



Hemant D. Patel, M.D.
Family Practice

1968 N. Garey Avenue Pomona, CA 91767
(909) 620-3858

FORMA DE REGISTRACION

INFORMACION DE PACIENTE:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Telefono: (____) _____

Celular: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Zona Postal: _____

Seguro Social #: _____

☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Parentesco: _____

Telefono: (____) _____

Celular: (____) _____

INFORMACION DE SU ASEGURANZA

Nombre de su aseguranza: _____

Numero de Poliza/I.D.: _____

Numero del Medi-cal: _____ Numero de Medicare: _____

FUI RECOMENDADO POR:

Familiar / Amigo. Nombre: _____ Otro medio: _____

Doy autorización a mi médico a sus asociados para que me administren cualquier tratamiento que considéren necesario para mi salud y mi bienestar fisico y los libero de toda responsabilidad si yo deseo discontinuar el tratamiento antes de completarlo. Enviar la factura a mi aseguranza por el costo de mi tratamiento, si la aseguranza no cubre los gastos, yo entiendo que es mi responsabilidad pagarlo cuanto antes.

Comprendo perfectamente que todos los cargos que resulten de mi tratamiento serán mi responsabilidad total y deben de ser pagados inmediatamente al recibir la atención médica.

Nombre del Paciente:

Firma del Paciente:

Fecha:



Hemant D. Patel, M.D.
Family Practice

1968 N. Garey Avenue Pomona, CA 91767
(909) 620-3858

REQUEST / REFUSAL FOR INTERPRETIVE SERVICES
SOLICITO / DECLINO SERVICIOS DE INTERPRETACION

Patient Name / Nombre del Paciente: _____

Primary Language / Idioma original: _____

☐ Yes, I am requesting interpretive services / Si, solicito los servicios de un
Interprete. Language / Idioma: _____

☐ I prefer to use my family or friend as interpreter.
Yo prefiero que un familiar o un amigo sea mi interprete

☐ No, I don't require interpretive services / No, yo no requiero los servicios
de un interprete.

Patient Name / Nombre del Paciente

Patient Signature / Firma del Paciente

Date / Fecha

Nombre _____		Edad _____		☐ Soltero(a) ☐ Casado(a)	☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)	Fecha _____
Occupación _____		Todas las ocupaciones previas _____				
Lugar de nacimiento _____		Fecha de nacimiento _____		Por favor liste todos los lugares donde usted ha vivido _____		
Educación: _____ años de escuela secundaria _____ años de colegio _____ años de estudios postgraduados						
Fecha de su ultimo examen fisico _____ Mes _____ Año _____		Por favor liste todos los exámenes				
1. _____						
2. _____						
3. _____						
4. _____						
5. _____						
Examen de rutina-No tiene sintomas ☐						
Si esta vivo		Si ha fallecido		Algun pariente sanguineo ha padecido alguna vez de:		Por favor marque ☐ Yes or ☐ No
Edad	Estado de salud	Edad al fallecer	Causa			Quién
Padre				Cancer	☐ Yes ☐ No	
Madre				Tuberculosis	☐ Yes ☐ No	
Hermanos (as) 1.				Diabetes	☐ Yes ☐ No	
2.				Problemas del corazón	☐ Yes ☐ No	
3.				PRESION		
4.				Alta	☐ Yes ☐ No	
5.				Apoplejia	☐ Yes ☐ No	
Esposo(a)				Epilepsia	☐ Yes ☐ No	
Hijos(as) 1.				Demencia	☐ Yes ☐ No	
2.				suicidio	☐ Yes ☐ No	
3.						
4.						
5.						
6.						

HISTORIAL PERSONAL: POR FAVOR MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS DEL QUESTIONARIO ☒ Si ☐ No

ENFERMEDADES: Ha padecido alguna vez de:

