



Fecha: _____

Por favor ayúdenos a servirle mejor llenando la siguiente información.

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Tel de Casa: _____ Celular: _____

Correo electrónico (Email): _____

(Únicamente usaremos su correo electrónico para mandarle información, actualizaciones y confirmación de sus citas. Ninguna información personal respecto a su salud se enviará por medio de su correo electrónico.)

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estado civil: ___S___M___D___W

Nombre de su Empleador: _____ Tel de Trabajo: _____

Referido por: _____ Médico Familiar: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

En caso de no poder localizarme:

Dejar un mensaje de voz detallado

Llamar a mi contacto de emergencia

Medical History (check all that apply):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor en Pecho | <input type="checkbox"/> Presión Alta |
| <input type="checkbox"/> Constipación o Diarrea | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Sinusitis o Alergias | <input type="checkbox"/> Infarto al Corazón |
| <input type="checkbox"/> Dolor Crónico | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Mal de Parkinson | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Sida (VIH) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Ulcera Estomacal o Reflujo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Asma | |

Alergias a Medicamentos o Alimentos (por favor especifique):

Medicamentos Actuales (Por favor indique Nombre, Dosis y Frecuencia):



Autorización para la divulgación de la Información Médica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Divulgación de la Información

Yo autorizo la divulgación de la información incluyendo el diagnóstico, historial y
examinación a:

Esposo(a) _____

Hijo(a) _____

Otro(s) _____

Mi información no debe ser divulgada a nadie.

Esta autorización para la Divulgación de la Información quedará en efecto hasta que yo la
termine por escrito.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____

16 Mills Avenue, Unit 3, Greenville, SC 29605 Phone: 864-232-1685 Fax: 864-232-1686



Autorización para Tratamiento

Al firmar este formulario, Yo _____ (Nombre y Apellido) doy mi consentimiento para ser tratado por los profesionales médicos de **Grace Medical Clinic**. Estoy consiente de que mi proveedor de salud médica necesita hechos de mi historial médico. Yo entiendo que los tratamientos de **Grace Medical Clinic** pueden requerir de: Exámenes de Laboratorio, Pruebas de Detección, Exámenes de Diagnostico, y Exámenes de Rutina. Yo estoy de acuerdo que como paciente tengo el derecho de tomar la decisión final en cuanto a mi tratamiento y planeación de mi salud.

Política Financiera – Los proveedores de salud de **Grace Medical Clinic** cobran una cuota por los servicios que me proveen. Yo estoy de acuerdo en pagar dicha cuota al final de la consulta.

Objetos Personales – **Grace Medical Clinic** no se hace responsable por mis objetos personales. Esto incluye objetos como joyería, lentes, aparatos auditivos, dentaduras postizas, ropa y telefonos celulares. Yo estoy consiente que debo cuidar mis objetos personales y que es mi responsabilidad no desatenderlos.

Es de mi consentimiento - Que yo pruebo con mi firma que:

- Los hechos que yo proporcioné a **Grace Medical Clinic** son correctos.
- Yo he leído y entendido todos los hechos descritos anteriormente.
- Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los hechos descritos anteriormente en este formulario, y todas mis preguntas han sido contestadas.
- Yo sé que me pedirán firmar este formulario nuevamente si sigo siendo paciente de **Grace Medical Clinic** después de un año.
- Yo tengo derecho a retirar este formulario de **Grace Medical Clinic** haciéndolo por escrito.

Paciente o Persona Responsable

Fecha