

## 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 realizer 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 indivisuales 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 paciente de algun cambio.

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Numero alternativo: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Numero alternativo: \_\_\_\_\_

**Para personas adicionales, porfavor continue 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 agredar individuales que llamen a Representarme, estoy consiente que tengo que notificar la oficina in escrito o completar un Consentimeinto nuevo.**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# **Thunderbird Obstetrics and Gynecology, Ltd.**

## **Historia Medica Confidential**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Fecha**

## **Que usas para evitar un embarazo?**

Diagframa     Condones     Sponja     Ritmo     Diu     Inyección(depo)     Vasectomia     Norplant  
 Pastillas anticonceptivas     Essure     Ligadura de Trompas     Implanon     Ortho Evra (parche)     Nuva Ring  
(anillo)    Retiro    Otro

**Primer dia de su ultima menstruacion?**      **A que edad usted empezo su menstruacion?**

**Su menstruación es regular?**      **Tiene sangrado entre menstruaciones?**

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

Como es su sangrado?  poco  Moderado  Severo  Incapacitante

Otros síntomas con su menstruación?

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 censos regularmente? \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si

Cuando fue su ultimo mamograma? \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

**Tiene alguna preocupación sobre su censo?** \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultima densiometria? Resultado?

**Thunderbird Obstetrics and Gynecology, Ltd.**

**Historia Medica Confidencial**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## **Historia Medica(salud)/Sirujas (incluyendo heridas)**

A tenido lo siguiente: Dolor al tener relaciones? No  Si

No.        Si.

**Sangrado cuando tiene relaciones?** No \_\_\_\_\_

**No Si**

**Preocupación por desecho vaginal?** No  Si  Explique \_\_\_\_\_

**No Si Explique**

**Infección pelvica?**      **No**    **Si** \_\_\_\_\_ **Explique**

No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Explique

**Enfermedades transmitidas por realciones?** **No** **Si** **Explique**

**No Si Explique**

## **Numero de Embarazos**

## **Detalles de Embarazos**

Thunderbird Obstetrics and Gynecology, Ltd.

Historia Medica Confidencial

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:** Porfavor anote si algun familiar cercano 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\_\_\_\_