Sarampion..... ☐ Si ☐ No

Rubela..... ☐ Si ☐ No

Paperas..... ☐ Si ☐ No

Varicela..... ☐ Si ☐ No

Tosferina..... ☐ Si ☐ No

Escarlatina..... ☐ Si ☐ No

Difteria..... ☐ Si ☐ No

Viruela..... ☐ Si ☐ No

Pulmonia..... ☐ Si ☐ No

Influenza..... ☐ Si ☐ No

Pleuresia..... ☐ Si ☐ No

Fiebre reumatica o mal del corazon..... ☐ Si ☐ No

Artritis o reumatismo..... ☐ Si ☐ No

Alguna enfermedad de los huesos o las articulaciones..... ☐ Si ☐ No

Neuritis or Neuralgia..... ☐ Si ☐ No

Bursitis, Sciatica or Lumbago..... ☐ Si ☐ No

Poliomielitis or Meningitis..... ☐ Si ☐ No

Nefritis..... ☐ Si ☐ No

Gonorrrea or Sifilis..... ☐ Si ☐ No

Mal de la vesicula biliar..... ☐ Si ☐ No

Anemia..... ☐ Si ☐ No

Ictericia..... ☐ Si ☐ No

Enfermedades de la vejiga..... ☐ Si ☐ No

Epilepsia..... ☐ Si ☐ No

Migrañas..... ☐ Si ☐ No

Tuberculosis..... ☐ Si ☐ No

Diabetes..... ☐ Si ☐ No

Cancer..... ☐ Si ☐ No

Presion alta o baja..... ☐ Si ☐ No

Colitis u otros trastornos intestinales..... ☐ Si ☐ No

Hemorroides u otros trastornos del recto..... ☐ Si ☐ No

Colapso nervioso..... ☐ Si ☐ No

Intoxicacion alimenticia o envenenamiento con sustancias quimicas o drogas..... ☐ Si ☐ No

Fiebre del heno o asma..... ☐ Si ☐ No

Erupción alérgica o eczema..... ☐ Si ☐ No

Infecciones frecuentes o forunculos..... ☐ Si ☐ No

SIDA..... ☐ Si ☐ No

Alguna otra enfermedad..... ☐ Si ☐ No

ALLERGIAS: Es usted alergico a los siguientes:

Penicilina o sulfa..... ☐ Si ☐ No

Aspirina, Codeina o Morfina..... ☐ Si ☐ No

Algun otro medicamento..... ☐ Si ☐ No

Algun alimento..... ☐ Si ☐ No

LESIONES: Ha sufrido alguna vez de:

Huesos fracturados o quebrados..... ☐ Si ☐ No

Torceduras..... ☐ Si ☐ No

Luxaciones..... ☐ Si ☐ No

Lesiones en la cabeza..... ☐ Si ☐ No

Una lesion donde se haya desmayado..... ☐ Si ☐ No

Peso ahora: _____ Hace un año _____

Maximo _____ Cuando _____

TRANSFUSIONES: Ha recibido alguna vez:

Transfusiones de sangre o plasma..... ☐ Si ☐ No

CIRUGIA: Se ha sometido a una:

Amigdalectomia..... ☐ Si ☐ No

Apendectomia..... ☐ Si ☐ No

Alguna otra operacion..... ☐ Si ☐ No

Tipo _____ Año _____

Tipo _____ Año _____

Tipo _____ Año _____

USTED FUMA?..... ☐ Si ☐ No

Cuantos cigarros al día? _____

Se le ha indicado que debe someterse a un procedimiento quirurgico y no lo ha hecho? ☐ Si ☐ No

Ha estado hospitalizado por alguna enfermedad..... ☐ Si ☐ No

Dé los detalles..... ☐ Si ☐ No

PADECE USTED AHORA O HA PADECIDO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO:

