

Rex Breast Care Specialists

NOMBRE _____ <i>NAME</i>	FECHA DE NACIMIENTO _____ <i>DOB</i>
Fecha de hoy _____ <i>Today's Date</i>	Motivo de la visita _____ <i>Reason for Visit</i>

ALERGIAS /ALLERGIES:

MEDICAMENTOS: Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre, hierbas medicinales y vitaminas/*MEDICATIONS: Please list all prescriptions and over the counter medications, herbs and vitamins*

<u>Nombre/Name</u>	<u>Dosis/Dose</u>	<u>Nombre/Name</u>	<u>Dosis/Dose</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

FARMACIA/PHARMACY:

Nombre: _____ Dirección: _____
Name Address:

ANTECEDENTES MÉDICOS:
MEDICAL HISTORY

Ataque cardíaco----- <i>Heart Attack</i>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta----- <i>High Blood Pressure</i>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón----- <i>Kidney Disease</i>	<input type="checkbox"/>
Endoprótesis coronaria---- <i>Heart Stent</i>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto ----- <i>High Cholesterol</i>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones----- <i>Seizures</i>	<input type="checkbox"/>
Insufic. cardíaca congestiva <i>Congestive Heart Failure</i>	<input type="checkbox"/>	Diabetes ----- <i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides---- <i>Thyroid Disease</i>	<input type="checkbox"/>
Desfibrilador----- <i>Defibrillator</i>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral----- <i>Stroke</i>	<input type="checkbox"/>	Asma ----- <i>Asthma</i>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos----- <i>Pacemaker</i>	<input type="checkbox"/>	VIH ----- <i>HIV</i>	<input type="checkbox"/>	EPOC ----- <i>COPD</i>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis ----- <i>Hepatitis</i>	<input type="checkbox"/>	Cirrosis ----- <i>Cirrhosis</i>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de coagulación---- <i>Clotting Disorder</i>	<input type="checkbox"/>
Otra (por favor incluir): <i>Other (please list)</i>					

ANTECEDENTES DE CÁNCER: Enumere los detalles de todo tratamiento de cáncer previo que haya recibido
CANCER HISTORY: Please list details of any prior cancer treatments you have received.

Nombre/Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: *Enumere todo procedimiento realizado y la fecha aproximada/*
SURGICAL HISTORY: *Please list procedure and approximate date*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ANTECEDENTES FAMILIARES/FAMILY HISTORY:

Relación <i>Relation</i>	Cáncer (Sí/No, lugar) <i>Cancer (Y/N, site)</i>	Trastorno de coagulación <i>Clotting Disorder</i>	Enfermedad cardíaca <i>Heart Disease</i>	Otro <i>Other</i>
Madre/Mother				
Padre/Father				
Hermana/Sister				
Hermano Brother				
Otro (especificar): <i>Other (specify):</i>				

ANTECEDENTES SOCIALES

SOCIAL HISTORY

Uso de tabaco No ___ Sí ___ Ex ___
Tobacco Use No Yes Former

Uso de alcohol No ___ Sí ___ Ex ___
Alcohol Use No Yes Former

Uso de drogas No ___ Sí ___ Ex ___
Drug Use No Yes Former

ABUSO DOMÉSTICO

DOMESTIC ABUSE

¿El abuso, la violencia o el ataque sexual es un problema para usted de algún modo? No ___ Sí ___
Is abuse, violence, or sexual assault a problem for you in any way? No Yes

¿Su cuidador/pareja lo amenaza de algún modo? No ___ Sí ___
Does your partner/caregiver threaten you in anyway? No Yes

Indique por favor si ha tenido alguno de los siguientes síntomas recientemente:

