

CARLOS SILVA, M.D., P.A.
BOARD CERTIFIED IN INTERNAL MEDICINE/FAMILY PRACTICE
4446 EAST FLETCHER AVE, SUITE D, TAMPA FL 33613
PHONE: 813-972-2974 FAX: 813-866-7227

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Numero de Seguro Social:** _____

Dirección principal: _____

Número de teléfono de la casa: _____ **Número de teléfono celular:** _____

Raza: Blanco – Negro o Afroamericano – Hispano – Asiatico – Indio – Alaskano -
Nativo Hawaiano u otra Isla del Pacifico

Etnicidad: Hispano – No hispano

Idioma: _____

Farmacia y la dirección: _____

Relación y contacto de emergencia: _____

Dirección de correo electrónico: _____

****TENEMOS UN PORTAL PARA PACIENTES, SI DESEA TENER ACCESO POR FAVOR PROVEA SU EMAIL****

POR FAVOR ENTREGUENOS SU LICENCIA DE CONDUCIR Y SU TARJETA DE SEGURO PARA HACER UNA COPIA Y TENER EN SU ARCHIVO.

Cesión y Divulgación: certifico que yo, y/o uno de mis dependientes tienen cobertura de seguro con la compañía de seguros arriba mencionada y por medio de la presente asigno directamente al Dr. Carlos Silva todos los beneficios del seguro, si existen, que de otra manera me serían pagados a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los servicios prestados sean pagados o no por la compañía de seguros. Autorizo el uso de mi firma para cobrar servicios a todos los de seguros.

El Dr. Carlos A. Silva, puede utilizar mi información médica y podrá revelar dicha información a las compañías de seguros mencionados y a sus agentes con el propósito de obtener el pago de servicios y determinar los beneficios de los seguros o los beneficios por pagar por servicios prestados. Este consentimiento finalizará cuando termine mi plan de tratamiento actual o un año desde la fecha de la firma de este documento. Autorizo a dicho cesionario para divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago. Autorizo al Dr. Carlos A. Silva, a bajar mi historia de prescripción médica así como los beneficios de prescripción a mi cuenta de un centro de intercambio de Prescripción (Rx Clearing House).

Firmado: _____ Fecha: _____

CARLOS SILVA, M.D., P.A.
BOARD CERTIFIED IN INTERNAL MEDICINE/FAMILY PRACTICE
4446 EAST FLETCHER AVE, SUITE D, TAMPA FL 33613
PHONE: 813-972-2974 FAX: 813-866-7227

Lista de medicamentos

Medicación	DOSIS	FRECUENCIA

HISTORIA MÉDICA Y SOCIAL

Motivo de su visita hoy: _____

¿Es alérgico a algún medicamento? _____

Reacción: _____

¿Es alérgico a cualquier otra cosa? _____

Reacción: _____

Consumo de tabaco (circule uno): Utiliza actualmente tabaco - ha utilizado tabaco en el pasado - nunca ha utilizado tabaco

Cuánto fuma al día?: _____ Cuánto tiempo lleva usando tabaco?: _____

Consumo de alcohol (circule uno): Bebe actualmente – Bebía en el pasado - nunca ha bebido alcohol

Tipo de bebida: _____ Cuánto bebe? _____ Cuánto tiempo lleva bebiendo? _____

¿Tiene, utiliza o hace lo siguiente?: (circule todos los que aplican)

Hace ejercicio - Usa cinturones de seguridad en los carros - Tiene mascotas - Usa gafas/lentes de contacto - Tiene prótesis dentales - Tiene articulaciones artificiales - Tiene válvulas en el corazón/en las arterias – Sigue una dieta especial - Usa drogas recreativas - Ha sido víctima de violencia doméstica.

CARLOS SILVA, M.D., P.A.
BOARD CERTIFIED IN INTERNAL MEDICINE/FAMILY PRACTICE
4446 EAST FLETCHER AVE, SUITE D, TAMPA FL 33613
PHONE: 813-972-2974 FAX: 813-866-7227

¿Es sexualmente activo/a?: SI NO

En caso afirmativo: Con hombres con mujeres con ambos sexos

Tiene alguna discapacidad o desventajas: _____

Fecha del último examen físico completo: _____

Si es mayor de 50 años, cual fue la fecha de su ultima colonoscopia? _____

Donde? _____

Mujeres: ¿Está embarazada? _____ ¿Ha estado embarazada alguna vez? _____

Número de partos _____ Número de abortos y/o perdidas _____

Hombres: Último examen de próstata: _____

Ha sido inmunizados contra (circule los que aplican): Sarampión – Paperas – Rubéola – Hepatitis –
Poliomielitis – Neumonía – Gripe - Tétano

¿Tiene Testamento en vida u orden de NO resucitar (DNR)? _____

En caso afirmativo favor entréguenos una copia.

HISTORIA MÉDICA Y QUIRÚRGICA

Liste todas las cirugías que ha tenido en el pasado _____

CARLOS SILVA, M.D., P.A.
BOARD CERTIFIED IN INTERNAL MEDICINE/FAMILY PRACTICE
4446 EAST FLETCHER AVE, SUITE D, TAMPA FL 33613
PHONE: 813-972-2974 FAX: 813-866-7227

Marque todas la que ha tenido o tiene actualmente:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> ASMA | <input type="radio"/> CONVULSIONES | <input type="radio"/> ENFERMEDAD INTESTINAL |
| <input type="radio"/> RINITIS ALÉRGICA | <input type="radio"/> EPILÉPTICAS | <input type="radio"/> O DEL COLON |
| <input type="radio"/> ENFISEMA | <input type="radio"/> DOLORES DE CABEZA | <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE LA PIEL |
| <input type="radio"/> NEUMONÍA | <input type="radio"/> DEPRESIÓN | <input type="radio"/> CATARATAS |
| <input type="radio"/> CÁNCER | <input type="radio"/> ATAQUE DE NERVIOS | <input type="radio"/> GLAUCOMA |
| <input type="radio"/> DIABETES | <input type="radio"/> ARTRITIS | <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE LOS |
| <input type="radio"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL | <input type="radio"/> GOTA | <input type="radio"/> RIÑONES |
| <input type="radio"/> ENFERMEDADES DEL | <input type="radio"/> ENFERMEDADES VENÉREAS | <input type="radio"/> INFECCIONES URINARIAS |
| <input type="radio"/> CORAZÓN | <input type="radio"/> TUBERCULOSIS | <input type="radio"/> PROBLEMAS DE LA |
| <input type="radio"/> SOPLO DE CORAZÓN | <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE HÍGADO | <input type="radio"/> PRÓSTATA |
| <input type="radio"/> COLESTEROL ALTO | <input type="radio"/> ICTERICIA / HEPATITIS | <input type="radio"/> PROBLEMAS MENSTRUALES |
| <input type="radio"/> FIEBRE REUMÁTICA | <input type="radio"/> TRANSFUSIÓN DE SANGRE | <input type="radio"/> LESIONES GRAVES |
| <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE LA | <input type="radio"/> ANEMIA | <input type="radio"/> SARAMPIÓN |
| <input type="radio"/> TIROIDES | <input type="radio"/> PROBLEMAS SANGRANTES | <input type="radio"/> RUBÉOLA |
| <input type="radio"/> DERRAME CEREBRAL | <input type="radio"/> ÚLCERAS DE ESTÓMAGO | <input type="radio"/> PAPERA |
| | <input type="radio"/> ACIDEZ ESTOMACAL | <input type="radio"/> VARICELA |
| | | <input type="radio"/> OTRO _____ |

Por favor marque e indique parentesco si alguno de sus familiares tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> ASMA | <input type="radio"/> CONVULSIONES | <input type="radio"/> ENFERMEDAD INTESTINAL |
| <input type="radio"/> RINITIS ALÉRGICA | <input type="radio"/> EPILÉPTICAS | <input type="radio"/> O DEL COLON |
| <input type="radio"/> ENFISEMA | <input type="radio"/> DOLORES DE CABEZA | <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE LA PIEL |
| <input type="radio"/> NEUMONÍA | <input type="radio"/> DEPRESIÓN | <input type="radio"/> CATARATAS |
| <input type="radio"/> CÁNCER | <input type="radio"/> ATAQUE DE NERVIOS | <input type="radio"/> GLAUCOMA |
| <input type="radio"/> DIABETES | <input type="radio"/> ARTRITIS | <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE LOS |
| <input type="radio"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL | <input type="radio"/> GOTA | <input type="radio"/> RIÑONES |
| <input type="radio"/> ENFERMEDADES DEL | <input type="radio"/> ENFERMEDADES VENÉREAS | <input type="radio"/> INFECCIONES URINARIAS |
| <input type="radio"/> CORAZÓN | <input type="radio"/> TUBERCULOSIS | <input type="radio"/> PROBLEMAS DE LA |
| <input type="radio"/> SOPLO DE CORAZÓN | <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE HÍGADO | <input type="radio"/> PRÓSTATA |
| <input type="radio"/> COLESTEROL ALTO | <input type="radio"/> ICTERICIA / HEPATITIS | <input type="radio"/> PROBLEMAS MENSTRUALES |
| <input type="radio"/> FIEBRE REUMÁTICA | <input type="radio"/> TRANSFUSIÓN DE SANGRE | <input type="radio"/> LESIONES GRAVES |
| <input type="radio"/> ENFERMEDAD DE LA | <input type="radio"/> ANEMIA | <input type="radio"/> SARAMPIÓN |
| <input type="radio"/> TIROIDES | <input type="radio"/> PROBLEMAS SANGRANTES | <input type="radio"/> RUBÉOLA |
| <input type="radio"/> DERRAME CEREBRAL | <input type="radio"/> ÚLCERAS DE ESTÓMAGO | <input type="radio"/> PAPERA |
| | <input type="radio"/> ACIDEZ ESTOMACAL | <input type="radio"/> VARICELA |
| | | <input type="radio"/> OTRO _____ |