

Ricardo E. Rodriguez MD, PA

GASTROENTEROLOGY

318 E. Westfield Ave.

Roselle Park, NJ 07204

Tel: 908-245-2229 Fax: 908-245-2384

Formulario de Inscripción

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Estado Civil: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono casa: _____ Celular #: _____

Número Del Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Doctor Que lo Refirió: _____

Alergias: _____

Doctor Primario: _____

Persona para contactar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre De Su Seguro: _____ Numero De Póliza#: _____

Usted está empleado por favor llene esta información:

Nombre De Trabajo: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Del Trabajo: () _____

Si el seguro no está en su nombre llene esta información con el nombre e información de la persona que tenga el seguro:

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: () _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número Del Seguro Social: _____ Que Relación Tiene Con El Paciente: _____

Si Usted tiene un seguro secundario, por favor de llenar esta información:

Nombre De Su Seguro Secundario: _____ Numero de Poliza: _____

Nombre De La Persona Que Aparece Bajo Este Seguro: _____

Que Relación Tiene Con El Paciente?: _____

Número De Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____

He recibido de mi proveedor información sobre privacidad, derechos del paciente y directivos avanzados.

Entiendo que uno de los proveedores es propietario de Garden State Endoscopy & Surgery Center.

Firma de Paciente

Fecha

Por favor entregue sus tarjeta(s) de seguro médico, identificación con foto y prueba de dirección

Ricardo E. Rodriguez MD, PA

GASTROENTEROLOGY
318 E. Westfield Ave.
Roselle Park, NJ 07204
Tel: 908-245-2229 Fax: 908-245-2384

LISTA DE MEDICINAS

NOMBRE: _____ FECHA: _____

FARMACIA: _____

DIRECCION DE FARMACIA: _____ TELEFONO: _____

ALERGIAS: _____

MEDICINAS	DOSIS	FRECUENCIA	FECHA DE ULTIMA DOSE

Afirmacion:

Yo certifico que la lista de medicamentos esta completa y precisa de acuerdo a mi conocimiento la cual proveo para que sea incluida en mi record medico.

Esta lista incluye medicamentos sin receta medica y medicinas naturales, asi como tambien medicinas con receta medica usadas regularmente o ocasionalmente.

Firma del paciente/adulto responsable: _____ Fecha: _____

Ricardo E. Rodriguez, MD, PA

GASTROENTEROLOGY
318 E. Westfield Ave.
Roselle Park, NJ 07204
Tel: 908-245-2229 Fax: 908-245-2384

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

La confidencialidad de nuestro paciente es muy importante para esta oficina. Por favor indique en este formulario las personas a las que se les puede dar información sobre su salud y condición médica o preguntas sobre su seguro para poder procesar sus beneficios médicos y reclamos. A veces llamamos para confirmar su cita, o respondiendo su llamada sobre preguntas de salud o medicinas. Este formulario también le aplica a todos los hospitales con los que el doctor participa incluyendo el centro privado de los doctores que se llama el Garden State Endoscopy Center en Kenilworth.

	SI	NO	Teléfono #	N/A
Esposo (a)	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____
Contestadora	_____	_____	_____	_____
Correo electrónico	_____	_____		

Dirección de correo electrónico: _____

Usted puede recibir llamadas en su trabajo? Si _____ No _____
Si se llama a su trabajo se puede decir quién es? Si _____ No _____

Por las regulaciones de confidencialidad, si llama alguien de su familia o una amistad del paciente a esta oficina preguntado sobre su condición indique con quien se le puede hablar:

	SI	NO	N/A
Esposo	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____

Indique los nombres y la relación de las personas que pueden ser informados.

Nombre: _____
Relación: _____
Numero de teléfono: _____

Nombre: _____
Relación: _____
Numero de teléfono: _____

Nota: Esta información queda en efecto hasta que sea retirada por usted en escrito.

Firma Del Paciente: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Ricardo E. Rodriguez M. D.