Please indicate if you have had the following symptoms recently

Sí/Yes	No	Erupción cutánea <i>Rash</i>
Sí/Yes	No	Trastornos visuales <i>Visual disturbance</i>
Sí/Yes	No	Falta de aire <i>Shortness of breath</i>
Sí/Yes	No	Respiración sibilante <i>Wheezing</i>
Sí/Yes	No	Palpitaciones <i>Palpitations</i>
Sí/Yes	No	Dolor en las articulaciones <i>Joint aches</i>
Sí/Yes	No	Convulsiones <i>Seizures</i>
Sí/Yes	No	Dolor abdominal <i>Abdominal pain</i>
Sí/Yes	No	Otro (incluir abajo) <i>Other (Please list)</i>

Sí/Yes	No	Presión en los senos paranasales <i>Sinus Pressure</i>
Sí/Yes	No	Cambio de peso inesperado <i>Unexpected weight change</i>
Sí/Yes	No	Facilidad para que se formen moretones/sangra con facilidad <i>Easy bruising/bleeding</i>
Sí/Yes	No	Apnea del sueño <i>Sleep apnea</i>
Sí/Yes	No	Dolor en el pecho <i>Chest pain</i>
Sí/Yes	No	Sangrado vaginal <i>Vaginal bleeding</i>
Sí/Yes	No	Dolores de cabeza <i>Headaches</i>
Sí/Yes	No	Nerviosismo/ansiedad <i>Nervous/anxious</i>

REX SURGICAL SPECIALISTS

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Patient Identification

Nombre legal del paciente _____
Patient's Legal Name (APELLIDO/LAST) (PRIMER NOMBRE/FIRST) (SEGUNDO NOMBRE/MIDDLE)

Rex Healthcare comparará su nombre legal con el nombre que aparece en su tarjeta de seguro.

Rex Healthcare will compare your Legal Name to your name as it appears on your insurance card.

Sexo _____ Últimos 4 números del n.º de Seguro Social (algunas aseguradoras exigen el n.º completo) _____
Gender Last 4 numbers Social Security# (some insurances require full SS)

Fecha de nacimiento/Birth Date _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Raza _____ Hispánico _____ No hispánico _____ Idioma _____
PATIENT INFORMATION Race Hispanic Non-Hispanic Language

Dirección de correo postal/Mailing Address _____

Dirección física (en caso de que sea diferente a la dirección de correo postal) _____
Physical Address (if different from mailing address)

Ciudad/City _____ Estado/State _____ Código postal/Zip Code _____

N.º de teléfono de la casa _____ N.º de teléfono móvil _____ Correo electrónico _____
Home Phone # Mobile Phone # Email Address

Médico que lo remite/Referring Physician _____

Médico de atención primaria/Primary Care Physician _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL PACIENTE PATIENT EMPLOYMENT INFORMATION

Estado: Tiempo completo _____ Medio tiempo _____ Jubilado _____ Fecha de jubilación _____ Estudiante de tiempo completo Sí/No
Status: Full-time Part-time Retired Retirement Date Full Time Student? Y/N

Otro/Other _____

Nombre del empleador/Employer's Name _____ N.º de teléfono/Phone # _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE (Persona financieramente responsable si no es el paciente)

GUARANTOR INFORMATION (Person Financially Responsible if different than patient)

Nombre del garante _____ Relación con el paciente _____
Name of Guarantor Relationship to Patient

Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
Last 4 Digits of Social Security # Gender Birth Date

Dirección de correo postal/Mailing Address _____

Dirección física (en caso de que sea diferente a la dirección de correo postal) _____
Physical Address (if different from mailing address)

Ciudad/City _____ Estado/State _____ Código postal/Zip Code _____

N.º de teléfono de la casa _____ Nombre del empleador _____
Home Phone # Employer's Name

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA/EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Nombre del contacto de emergencia _____ Relación con el paciente _____
Name of Emergency Contact Relation to Patient

Dirección de correo postal/ Mailing Address _____

Dirección física (en caso de que sea diferente a la dirección de correo postal) _____
Physical Address (if different from mailing address)

