

**CHRISTOPHER V. FLORES, MD
A MEDICAL CORPORATION**

Nombre del Paciente: _____ Nombre _____ Apellido _____	Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio: _____ _____ ¿Podemos enviar por correo información confidencial a su domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro
¿Si no, a cuál domicilio podemos enviar por correo información confidencial? _____ _____	AVISO: El Dr. Flores no acepta ni seguros de salud privados, ni Medicare, ni Medi-Cal, ni Healthy Families/Kids.
Nombre de Cónyuge/Pareja: _____ ¿Podemos compartir información confidencial con su cónyuge/pareja?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si usted tiene Medicare, le vamos a pedir que firme un contrato privado (Medicare Private Contract)
Su Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular _____ ¿Dónde le podemos dejar un mensaje confidencial? Marque una o más casillas. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Parentesco: _____ No. de Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular _____ Domicilio: _____	Por favor tenga en cuenta que Medicare, Medi-Cal, Healthy Families/Kids y HMOs no le permiten solicitar reembolso.

Información sobre Cobertura de Salud: ¿Tiene Medicare Parte B? Sí No
 (Necesitamos información sobre su plan de salud para coordinar su cuidado médico)

EI DR. FLORES NO ACEPTA MEDICARE; NI CUALQUIER OTRO PLAN DE SALUD. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE COMO LE AFECTA ESTO A USTED, POR FAVOR PREGUNTELE AL DR. FLORES O MARI.

PPO HMO Otro: _____

Cobertura Primaria: Nombre: _____ ID#: _____
Cobertura Adicional: Nombre: _____ ID#: _____
Nombre & Domicilio del Miembro/Suscriptor (si no es usted): _____
Fecha de Nacimiento del Miembro/Suscriptor (si no es usted): _____
¿Qué relación de parentesco tiene usted al Miembro/Suscriptor?: Cónyuge Padre/Hijo Otro: _____

Idioma: Inglés Español Otro: _____
Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Nativo de Hawaii o De las Islas del Pacífico Blanco Otro Desconocido Prefiero no Responder
Etnicidad: Hispano/Latino Ni Hispano, ni Latino Otro Prefiero no Responder

¿Cómo se dio cuenta del Dr. Flores? _____

Lista de Doctores/Proveedores de Salud: _____ _____ _____	**MUJERES SOLAMENTE** ¿Nombre de anticonceptivo? _____
--	--

**CHRISTOPHER V. FLORES, MD
A MEDICAL CORPORATION**

Lista de Hospitalizaciones o Cirugías: _____ _____ _____	**MUJERES SOLAMENTE** ¿Edad de primera menstruación? _____
Fecha de Última Colonoscopia: _____ Fecha de Próxima Colonoscopia: _____ ¿Cuál FARMACIA le gusta usar? _____	¿Fecha de su más reciente menstruación? _____
¿Es alérgico/a a alguna medicina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de medicina(s) y describa reacción alérgica: _____ _____ _____	¿Fecha de su más reciente examen de los senos? _____ ¿Fecha de su más reciente mamografía? _____ ¿Fecha de su más reciente examen pélvico? _____ ¿Fecha de su más reciente papanicolau? _____
¿Cuáles medicinas está tomando? : _____ _____ _____	¿Ha tenido un examen papanicolau que no es normal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuándo? _____ Número de embarazos: _____ Número de nacimientos vivos: _____ Número de abortos espontáneos: _____
¿Cuáles vitaminas y/o remedios naturales está tomando?: _____ _____ _____	¿Problemas con menstruaciones irregulares o que le duelen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Comezón, sequedad u olor vaginal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se siente más tensa o con mal humor antes de su menstruación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Problemas con el orine o la vejiga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Consumes algunos de los siguientes? <i>Cerveza o Vino</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Paré ¿Cuántas veces por semana? _____ <i>Licor</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Paré ¿Cuántas veces por semana? _____ <i>Productos de Tabaco</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Paré ¿Cuántas veces por semana? _____ <i>Marijuana</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Paré ¿Cuántas veces por semana? _____ <i>Otras Drogas</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Paré ¿Cuántas veces por semana? _____ <i>Café, Coca Cola, u otra Cafeína</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Paré ¿Cuántas veces por semana? _____ <i>¿Piensa que tiene problemas con cualquiera de las sustancias mencionadas anteriormente?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Por favor explique:</i> _____ <p align="center">Por favor ponga una X en la siguiente escala según sus preferencias entre Medicina Tradicional vs. Medicina Complementaria/Alternativa.</p> <p align="center">←-----></p> <p>Medicina Tradicional Medicina Complementaria/Alternativa</p>	