Dolores de cabeza frecuentes o severos	☐ Sí	☐ No
Desmayos	☐ Sí	☐ No
Mareos al cambiar de posición	☐ Sí	☐ No
Ataques de pérdida del conocimiento	☐ Sí	☐ No
Visión nublada	☐ Sí	☐ No
Visión doble	☐ Sí	☐ No
Manchas frente a los ojos	☐ Sí	☐ No
Infecciones en los ojos	☐ Sí	☐ No
Dolor detrás de los ojos	☐ Sí	☐ No
Cualquier cambio en la vista	☐ Sí	☐ No
Usa usted espejuelos o lentes	☐ Sí	☐ No
Quando fué su último examen de la vista		
Dolor de oído	☐ Sí	☐ No
Supuración por los oídos	☐ Sí	☐ No
Zumbido en los oídos	☐ Sí	☐ No
Pérdida de la audición	☐ Sí	☐ No
Sangramiento por la nariz frecuente	☐ Sí	☐ No
Resfriados frecuentes	☐ Sí	☐ No
Sinusitis	☐ Sí	☐ No
Fiebre del heno	☐ Sí	☐ No
Olores extraños persistentes	☐ Sí	☐ No
Sabor extraño o pérdida del sentido del gusto	☐ Sí	☐ No
Ronquera persistente	☐ Sí	☐ No
Dificultad al pasar	☐ Sí	☐ No
Glándulas inflamadas	☐ Sí	☐ No
Dolor frecuente de garganta	☐ Sí	☐ No
Lesiones frecuentes en la boca	☐ Sí	☐ No
Encías adoloridas o que sangran al cepillarse	☐ Sí	☐ No
Dolor en el pecho	☐ Sí	☐ No
Angina de pecho	☐ Sí	☐ No
Sangra al toser	☐ Sí	☐ No
Dolor en el/los brazo(s)	☐ Sí	☐ No
Sudor nocturno	☐ Sí	☐ No
Tos frecuente o crónica	☐ Sí	☐ No
Tos frecuente o crónica en posición acostada	☐ Sí	☐ No
Se despierta de noche con falta de respiración	☐ Sí	☐ No
Cuántas almohadas usa		
Falta de respiración al:		
Caminar varias cuadras	☐ Sí	☐ No
Al subir un tramo de escalera	☐ Sí	☐ No
Al acostarse	☐ Sí	☐ No
Labios o dedos morados	☐ Sí	☐ No
Palpitaciones o aleteo en el corazón	☐ Sí	☐ No
Presión alta	☐ Sí	☐ No
Manos, pies o tobillos hinchados	☐ Sí	☐ No
A que hora del día		
Calambres en las piernas al caminar o de noche	☐ Sí	☐ No
Venas inflamadas en las piernas	☐ Sí	☐ No
Dolor de estómago frecuente	☐ Sí	☐ No
Eructación o acidez estomacal	☐ Sí	☐ No
Se alivia tomando un alimento o medicamento	☐ Sí	☐ No
Apetito - Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐		
Náuseas o vómito	☐ Sí	☐ No
Vomita sangre	☐ Sí	☐ No
Evita algunos alimentos	☐ Sí	☐ No
Que tipos		
Evita ingerir especies	☐ Sí	☐ No
Calambres estomacales	☐ Sí	☐ No
Color de la evacuación		
Sangre en la evacuación	☐ Sí	☐ No
Dolor en el recto al evacuar	☐ Sí	☐ No
Dolor o ardor al orinar	☐ Sí	☐ No
Pérdida de orina al toser o estornudar	☐ Sí	☐ No
Secreción en el pene	☐ Sí	☐ No
Dolores de espalda frecuentes	☐ Sí	☐ No
Dolores en la espalda	☐ Sí	☐ No
Dolor en las articulaciones	☐ Sí	☐ No
Hinchazón en alguna articulación	☐ Sí	☐ No
Enrojecimiento o calor en alguna articulación	☐ Sí	☐ No

Cosquilleo o debilidad en las manos o los pies	☐ Sí	☐ No
Espasmos musculares	☐ Sí	☐ No
Pérdida o cambio en la sensación de las manos o pies	☐ Sí	☐ No
Temblores en alguna extremidad	☐ Sí	☐ No
Bulto o masa en el cuello o la garganta	☐ Sí	☐ No
Fogaje o rubores	☐ Sí	☐ No
Cansancio sin motivo aparente	☐ Sí	☐ No
Uñas quebradizas	☐ Sí	☐ No
Sequedad de la piel	☐ Sí	☐ No
Se magulla o le salen moretones con facilidad	☐ Sí	☐ No
Incapacidad de soportar el calor	☐ Sí	☐ No
Incapacidad de soportar el frío	☐ Sí	☐ No
Cambio en la textura del pelo	☐ Sí	☐ No
Cambio en la textura de la piel	☐ Sí	☐ No
Alguna erupción en la piel	☐ Sí	☐ No

RAYOS X: Se ha hecho alguna vez radiografías de:

Pecho	☐ Sí	☐ No
Estómago o colon	☐ Sí	☐ No
Vesícula biliar	☐ Sí	☐ No
Extremidades	☐ Sí	☐ No
Espalda	☐ Sí	☐ No
Dientes	☐ Sí	☐ No
Otro		

ELECTROCARDIOGRAMA: Se ha hecho alguna vez un electrocardiograma? ☐ Sí ☐ No

INMINIZACIONES: Ha recibido las siguientes vacunas:

Contra el tetano	☐ Sí	☐ No
Neumonía	☐ Sí	☐ No
Influenza	☐ Sí	☐ No

MEDICINAS: Laxantes;, nunca ☐ ocas. ☐ frec. ☐ diaria ☐

Vitaminas;, nunca ☐ ocas. ☐ frec. ☐ diaria ☐

Tranquilizantes;, nunca ☐ ocas. ☐ frec. ☐ diaria ☐

Aspirina, etc.;, nunca ☐ ocas. ☐ frec. ☐ diaria ☐

Cortisona, adrenocorticotropina;, nunca ☐ ocas. ☐ frec. ☐ diaria ☐

Hormonas tiroideas, nunca ☐ sí, en el pasado, ahora no ☐
diaria ☐ ahora toma _____ gm. al día

Medicamentos para reducir el apetito, nunca ☐ ocas. ☐ frec. ☐ diaria ☐

¿Ha recibido tratamiento por el uso de drogas?, ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido insulina o tomado tabletas para la diabetes? ☐ Sí ☐ No

¿Ha tomado tabletas o recibido inyecciones de hormonas? ☐ Sí ☐ No

MUJERES SOLAMENTE - HISTORIA DE LA MENSTRUACION ☐ Sí ☐ No

Edad en que comenzó

¿Regular? ☐ Sí ☐ No ☐ Varía

Ciclo días (desde el comienzo hasta el final)

Flujo: ☐ Pesado ☐ Mediano ☐ Ligero

Número de toallas higiénicas que usa durante el periodo

Ha tenido coágulos, ☐ Sí ☐ No

Dolor o calambres, ☐ Sí ☐ No

Fecha del último periodo

Fecha del último examen pélvico

Fecha de la última prueba de Papanicolaou

Resultados ☐ Pos. ☐ Neg.

Alguna secreción vaginal, ☐ Sí ☐ No

 Sí afirmativo, color

 Cantidad

 Describe

Picazón el área vaginal, ☐ Sí ☐ No

Toma píldoras anticonceptivas, ☐ Sí ☐ No

 Por cuánto tiempo las ha tomado

Embarazos:

 Cuántos hijos nacidos vivos

 Cuántos hijos nacidos muertos

 Cuántos nacimientos prematuros

 Cuántas cesáreas

 Cuántos abortos involuntarios

Alguna complicación en el embarazo, ☐ Sí ☐ No

 Describe

 Otro

CUESTIONARIO **"MANTÉNGASE SALUDABLE"** **Adultos de 18 años y mayores**

Patient Stamp

Patient Number

Plan Name/Number

If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number

Nombre y apellido del paciente

Fecha de nacimiento

Sexo

Fecha

☐ Hombre ☐ Mujer

For Clinical Use

Assistance needed:

Reading: ☐ Yes ☐ NoInterpreter: ☐ Yes ☐ NoAnnual Review
Date/Initials

El equipo médico y usted pueden colaborar para tener una buena salud. Por favor conteste estas preguntas lo mejor que pueda. Si no sabe la respuesta o no desea contestar, puede marcar (✓) "omite". Puede hablar con su proveedor de salud acerca de cualquier pregunta. Sus respuestas serán confidenciales y serán parte de su expediente médico.

Ejemplo de una pregunta y respuesta: ¿Practica deportes?

☒ Sí ☐ No ☐ Omita

Interventions
Code/Date/Initials

Usted:

1. ¿Recibe atención médica de alguna persona aparte de un médico, como un curandero, un yerbayero, u otros? ☐ No ☐ Sí ☐ Omita
2. ¿Va al dentista por lo menos una vez al año? ☐ Sí ☐ No ☐ Omita
3. ¿Toma leche o yogur o come queso por lo menos 3 veces al día? ☐ Sí ☐ No ☐ Omita
4. ¿Come por lo menos 5 porciones de frutas o verduras al día? ☐ Sí ☐ No ☐ Omita
5. ¿Intenta reducir la cantidad de alimentos fritos o comidas rápidas que come? ☐ Sí ☐ No ☐ Omita
6. ¿Hace ejercicio o practica una actividad física moderada como caminar o jardinería 5 días a la semana? ☐ Sí ☐ No ☐ Omita
7. ¿Cree que necesita perder o aumentar de peso? ☐ No ☐ Sí ☐ Omita
8. ¿Se siente a menudo triste, deprimido o desesperado? ☐ No ☐ Sí ☐ Omita
9. ¿Tiene amigos o familiares que fuman en su casa? ☐ No ☐ Sí ☐ Omita
10. ¿Pasa tiempo al aire libre sin usar loción, sombrero o camisa para protegerse contra el sol? ☐ No ☐ Sí ☐ Omita