Ciudad/City _____ Estado/State _____ Código postal/Zip Code _____

N.º de teléfono de la casa _____ N.º de teléfono del trabajo _____ N.º de teléfono celular _____
Home Phone # Work Phone # Cell Phone #

SEGURO PRIMARIO/PRIMARY INSURANCE

Nombre de la compañía aseguradora/Name of Insurance Company _____

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente) _____ Relación _____
Policyholder's Name (if other than patient) Relationship

Fecha de nacimiento/Birth Date _____ Sexo/Gender _____

SEGURO SECUNDARIO/SECONDARY INSURANCE

Nombre de la compañía aseguradora/Name of Insurance Company _____

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente) _____ Relación _____

Policyholder's Name (if other than patient)

Relationship

Fecha de nacimiento/Birth Date _____ Sexo/Gender _____

INFORMACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE (Complete esta sección SOLO si su afección está relacionada con un accidente)

ACCIDENT INFORMATION (Complete this section ONLY if your condition is accident related)

Tipo de accidente (Auto, trabajo, otro) _____ Descripción _____

Type of Accident (Auto, Work, Other)

Description

Fecha y hora del accidente _____ Lugar del accidente (Ciudad, condado, estado) _____

Accident Date and Time

Place of Accident (City, County, State)

Firma del representante autorizado/paciente _____ Fecha _____

Patient/Authorized Representative Signature

Date



Rex Surgical Specialists

Fecha/Date: _____

Autorización para la divulgación de información del paciente

Authorization for Release of Patient Information

Nombre del paciente: _____
Name of Patient

Fecha de nacimiento: _____
DOB

Rex Surgical Specialists está autorizado a divulgar información de salud protegida sobre del paciente antes mencionado a las entidades que figuran abajo.
Rex Surgical Specialists is authorized to release protected health information pertaining to the above named patient to the entities below.

Entidades que recibirán la información (colocar las iniciales en cada una que está sujeta a esta información) /Entity to Receive Information (Initial each that is subject to this information)

- Dejar información en el correo de voz *Leave information on voice mail*
- Dar información al cónyuge *Give information to spouse*
- Dar información a las siguientes personas: _____ *Give information to the following persons* Relación/Relationship
- Empleador FMLA/Seguro por discapacidad *Employer FMLA/Disability Insurance*

Descripción de la información a ser divulgada (colocar iniciales en cada una que corresponda)

Description of Information to be Released (Initial each that is appropriate)

- Información financiera *Financial Information*
- Resultados de pruebas o radiografías *Results from tests and/or x-rays*
- Información de facturación familiar *Family Billing Information*
- Seguro por discapacidad/Formularios FMLA/Seguro médico *Disability Insurance/ FMLA Forms/Medical Insurance*
- Información médica de la siguiente manera: _____ *Medical Information as follows*
- Otra información según se describe: _____ *Other information as described:*
- No autorizo la divulgación de ninguna información en este momento *I do not authorize the release of any information at this time*

Derechos del paciente

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información protegida a ser divulgada tal como se describe en este documento mediante el envío de una notificación escrita. Entiendo que una revocación no es efectiva en casos donde comprendo que la información usada o revelada como resultado de esta

autorización puede estar sujeta a la nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la Ley estatal y federal.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no se verá condicionado por la firma de esta autorización.

Esta autorización estará en vigencia y efecto hasta que sea revocada por el paciente o representante que firme esta autorización.

I understand that I have the right to revoke this authorization at any time and that I have the right to inspect or copy the protected information to be disclosed as described in this document by sending a written notification. I understand that a revocation is not effective in cases where I understand that information used or disclosed as a result of this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by Federal and State Law.

I understand that I have the right to refuse to sign this authorization and that my treatment will not be conditioned on signing this authorization.

This authorization shall be in force and effect until revoked by the patient or representative signing the authorization.

Firma del paciente o representante personal

Signature of Patient or Personal Representative

Fecha

Date

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 09/25/2015