

Medical Group

**Formulario de registro para nuevos pacientes – Información médica**

Nombre del paciente: Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>¿Actualmente quiénes son sus proveedores de atención médica?</b>	
Nombre del proveedor	Especialidad, o condición por la cual le tratan

<b>Cuidados preventivos</b>					
	Fecha		Fecha		Fecha
Examen físico anual		Examen de la próstata		Prueba del colesterol	
Colonoscopia		Prueba de Papanicolaou		Prueba para detectar diabetes	
Densidad ósea		Mamografía		Examen de la vista	
Examen dental					

<b>Inmunizaciones</b>					
	Fecha		Fecha		Fecha
Tétanos (Td o Tdap)		VPH (Gardasil)		Influenza (gripe)	
Hepatitis A		Hepatitis B		Meningitis	
Pulmonía		Herpes zóster		Otro (por favor escríbalo abajo)	

<b>¿Alergias o intolerancia a medicamentos?</b>	
Nombre	Reacción

<b>Por favor liste todos los medicamentos, suplementos, medicamentos de venta sin receta, cremas e inhaladores.</b>		
Nombre	Dosis/potencia	Frecuencia

Por favor circule todos los problemas o condiciones médicas actuales o anteriores.		
Insuficiencia cardíaca	Hipertensión	ADD/ADHD (Trastorno por déficit de atención)
Enfermedad crónica pulmonar	Hipertiroidismo	Alergias de temporada
Enfermedad arterial cardíaca	Hipotiroidismo	Anemia
Depresión	Enfermedad renal	Ansiedad
Diabetes Tipo 1	Migrañas	Artritis
Diabetes Tipo 2	Ataque cardíaco	Asma
Enfisema	Úlceras estomacales/intestinales	Trastorno bipolar
Acidez estomacal	Convulsiones	Coágulos sanguíneos
Glaucoma	Infecciones de transmisión sexual	Transfusión sanguínea
Soplo cardíaco	Accidente cerebrovascular	Cáncer
VIH/SIDA	Abuso de sustancias químicas	Cataratas
Alto colesterol	Fiebre del valle	

Por favor circule todas las operaciones o cirugías importantes.		
Ninguna	Colon	Reemplazo de articulaciones
Apendectomía	Stent coronario arterial	Columna vertebral
Aumento de senos	Cirugía cosmética	Cirugía de la tiroides
Cirugía de senos	Ojos	Extirpación de las anginas
Cesárea	Reparación de fractura	Ligadura de trompas de Falopio
Derivación cardíaca	Reparación de hernia	Cirugía de las válvulas cardíacas
Vesícula biliar	Histerectomía	Ovarios

Antecedentes médicos familiares – Por favor marque la casilla apropiada si se presenta/presentó alguna de estas condiciones																				
	Abuso de alcohol	Artritis	Asma	Defectos congénitos	Cáncer	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Depresión	Diabetes	Abuso de drogas	Muerte temprana	Sordera	Alto colesterol	Hipertensión	Enfermedad renal	Enfermedades mentales	Abortos espontáneos	Accidente cerebrovascular	Ceguera	Enfermedad de Alzheimer	Otro
Padre																				
Madre																				
Hermanos																				
Hijos																				
Otro																				

<b>Antecedentes sociales</b>											
<b>Consumo de alcohol – Por favor circule su respuesta.</b>											
Copas de vino por semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
Latas de cerveza por semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
Tragos de licor por semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
Bebidas mezcladas con 0.5 onzas de alcohol por semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
<b>Actividad sexual – Por favor marque su respuesta.</b>											
¿Se encuentra sexualmente activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No por ahora											
¿Tiene pareja sexual? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos											
¿Qué método anticonceptivo usa? <input type="checkbox"/> Retiro (interrupción) <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Insertos <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino <input type="checkbox"/> La píldora <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Ritmo <input type="checkbox"/> Espermicida <input type="checkbox"/> Esponja <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> No es aplicable											
<b>Uso de drogas – Por favor marque su respuesta.</b>											
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> Cocaína tipo "Crack" <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Metanfetaminas <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Inhalación de gases											
<b>Uso de tabaco – Por favor marque su respuesta.</b>											
<input type="checkbox"/> Fumo todos los días <input type="checkbox"/> Fumo algunos días <input type="checkbox"/> Ya no fumo <input type="checkbox"/> Fumo mucho <input type="checkbox"/> Fumo ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca he fumado <input type="checkbox"/> Expuesto al humo de segunda mano											
¿Si alguna vez fumó/actualmente fuma, cuántas cajetillas en promedio por día? <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1½ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ó más											
¿Cuántos años fumó/ha fumado?											
¿Alguna vez ha masticado tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Si actualmente usa algún producto del tabaco, ¿está listo para dejar de hacerlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											