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

Sus respuestas a las preguntas sobre el uso de alcohol y drogas no se compartirán con otras personas sin su permiso por escrito.				For Clinical Use	
				Interventions Code/Date/Initials	
11.	¿Fuma usted cigarrillos o puros, o usa otra clase de tabaco?	No	Sí	Omita	
12.	¿Toma usted alguna droga o medicina para dormir, relajarse, calmarse, sentirse mejor o perder peso?	No	Sí	Omita	
13.	¿Toma usted a menudo más de dos bebidas alcohólicas en un día?	No	Sí	Omita	
14.	¿Cree que usted o su pareja podría estar embarazada?	No	Sí	Omita	
15.	¿Cree que usted o su pareja podría tener una enfermedad transmitida sexualmente?	No	Sí	Omita	
16.	En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales sin usar algún método anticonceptivo?	No	Sí	Omita	
17.	En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales con otras personas?	No	Sí	Omita	
18.	En el último año, ¿usted o su pareja ha tenido relaciones sexuales sin usar un condón?	No	Sí	Omita	
19.	¿Alguna vez le han forzado o presionado a tener relaciones sexuales?	No	Sí	Omita	
20.	¿Alguna vez le han golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente?	No	Sí	Omita	
21.	¿Tiene alguna pregunta o preocupación relacionada con su salud?	No	Sí	Omita	
(Por favor escríbala) _____					

For Clinical Use					
Intervention Codes:	C: Counseling	EM: Educational Materials	R: Referral	F: Follow-up Needed	SPN: See Progress Notes

Declaración sobre la Privacidad

a Ley de Prácticas sobre la Información (*Information Practices Act*) de 1977 (Código Civil de California 1798) y la Ley Federal sobre la Privacidad (5 USC 552a, sección (E)(3)) exigen que se proporcione este aviso al solicitar información personal de los individuos. Su proveedor de atención médica, su plan médico y el departamento de Servicios de Salud solicitan la información en este cuestionario, con el fin de proporcionar servicios de educación sobre la salud. El proporcionar esta información es opcional para el paciente. El no proporcionar la información solicitada no ocasionará ninguna consecuencia negativa al paciente. La información que aparece en este cuestionario se mantendrá en el expediente médico del paciente, y se protege legalmente de la misma forma que cualquier otra información que se mantiene en el expediente médico del paciente. Las leyes y los reglamentos estatales, incluyendo los requisitos de reporte y protección de la confidencialidad del paciente son pertinentes a toda la información indicada en este cuestionario. Dentro de los límites de estas leyes y reglamentos, cierta información anotada en este cuestionario puede transferirse a las dependencias reglamentarias gubernamentales locales y estatales, a los planes con los que se tiene un contrato y a los proveedores de atención médica.

NAME: _____
D.O.B: _____



Hemant D. Patel, M.D.
FAMILY PRACTICE
1968 N. GAREY AVE.
POMONA, CA 91767

DATE: _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido
difícil
☐

Un poco
difícil
☐

Muy
difícil
☐

Extremadamente
difícil
☐

X _____

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

NAME: _____
D.O.B: _____



Hemant D. Patel, M.D.
FAMILY PRACTICE
1968 N. GAREY AVE.
POMONA, CA 91767

DATE: _____

SÍNTOMAS FÍSICOS (PHQ-15)

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánta molestia ha tenido por cualquiera de los siguientes problemas?

	Sin molestia (0)	Un poco de molestia (1)	Mucha molestia (2)
a. Dolor de estómago	☐	☐	☐
b. Dolor de espalda	☐	☐	☐
c. Dolor en sus brazos, piernas o coyunturas (rodillas, caderas, etc.)	☐	☐	☐
d. Calambres menstruales u otros problemas con sus períodos PARA MUJERES SOLAMENTE	☐	☐	☐
e. Dolores de cabeza	☐	☐	☐
f. Dolores en el pecho	☐	☐	☐
g. Mareos	☐	☐	☐
h. Episodios de desmayos	☐	☐	☐
i. Ha sentido su corazón palpitar o acelerarse	☐	☐	☐
j. Corto(a) de respiración	☐	☐	☐
k. Dolor o problemas durante la penetración sexual	☐	☐	☐
l. Estreñimiento, intestino suelto o diarrea	☐	☐	☐
m. Náusea, gas o indigestión	☐	☐	☐
n. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	☐	☐	☐
o. Ha tenido dificultad para dormir	☐	☐	☐

x _____ (For office coding: Total Score T _____ = _____ + _____)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.