

NEW PATIENT INTAKE FORM
University of Bridgeport – Health Sciences Center
60 Lafayette Street • Bridgeport, CT 06604 • (203) 576-4349

Tenga en cuenta que el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Bridgeport es un centro de enseñanza e investigación. Como tal, por favor, tenga en cuenta que los estudiantes y la instalación puede observar mis visitas y/o tratamiento con fines educativos.

Por favor rellene la siguiente información con bolígrafo. Tenga en cuenta que toda la información que proporcione se mantendrá en estricta confidencialidad y no se divulgará a otras personas sin su autorización.

Información Personal

Fecha _____

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: ____ Sexo: M F ETNIA: Caucásico ____ Afroamericano ____ Asiático ____ Hispano ____ Otro _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código

Postal: _____

Número de Casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Por favor, marque al menos un número de teléfono donde podemos contactar con usted? Preferido: Home ____
Work ____ Cell ____

Correo Electrónico: _____

Podemos enviarle por correo electrónico recordatorios/otra información de la clínica? Sí No

Ocupación: _____ FULL-TIME ____ PART-TIME ____

Casado/a ____ Soltero/a ____ Divorciado ____ Viudo/a ____ Relación comprometida ____

Persona a notificar en caso de emergencia _____ Número teléfono:

Contactos relacionados con usted: _____

MEDICAID Sí No MEDICARE Sí No

Reclamaciones actuales

MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS Y RELLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO CUANDO CORRESPONDA.

En el espacio siguiente. Por favor, describa las dolencias actuales que le han llevado a la Clínica de Ciencias de la Salud de la UB para ser atendido, después de completar esta primera sección, por favor, complete el cuestionario en la página siguiente. La información que proporcione sobre los síntomas y las enfermedades pasadas y presente ayuda a su médico a obtener una comprensión temprana de su estado de salud.

Cual es la razón más importante para pedir esta cita en nuestra clínica? _____

Cuando comenzó su problema principal (una fecha específica si es posible)? _____

Su problema comenzó:

Inmediatamente después de un incidente **específico** Después de varios incidentes Se desarrolló gradualmente a lo largo del tiempo No se ha anotado ningún motivo

Describa brevemente cómo empezó su problema: _____

Que hace que su problema sea MEJOR? _____

- Acostarse Sentado De Pie Caminar Movimiento / ejercicio Inactividad Nada
 Caliente Frio Otro _____

Que empeora su problem?

- Acostarse Sentado De Pie Caminar Movimiento/ ejercicio Inactividad Nada
 Caliente Frio Otro : _____

Con que frecuencia se presentan las quejas?

- Constantes (76-100%) Frecuentes (51 – 75%) Ocasionales (26-50%) Intermitente (25% or less)

Desde que comenzo su problema el dolor ha : Aumentado Disminuido No ha cambiado

Que tratamiento ha recibido para esta condicion actual?

- Sin tratamiento (professional o autotratamiento) Medicamentos (Rx and OTC): _____
 Terapia física Quiropractica Acupuntura Inyecciones Cirugia Otro: _____

Por favor, enumere cualquier otra preocupación médica o de salud que le gustaría que se tratara:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

¿Dónde y cuándo recibió atención sanitaria por última vez? _____

Anote todas las hospitalizaciones y cirugías importantes que haya sufrido (fechas si están disponibles):

Anote los alimentos, fármacos u otras sustancias a las que tiene reacciones alérgicas, anafilácticas u otras reacciones adversas. (Especifique si algo le ha provocado una reacción anafiláctica): _____

Anote todas las vitaminas, minerales, aminoácidos, complementos alimenticios y hierbas que esté tomando actualmente:

Anote todos los medicamentos, con o sin receta, que está tomando actualmente:

¿Ha tenido alguna vez una reacción adversa a una vacuna? Si No No Si la respuesta es afirmativa, ¿qué vacunas?:

¿Ha tenido alguna vez una reacción adversa a algún medicamento, suplemento, hierba o droga recreativa? Si No

En caso afirmativo,

¿cuál?? _____

¿Ha estado alguna vez expuesto a:

- El virus del sida (VIH) Si No
Tuberculosis (TB) Si No
¿Virus de la hepatitis (A, B o C)? Si No
¿Tiene usted actualmente una tos productiva Si No

¿Cómo conoció nuestra clínica? _____

¿Ha sido tratado anteriormente por alguno de los siguientes tipos de profesionales?