<b>Hospitalizaciones</b>		
Razón	Año	Comentarios

<b>Lesiones graves</b>		
Tipo	Año	Comentarios

<b>Voluntades anticipadas (testamento vital y poder notarial para asuntos médicos )</b>		
¿Tiene un documento de voluntades anticipadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Le gustaría obtener información o una copia de los formularios para voluntades anticipadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Medical Group****Formulario de registro para nuevos pacientes – Demografía y seguro médico****Paciente:** Nombre/Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_

No. Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: M | F

Domicilio del paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio adicional del paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de teléfono primario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular | Casa | Trabajo

Número de teléfono secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular | Casa | Trabajo

Correo electrónico del trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su idioma primario? \_\_\_\_\_ ¿Requiere de un intérprete? Sí | No

Estado civil: Divorciado | Separado legalmente | Casado | Otro | Unión libre | Soltero | Viudo

Religión que practica: \_\_\_\_\_  Prefiero no contestar.**El gobierno de los Estados Unidos nos exige que hagamos las siguientes preguntas:**

1. Cómo identifica usted su etnicidad?

\_\_\_\_\_ Hispano o latino

\_\_\_\_\_ No hispano o latino

\_\_\_\_\_ Prefiero no contestar.

2. ¿Cómo identifica usted su raza?

\_\_\_\_\_ Amerindio o nativo de Alaska

\_\_\_\_\_ Negro o afroamericano

\_\_\_\_\_ Nativo hawaiano

\_\_\_\_\_ Otras islas del Pacífico

\_\_\_\_\_ Blanco o caucásico

\_\_\_\_\_ Asiático

\_\_\_\_\_ Prefiero no contestar.

¿Quién es su médico de atención primaria? \_\_\_\_\_

Nombre del centro de atención primaria: \_\_\_\_\_

Estado laboral: Tiempo completo | Medio tiempo | Jubilado | Discapacitado | Estudiante | Desempleado

Nombre de empleador: \_\_\_\_\_

¿Cuántos empleados trabajan en su compañía?  1-19 20-99 100+ No lo sé

Nombre del paciente: Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿A quién desea asignar como su persona de **contacto en caso de emergencia**?

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relación que tiene con usted: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular | Casa | Trabajo

¿Quién es el **garante** de su cuenta? ¿Sobre quién recae la responsabilidad financiera de cualquier cantidad no pagada por la compañía de seguros? Por favor escriba "Yo mismo" Si usted es el responsable financiero.

Garante: Nombre/ Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_

No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: M | F

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular | Casa | Trabajo

Nombre de la compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

Miembro/Número de identificación del asegurado: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Domicilio de la compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

Relación que tiene el asegurado con el paciente: Mismo | Padre | Esposo(a) | Otro: \_\_\_\_\_

Asegurado: Nombre/ Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_

No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: M | F

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular | Casa | Trabajo

¿Cuenta con algún seguro médico adicional? Sí | No

Por favor presente todas las tarjetas de seguro médico.

**ESTADO DE ARIZONA**  
**TESTAMENTO EN VIDA (atenciones al final de la vida)**  
Instrucciones y formulario

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Use este formulario de testamento en vida para tomar decisiones ahora sobre sus atenciones médicas si alguna vez se viera en condiciones desahuciadas, en estado vegetativo persistente o en coma irreversible. Debe platicar con su doctor(a) acerca de lo que significan estas expresiones. El testamento en vida manifiesta las decisiones que usted hubiera tomado por cuenta propia si hubiera sido capaz de comunicarse. Son las directrices por escrito para su representante médico, si lo tiene, su familia, su médico y cualquier otra persona que se encuentre en condiciones de tomar decisiones de atenciones médicas para usted. Platique con los familiares, amigos, y otros en los que confíe sobre lo que usted escoja. Además, conviene platicarle a los profesionales tales como su doctor, su clérigo y un(a) abogado/a antes de que usted complete y firme el testamento en vida.

Si usted decidiera que este fuera el formulario que usted quisiera usar, complete el formulario. No firme el testamento en vida hasta tanto su testigo o Notario/a Público/a este presente para verle firmarlo. En la página 2 hay más instrucciones para usted sobre la firma.

**IMPORTANTE: Si usted tiene un testamento en vida y una carta poder perdurable para atenciones médicas, debe adosar el testamento en vida a la carta poder perdurable para atenciones médicas.**

**1. Información sobre mí:** (Se me denomina el/la "Principal")

Mi Nombre: \_\_\_\_\_

Mi Edad: \_\_\_\_\_

Mi Dirección: \_\_\_\_\_

Mi Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mi Teléfono: \_\_\_\_\_

**2. Mis decisiones sobre las atenciones al final de la vida:**

**NOTA:** He aquí algunas declaraciones generales sobre lo que usted pudiera escoger en cuanto las atenciones médicas que usted quiera al concluir su vida. Aparecen en el orden que dictan las leyes de Arizona. Usted puede escribir las iniciales de su nombre en cualquier combinación de los párrafos A, B, C, y D. **Si usted escribe las iniciales de su nombre en el párrafo E, no escriba las iniciales en los otros párrafos.** Lea todas las declaraciones cuidadosamente antes de escribir las iniciales para indicar lo que usted escoja. También puede escribir en la sección 3 de este formulario su propia declaración sobre los tratamientos para mantenerle la vida y otros asuntos sobre sus atenciones médicas.