Historia Médica

Por favor indique si usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

- | <u>Si</u> | <u>No</u> | |
|-----------|-----------|--|
| ___ | ___ | Anemia |
| ___ | ___ | Artritis/Osteoporosis/Atrosia |
| ___ | ___ | Cancer |
| ___ | ___ | Diabetes |
| ___ | ___ | Enfermedad de Tiroides |
| ___ | ___ | Glaucoma |
| ___ | ___ | Enfermedades cardiacas/valvulas |
| ___ | ___ | ___ Ataque al Corazon |
| ___ | ___ | ___ Un marcapaso o desfibrilador |
| ___ | ___ | ___ Un Ecocardiograma/EKG |
| ___ | ___ | ___ Una Angioplastia coronaria |
| ___ | ___ | ___ Cirujia de bypass coronario de las coronarias |
| ___ | ___ | ___ Colocación de un "stent" coronario |
| ___ | ___ | ___ Cateterismo cardiaco |
| ___ | ___ | ___ Cirujía valvular |
| ___ | ___ | Enfisema /Bronquitis crónica/Asma |
| ___ | ___ | Enfermedades digestivas/Hígado/Vesícula/Sistema biliar/Páncreas) |
| ___ | ___ | Enfermedades renales/vejiga urinaria |
| ___ | ___ | Enfermedades de útero/ovarios/cerviz |
| ___ | ___ | Enfermedad de próstata |
| ___ | ___ | Enfermedades de la sangre/Coagulación |
| ___ | ___ | Enfermedades vasculares |
| ___ | ___ | Hipertensión |
| ___ | ___ | SIDA/Otras infecciones venereas |
| ___ | ___ | Ha recibido transfusión de sangre |
| ___ | ___ | Esta embarazada (Mujeres) |
| ___ | ___ | Uso de drogas/Otros remedios |
| ___ | ___ | Otras enfermedades: |

Historia Quirúrgica

Operaciones:

Historia en su familia

_____ *Cáncer de Hígado /Pancreas/ Estómago /Intestinos/Sistema biliar*

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Ha tenido algunos de los siguientes síntomas o condiciones médicas en los últimos seis meses?

General

- Bultos en los senos/dolor/cambios
- Quistes de tiroides/cuello
- Fatiga
- Pérdida del apetito
- Sed o hambre excesiva
- Pérdida de peso
- Sudores nocturnos
- Fiebre/ escalofríos

Oído, nariz, y garganta

- Infección de diente/encías
- Perdida de la audición
- Ruido en el oído
- Secreción Nasal
- Sangramiento por nariz
- Problemas nasales/sinusitis
- Infección/dolor de garganta

Ojos

- Visión doble
- Dolor de oído/secreción
- Vista nublada)
- Cataratas
- Glaucoma

Dermatología/Piel

- Erupción/cambio de la piel
- Venas varicosas

Sistema Muscular

- Debilidad muscular
- Dolor muscular/articulaciones
- Dolor de espalda

Cardiología

- Falta de aire
- Dolor de pecho
- Palpitaciones/pulso irregular
- Hinchazón de los pies

Gastroenterología

- Exceso de gases
- Dificultad para tragar
- Dolor abdominal)
- Nausea
- Vómitos

Gastroenterología cont.

- Acidez
- Gases
- Cambios en la excreta/hábito de defecar
- Diarrea
- Estreñimiento
- Sangramiento por el recto

Genitourinario

- Ganglios/glándulas alteradas
- Dificultad para orinar
- Sangre en la orina/cambio en orina)
- Hemorragia vaginal
- Embarazos
- Flujo vaginal)
- Secreción por el pene

Neurología

- Dolor de cabeza
- Mareos/Vértigo
- Pérdida de conocimiento
- Convulsiones
- Adormecimiento Facial/Debilidad muscular
- Sensación abnormal de la piel
- Pérdida de memoria
- Pérdida de fuerza
- Venas varicosas

Psiquiatría

- Ansiedad/depresión/insomnio

Infecciosas

- Enfermedades infecciosas/ venéreas/ SIDA/ hepatitis

Endocrinología

- Sensibilidad excesiva al frio o calor

Sistema Respiratorio

- Prueba de Tuberculosis)
- Tos
- Coriza
- Tos con sangre