

REGISTRO DE PACIENTE

Ahorre tiempo y enviar registro en línea: www.mtviewsurgery.com/registro

FECHA DE CITA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

EDAD: _____ HOMBRE MUJER NO BINARIO NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

EMPLEADOR: _____

NÚMEROS DE TELÉFONO: Casa: _____ () Está bien dejar un mensaje detallado

Celular: _____ () Está bien dejar un mensaje detallado

Raza: (marque uno)

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> American Indian | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian |
| <input type="checkbox"/> Alaskan Native | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> White |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Other Race |
| <input type="checkbox"/> African American | <input type="checkbox"/> Unknown |

Etnicidad: (marque uno)

- | |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hispanic |
| <input type="checkbox"/> Non-Hispanic |
| <input type="checkbox"/> Other |

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Contacto de emergencia: _____

Relación al paciente: _____

Teléfono de casa #: (_____) _____ Celular#: (_____) _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE REFIERE O DEL MÉDICO PRIMARIO:

Nombre del médico remitente: _____

Dirección: _____ City _____ Zip _____

Teléfono de oficina # (_____) _____ Número de fax# (_____) _____

** Recuerde traer su identificación con foto, tarjetas de aseguranza médica y un conductor debe acompañarlo a su cita.*

** Al firmar, reconoce que, aunque se le facturará a su compañía de seguros por este servicio, usted es el responsable final del pago de esta cuenta.*

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Historial Medico

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Razón del procedimiento: _____

¿Podría estar embarazada? No Sí ¿Le gustaria una prueba de embarazo? No Sí

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses? (marque todo lo que corresponda)

Dolor de pecho dificultad para respirar accidente cerebrovascular

coágulo de sangre convulsiones colocación de stent coronario

¿Ha tenido alguna reacción adversa a la anestesia o la sedación?

No Si, por favor describa: _____

¿Utiliza oxígeno suplementario? No Sí

¿Utiliza una máquina CPAP por la noche? No Sí

¿Tiene un desfibrilador y / o marcapasos? No Sí

¿Tiene algún problema médico (como diabetes, presión arterial alta, etc.)?

¿Ha tenido alguna cirugía / procedimiento (incluyendo colonoscopia y endoscopia superior) en el pasado? ¿Cuándo?

¿Utiliza alguno de los siguientes? (marque todo lo que corresponda):

tabaco marijuana alcohol drogas ilícitas

¿Algún miembro de la familia ha sido diagnosticado con cáncer de esófago, estómago, hígado, páncreas o colon? No Sí

En caso afirmativo, ¿cuál es su relación con usted y a qué edad fueron diagnosticados?

Firma: _____ Fecha: _____

Para uso de oficina

MAPA Y DIRECCIONES

10408 Industrial Circle · Redlands, CA 92374 · (909) 796-7803

ESTE:

- 10 OESTE PARA MOUNTAIN VIEW, IZQUIERDA, LUEGO UNA IZQUIERDA EN BUSINESS CENTER DRIVE.
- CONTINUE HASTA INDUSTRIAL CIRCLE, HAGA UNA DERECHA.

OESTE:

- 10 ESTE PARA MOUNTAIN VIEW, DERECHA, LUEGO UNA IZQUIERDA EN BUSINESS CENTER DRIVE.
- CONTINUE HASTA INDUSTRIAL CIRCLE, HAGA UNA DERECHA.