Médico naturista [] Acupuntor [] Médico quiropráctico []

¿En qué circunstancias? _____

Historial médico: A su leal saber y entender, ¿tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/hipertensión | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad grave (por favor, indíquela aquí) : _____ | | |

SI TIENE DOLOR ACTUALMENTE, POR FAVOR COMPLETE LA SECCIÓN DE ABAJO. SI NO TIENE DOLOR ACTUALMENTE, PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

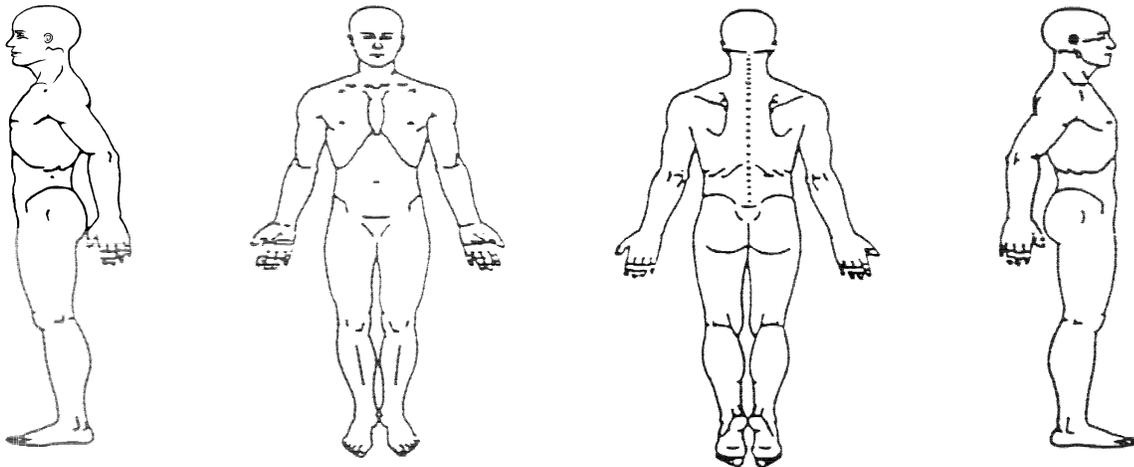
ACTUALMENTE TENGO DOLOR Yes No

DIBUJO DEL DOLOR Y ESCALA DE DOLOR

Por favor, localice y marque la calidad de su dolor en los esquemas corporales proporcionados.

Por favor, utilice las letras de código que se indican a continuación:

A = Dolor B = Ardiendo N = Adormecimiento P = Alfileres y agujas S = Apuñalamiento X = Otro



Por favor, marque su nivel de dolor a continuación:

Sin dolor ----- El peor dolor

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué porcentaje de tiempo está su dolor en este nivel? _____%

Por la presente, reconozco con mi firma que autorizo al personal de Ciencias de la Salud de la UB asignado a mi caso a realizar los procedimientos de diagnóstico que consideren médicamente necesarios para evaluar adecuadamente mi condición. También soy consciente de que esta evaluación puede ser realizada por un estudiante en prácticas que esté bajo la supervisión de un clínico autorizado. The information above is complete and accurate to the best of my ability.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Aviso a las mujeres embarazadas: Todas las pacientes deben informar al clínico supervisor si saben o sospechan que están embarazadas, ya que algunos procedimientos y terapias aquí descritos pueden presentar un riesgo para el embarazo.

Aviso para los menores que buscan servicios y sus padres/tutores: Se requiere un formulario de consentimiento especial para los pacientes menores de edad que buscan servicios en las clínicas del Centro de Ciencias de la Salud. Por favor, solicite este formulario en la recepción y complételo con el personal sanitario durante la consulta antes del tratamiento.

Las preguntas/diagramas y demás información de este formulario han sido contestadas de forma completa y veraz a mi leal saber y entender. Entiendo que ocultar información médica puede comprometer la capacidad de los internos del personal y de los clínicos para diagnosticar y tratar mi condición.

Entiendo que el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Bridgeport es un centro **de enseñanza e investigación**. Como tal, doy mi consentimiento para permitir que los estudiantes y/o el profesorado observen mis visitas y/o tratamientos con fines educativos. También entiendo que las clínicas pueden crear, analizar, publicar y distribuir información de salud anónima eliminando todas las referencias a la información identificable individualmente para la investigación, evaluación, formación y otras operaciones normales de una clínica de enseñanza e investigación. Soy consciente de que puedo poner fin a este permiso en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al supervisor clínico o al administrador de servicios y operaciones clínicas sin que ello tenga consecuencias o efectos sobre mi atención. (Véase la notificación de la HIPAA para conocer los detalles de estos privilegios).

Traducción realizada con la versión gratuita del traductor www.DeepL.com/Translator

Acuerdo financiero: El pago de todos los servicios debe realizarse en el momento de la visita. Aceptamos las siguientes formas de pago: Efectivo, cheque, tarjeta de crédito - Visa, MasterCard, Discover y American Express.

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de las Clínicas de la UB (NOPP).

Recibido Rechazado

Yo, _____, he leído la información anterior y comprendo la información proporcionada en este documento. Esta información me ha sido explicada y todas las preguntas que he hecho han sido respondidas a mi satisfacción.

Firma

Fecha

Imprima su nombre aquí

Si el paciente es menor de edad o no puede dar su consentimiento:

Firma de la persona legalmente responsable del paciente

Fecha

Escriba aquí el nombre de la persona legalmente autorizada