Problemas Médicos	Usted?	Su Familia?	Síntomas	Usted?
<i>Alcoholismo</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Se le olvidan las cosas</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Alergias/Fiebre del Heno</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>No tiene energía o se siente débil</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Defectos de Nacimiento</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>A veces se marear, se siente como si se va a desmayar, o se desmaya</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Artritis/Reumatismo</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene dolores de cabeza frecuentemente</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Asma</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene problemas con la vista</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Enfermedades con Síntomas de Hemorragia</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene problemas oyendo, o se siente como que le suenan los oídos</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Anemia</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene dolor o desecho en el oído</i>	<input type="checkbox"/> sí

**CHRISTOPHER V. FLORES, MD
A MEDICAL CORPORATION**

Problemas Médicos	Usted?	Su Familia?	Síntomas	
<i>Cancer o Tumores</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Le sale sangre de la nariz</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Colitis o Enfermedad "Crohn's"</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene dolor de sinusitis, o la nariz tapada</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Enfermedad del Corazón Congénito</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Le duele frecuentemente la garganta o tiene amigdalitis</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Depresión</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Está ronco</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Están sus glándulas hinchadas</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Enfisema, "COPD"</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene problema respirando (como que le falta aire)</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Epilepsia y Convulsiones (Ataques)</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tose o tiene congestión frecuentemente</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Infecciones Frecuentes</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene palpitaciones o dolor de pecho; o se siente como si está latiendo su corazón rápidamente</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Enfermedades Genéticas</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Se siente ansioso (lo siente en el pecho o en el estómago)</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Glaucoma, Cataratas</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Se siente con falta de apetito</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Gonorrea/Clamidilla</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene indigestión</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Gota</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene dolor abdominal, o se siente que no está cómodo o está hinchado</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Herpe</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Se siente estreñido o usa laxantes</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Enfermedad Cardíaca/Ataque Cardíaco</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene diarrea o sangre en el excremento</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Alta Presión de la Sangre</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene dolor, irritación o comezón en el recto</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>VIH/Sida</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene hemorroides o fisura anal</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Infertilidad</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene dificultad orinando</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Enfermedad de los Riñones</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene incontinencia (problemas con la vejiga o el orine)</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Enfermedad del Hígado, Hepatitis</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Siente ardor cuando orina</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Enfermedad Mental</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene que orinar frecuentemente</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Migrañas</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene dolor o desecho de los senos</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Crisis de Nervios</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene bola(s) en los senos</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Obesidad</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Le duele cuando tiene relaciones sexuales</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Osteoporosis</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Le duelen o están hinchadas sus piernas</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Enfermedad de Úlcera Péptica</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene dolor de espalda o ciática</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Enfermedad de Inflamación Pélvica</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Están hinchadas o tiene dolor en las articulaciones</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Problemas de la Próstata</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Está su piel descolorida, o tiene erupciones, llagas, o lunares</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Soriasis, Eczema</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Suda mucho o suda en la noche</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Fiebre Reumática</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Tiene pesadillas o sueña recurrentemente</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Derrame Cerebral</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Siente miedo o tiene fobias</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Suicidio (o intento)</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Siente ansiedad o nervios</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Enfermedad de Tiroides</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Se siente enojado, irritable, impaciente, o muy criticón</i>	<input type="checkbox"/> sí
<i>Tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/> sí	&/o <input type="checkbox"/> pariente	<i>Se siente triste, con una profunda pena, o depresión</i>	<input type="checkbox"/> sí
			<i>Hombres: Tiene problemas con su pene o testículo</i>	<input type="checkbox"/> sí
			<i>Hombres: Tiene dificultad manteniendo una erección</i>	<input type="checkbox"/> sí

Su Nombre: _____

Fecha: _____

Su Firma: _____

CON MI FIRMA YOU RECONOZCO QUE TODA LA INFORMACION EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA.