

Grand River Specialty Clinic
Lee Krauth, MD – Neurocirugia

Numero de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de Medico Primario (Familiar) _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Nombre del Medico que lo refirio _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Queja principal del problema: _____

Historia de la enfermedad presente. Por favor describa en detalle los siguientes elementos concerniente a sus sintomas.

Locacion: _____

Severidad: _____

Duracion: _____

Fecha en que comenzo: _____

Factores agravantes: _____

Factores de alivio: _____

Exámenes anteriores/ Evaluaciones: _____

Tratamiento anterior: _____

Opiniones medicas anteriores: _____

Otros comentarios: _____

Farmacia de preferencia (incluye locacion): _____ Numero de telefono: _____, _____
Estas tomando cualquier clase de medicina ahora? (Esto incluye recetada, sin recetar, o medicinas de hierbas).

Si No Si si esta tomando enlistelas abajo. Si se le termina el espacio, use la parte de atras de esta hoja para informacion adicional.

Liste porfavor todas las medicinas que esta utilizando actualmente (por favor escribalas ordenadamente)

Nombre,dosis y que tan seguido	Problema que esta tratando	Fecha en que se receto	Doctor que le receto

Eres alergico a cualquier otra medicina? No Si si si es por favor listelas abajo.

Nombre de medicina	Tipo de reaccion

Otras alergias/no de medicina

Es usted alergico a otras cosas como, polen, polvo, comida, etc.? No Si
Si si es, por favor indique a que es alergico y que tipo de reaccion _____

Salud anterior

Alguna vez ha sido usted DIAGNOSTICADO con algun problema de salud mayor? Incluyendo pero no limitado a:

Cancer(tipo) _____
 No Si si si, cuando _____

Nariz y sinusitis:
Alergias Nasales No Si si si, cuando _____

Corazon y vasos sanguineos:
Colesterol elevado No Si si si, cuando _____
Presion arterial elevada No Si si si, cuando _____

Pulmones y Respiracion:
Tuberculosis No Si si si, cuando _____

Estomago y Digestivo:
Ulceras No Si si si, cuando _____
Sangrado rectal o de estomago No Si si si, cuando _____

Problemas de rinon y su genero:
Insuficiencia renal No Si si si, cuando _____
Enlargamieto de prostata No Si si si, cuando _____
Estas embarazada? No Si

Mental y Emocional:
Depresion No Si si si, cuando _____
Ansiedad No Si si si, cuando _____

Alguna vez has sido DIAGNOSTICADO con algun otro problema mayor no mencionado arriba? No Si
si si por favor lista los diagnosticos y el ano en que el diagnostico se hizo: _____

CIRUGIAS Y HOSPITALIZACIONES

Has estado hospitalizado antes por algun problema medico? No Si
Si si, lista hospitalizaciones, la razon por que te admitieron y la fecha: _____

Has tenido cirugia alguna vez? No Si
Si si, lista cualquier cirugia y cuando se hicieron: _____

Has tenido alguna vez problemas con anesthesia (ser entumecido o que te pongan a dormir)? No Si
Si si por favor lista que clase de problemas: _____

HERIDAS GRAVES

Has tenido alguna vez lastimadas serias como de cabeza, cuello, espalda, o otra herida? No Si
Si si lista y describe el tipo de lastimada y cuando ocurrio: _____

Glandulas, Hormonas, y control de azucar:

Diabetes No Si si si, cuando _____
Deficiencia de tiroydes No Si si si, cuando _____

Problemas de sangre y nodulos linfaticos:

Anemia No Si si si, cuando _____

Alergias, inmuno & problemas contagiosos:

Sida No Si si si, cuando _____
Mononucleosis contagiosa No Si si si, cuando _____
Hepatitis No Si si si, cuando _____

Problemas Neurologicos

Infarto No Si si si, cuando _____
Ataques No Si si si, cuando _____

Ojos:

Cataratas No Si si si, cuando _____
Glaucoma No Si si si, cuando _____
Problemas perifericos de vision No Si

HISTORIA FAMILIAR

Problemas de anestesia especificos: Madre Padre Hermano Hermana

Piel y Pecho:

Cancer de pecho Madre Padre Hermano Hermana

Cancer de piel Madre Padre Hermano Hermana

Oidos

Perdida del oido antes de 20 Madre Padre Hermano Hermana

Perdida del oido despues de 20 Madre Padre Hermano Hermana

Cerebro y Nervios:

Demencia Madre Padre Hermano Hermana

Enfermedad Neurotubo Madre Padre Hermano Hermana

Corazon y Valvulas de Sangre:

Enfermedade Cardiaca Madre Padre Hermano Hermana

Embolio Madre Padre Hermano Hermana

Presion Arterial Alta: Madre Padre Hermano Hermana

Pulmones y Respiratorio:

Asma Madre Padre Hermano Hermana

Cancer de pulmon Madre Padre Hermano Hermana

Problemas de Nodulos limfaticos y Sangre:

Problemas de sangrado/coagulacion Madre Padre Hermano Hermana

Otro: _____ Madre Padre Hermano Hermana

Hisroria Social

Cual es o era su ocupacion? _____ Marque aqui se esta retirado Estado Marital: _____

Es usted Derecho o Izquierdo? Tiene usted un testamento de vida? No Si

Alguna vez ha usado tabaco en alguna forma? No Si si si, por favor complete lo siguiente

Que cantidad y de que tipo: _____

Estas expuesto a humo de segunda mano? No Si

Alguna vez ha usted usado alcohol en cualquier forma? No Si si si, por favor complete lo siguiente:

Que cantidad consume a la semana? _____

Uso de cafeina: Ninguno Acerca de 1 taza/dia 2-3 tazas/dia 4 o mas tazas/dia Otro: _____

Nivel de ejercicio: Ninguno Regularmente 1-2 veces/semana Regularmente 3 o mas veces/semana 20 min.

