrito o llenando un consentimiento Nuevo. Este consentimiento es valido asta que la oficina sea notificada por el pacheinte de algun cambio.

Nombre(s): _____ **Relacion:** _____

Telefono: _____ **Numero alternativo:** _____

Nombre(s): _____ **Relacion:** _____

Telefono: _____ **Numero alternative:** _____

Para personas adicionales, porfavor continúe atras de la forma o agrade una segunda forma.

Porfavor eliga una caja:

- ☐ Toda la informacion (Tratamiento, Medicamento, Resultados de Laboratorio y Radiografias, Citas, Pagos de cuenta.
 - ☐ Solamente resultados de Laboratorio/Radiologia y Medicamentos
 - ☐ Solamente Citas y Pagos (cuenta)
 - ☐ Otro _____
- ☐ **Yo eligo no dar consentimiento a cualquier individual o que me represente.** Cualquier informacion Tratandose de mi tratamiento, resultados y radiografias, medicamentos, pagos o otra informacion. Solamente debe dirigir a mi. Y en cualquier momento si deseo agradecer individuales que llamen a Representarme, estoy consiente que tengo que notificar la oficina in escrito o completar un Consenteinto nuevo.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Thunderbird Obstetrics and Gynecology, Ltd.
Historia Medica Confidencail

Nombre_____ **Fecha de Nacimiento**_____ **Edad**_____ **Fecha**_____

[illegible]

Que usas para evitar un embarazo?

☐ **Diagrama** ☐ **Condomes** ☐ **Sponja** ☐ **Ritmo** ☐ **Diu** ☐ **Inyeccion(depo)** ☐ **Vasectomia** ☐ **Norplant**
☐ **Pastillas anticonceptivas** ☐ **Essure** ☐ **Ligadura de Trompas** ☐ **Implanon** ☐ **Ortho Evra (parche)** ☐ **Nuva Ring**
☐ **(anillo)** ☐ **Retiro** ☐ **Otro**

Primer dia de su ultima menstruacion? _____ Aque edad usted empezo su menstruacion? _____

Su menstruacion es regular? _____ Tiene sangrado entre menstruaciones? _____

Cada cuando ocuren su ciclos? _____ Por cuantos dias es su menstruacion? _____

Como es su sangrado? poco Moderado Severo Incapacitandola

Otros síntomas con su menstruación? _____

Fecha de su ultimo papanicolao ? _____ A tenido un papanicolao abnormal? No Si

A sido tratada? No Si Como?

Se examina sus cenos regularmente?	No	Si

Quando fue su ultimo mamograma? _____ Resultado _____

Tiene alguna preaocupacion sobre su cenos? _____

Quando fue su ultima densiometria?_____ Resultado?_____

Thunderbird Obstetrics and Gynecology, Ltd.

Historia Medica Confidencial

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Fecha _____

Historia Medica(salud)/Sirujias (incluyendo heridas)

Condicion/Enfermedad	Fecha	Tratamiento

A tenido lo siguiente: Dolor al tener relaciones? No__ Si__

Sangrado cuando tiene relaciones? No__ Si__

Preocupacion por desecho vaginal? No__ Si__ Explique_____

Infeccion pelvica? No__ Si__ Explique_____

Enfermedades transmitidas por realciones? No__ Si__ Explique_____

Numero de Embarazos

Termino completo	Prematuro	Cesaria	Parto Vaginal	Etopico	Perdida de Embarazo	Aborto	Nacido Muerto	Vivos al Nacer	Vivos presente

Detalles de Embarazos

#Embarazo	Sexo	Mes/Ano	Numero de semanas	Peso	Horas en labor	Tipo de Parto	Problemas Noetales o Obstreticos	Doctor de Parto

Thunderbird Obstetrics and Gynecology, Ltd.

Historia Medica Confidencial

Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Edad** _____ **Fecha** _____

Historia Familiar: Porfavor anote si algun familiar sercano a tenido lo siguiente:

Enfermedad	Circule Si/No	Meimbro de Familia	Primer Nombre	Edad Dectetado	Edad de Muerte	Causa de Muerte Circule
Cancer de Ceno	Si/No					Si/No
Cancer de Ovario	Si/No					Si/No
Cancer de Utero	Si/No					Si/ No
Cancer de Colon	Si/No					Si/No
Diabetes	Si/No					Si/No
Terbeculosis	Si/No					Si/No
Enfermedad de Corazon	Si/No					Si/No
Alta Precion	Si/No					Si/No
Cancer de Matriz	Si/No					Si/No
Otro:						Si/No

Historia Familiar:

Lenguaje primario _____ Raza _____

Usted fuma? No ___ Si ___ Que clase de tabacco? _____ Cuanto anos? _____ Paquetes/Dia? _____

Usted toma alcol? No ___ Si ___ Que tipo de alcol consume? _____ Cada cuanto? _____ Cantidad? _____

Usted consume cafeina? No ___ Si ___ Que tipo? _____ Cantidad? _____

Usted usa drogas recreativas? NO ___ si ___ Que clase? _____

Usted tiene un programa de ejercicio regular? No ___ Si ___ Horas/Semana _____

Cuantas parejas a tenido? ___ Ninguno ___ Uno ___ 2-5 ___ 5+ ___

A sido usted expuesta a enfermedades venerias o violencia o abuso? No ___ Si ___

Tiene usted animales en casa? No ___ Si ___ Que clase? _____

Usted limpia la suciedad de los animales? No ___ Si ___

Si es nesesario recibiria transfusion de sangre? No ___ Si ___