Otro: _____

Ajustes de vivienda: Solo(a) Esposo(a) Hijos Madre Padre Hogar de ancianos Asistencia para vivir

Otro: _____

REVISION DE SISTEMAS:

Lista cualquier problema que tenga o que haya tenido recientemente en las siguientes areas.

Sintomas Constitucional (fatiga, fiebre, perdida de peso no intencional, subida de peso no intencional, o otros problemas)

No Si Si si, por favor liste los problemas: _____

Oido, Nariz, Boca, Garganta, Cuello (perdida del oido, zumbido en oidos, perdida visual, alergias, problemas de sinusitis, sangrado de nariz, dolor de garganta o otros problemas)

Si si, por favor listelos: _____

Corazon y Valvulas de sangre (dolor de pecho, latido del corazon irregular, falta de respiracion, o otros problemas)

No Si Si si, por favor liste los problemas: _____

Pulmones y Sistema Respiratorio (falta de respiracion, tosiendo sangre, o flema, respirar con zumbido, o otros problemas)

No Si Si si, por favor liste los problemas: _____

Estomago y Sistema Digestivo (dificultad para tragar, agruras, nausea, vomito, diarrea, dolor abdominal, estreñimiento, sangre en excremento, o otros problemas) No Si Si si, por favor liste los problemas: _____

Huesos, Coyunturas, o Musculos (calambres, debilidad, fatiga en los musculos, cambio en medida de musculos, dolor o inflamacion en coyunturas, o otros problemas) No Si Si si, por favor liste los problemas: _____

Rinones ,Vejiga, o Salud Sexual (frecuencia o dolor al orinar, dificultad para orinar, sangre en la orina, disfuncion sexual, periodos menstruales anormales, dolor testicular o masas, enfermedades de transmision sexual, o otros problemas)

No Si Si si, por favor liste los problemas: _____

Piel y Pechos (ronchas en la piel, masas o chichones en la piel o pechos, o otros problemas)

No Si Si si por favor liste los problemas: _____

Cerebro y Sistema Nervioso (desmayos, ratos que se le olvidan, ataques, paralysis de miembros, dificultad para hablar, perdida de memoria, dolor o entumimiento en la columna, brazos o piernas, o otros problemas)

No Si Si si, por favor liste los problemas: _____

Salud Mental y Emocional (Nerviosismo, tension, cambios de humor, depression o otros problemas)

No Si Si si, por favor liste los problemas: _____

Sangre y Nodulos Linfaticos (Anemia, moretes facilmente, sangrado espontaneo, transfusion anterior, o otros problemas)

No Si Si si, por favor liste los problemas: _____

Alergias, Infecciones, Sistema Inmunitario (Ronchas, gripas frecuentes, infecciones inusuales, o otros problemas)

No Si Si si, por favor liste los problemas: _____

Por favor describa cualquier otro problema o concernimiento: _____

A la llegada de su cita, por favor asegurese de tener con usted:

- Sus tarjetas de aseguranza e informacion necesaria de referencia
- Todas sus radiografias y reportes pertinentes a su cuidado
- Todos sus archivos medicos, los cual sean pertinentes a su cuidado
- Una lista escrita de preguntas que usted tenga para nuestros medicos

Autorizacion: Yo aqui autorizo la liberacion de informacion necesaria para archivar un reclamo en mi beneficio con HCFA (CMS) y sus agents (Medicare) y a todas otras portadoras de aseguranzas. Yo autorizo **CCBSS** a apelar en mi beneficio, cualquier pago de aseguranza o decision.

Asignamiento: Yo aqui asigno beneficios medicos de otro modo pagados a mi a **CCBSS**. Yo entiendo y estoy de acuerdo que soy financieramente responsable por cualquier balance no pagado por servicios rendidos a mi junto con cuotas legales incurridas en coleccionar pagos de mi. Si es applicable, yo entiendo que soy responsable por todos los co-pagos, deducibles, co-aseguranza y balances.

Liberacion: Yo aqui doy consentimiento a la liberacion de informacion proveida o generada a **CCBSS** a mi medico primario de cuidado, medico que me refirio, sicologo, abogado, terapeuta, agencia o otro partido con un bonafide, interes pertinente via verbal, escrita, o comunicacion de fax e-mail. Una copia de imagen escaneada de mi firma sera tan valida como una original.

Firma del paciente o Guardian Legal

Fecha

.....

Nombre del paciente: _____ **Doctor:** _____