\_\_\_\_\_ **A. Sólo atenciones para mi comodidad:** Si estuviera en condiciones desahuciadas, no quiero que me prolonguen la vida ni quiero tratamiento que me sostenga la vida, aparte de las atenciones para mi comodidad, que solo sirva para demorar artificialmente el momento de morir. (NOTA: "Las atenciones para su comodidad" significa el tratamiento que intente proteger y realzar la calidad de vida sin prolongar la vida artificialmente.)

\_\_\_\_\_ **B. Limitaciones precisas a los tratamientos médicos que quiero:** (NOTA: Escriba las iniciales de su nombre o marque una o más elección/es; hable con su doctor(a) sobre lo que elija.) Si estuviera en condiciones desahuciadas, o si estuviera en coma irreversible o en estado vegetativo persistente que a los doctores les pareciera justo pensar que fuera irreversible o curable, quiero que se me dé el tratamiento médico necesario que brinde las atenciones que me mantengan cómodo/a, pero **no quiero lo siguiente:**

- \_\_\_\_\_ 1.) Resucitación cardiopulmonar: por ejemplo, el uso de fármacos, toques eléctricos y respiración artificial.
- \_\_\_\_\_ 2.) Que se me administren alimentos y líquidos artificialmente.
- \_\_\_\_\_ 3.) Que me lleven al hospital si pudiera evitarse de alguna manera.

\_\_\_\_\_ **C. Embarazo:** No empecé cualquier otra instrucción que yo haya dado en este testamento en vida, si supiera que estuviera embarazada, no quiero que me retengan o me retiren el tratamiento para sustentar la vida si fuera posible que, al seguirse proporcionando el tratamiento de sustento de vida, el embrión o feto pudiera desarrollarse hasta alcanzar el punto de nacer vivo.

\_\_\_\_\_ **D. Tratamiento hasta que se conozca razonablemente mi condición médica:** No empecé las instrucciones que yo diera en este testamento en vida, quiero que se usen todas las atenciones médicas necesarias para tratar mi condición hasta que los doctores puedan llegar a una justa conclusión de que esté en condiciones desahuciadas, o irreversible e incurable, o que esté en un estado vegetativo persistente.

\_\_\_\_\_ **E. Instrucción para que se me prolongue la vida:** Quiero que se me prolongue la vida hasta donde sea posible.

**ESTADO DE ARIZONA**  
**TESTAMENTO EN VIDA (atenciones al final de la vida) (cont.)**

**3. Otras declaraciones o deseos que quiero que se cumplan para las atenciones al final de la vida:**

**NOTA:** Usted puede adjuntar más cláusulas o limitaciones a las atenciones médicas que no se hayan incluido en este formulario de testamento en vida. Escriba las iniciales de su nombre o una marca de cotejo en la casilla A o B abajo. Asegúrese de incluir lo adjunto si marca la B.

- \_\_\_\_\_ **A.** No adjunté más cláusulas o limitaciones especiales sobre las atenciones que quiero al final de la vida.
- \_\_\_\_\_ **B.** Adjunté más cláusulas o limitaciones especiales sobre las atenciones que quiero al final de la vida.

**FIRMA O VERIFICACIÓN**

**A.** Estoy firmando este testamento en vida como sigue:

Mi Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**B.** Soy incapaz físicamente de firmar este documento, por lo que un(a) testigo está verificando mis deseos como sigue:

**Verificación del/de la Testigo:** Considero que este testamento en vida manifiesta fielmente los deseos que me comunicó el/la principal de documento. Él/ella tiene la intención de poner en vigor este testamento en vida ahora. Por lo pronto, él/ella es incapaz físicamente de firmar o de hacer una marca en el documento. Verifico que él/ella me indicó directamente que el testamento en vida manifiesta los deseos suyos y que tiene la intención de poner en vigor este testamento en vida ahora.

Nombre del/de la Testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL/DE LA TESTIGO O NOTARIO/A PÚBLICO/A:**

**NOTA:** Por lo menos un(a) testigo adulto/a o un(a) Notario/a Público/a deberá dar fe de que usted firmó este documento y después firmarlo. El/la testigo o Notario/a Público/a NO PUEDE ser alguien que sea: (a) menor de 18 años de edad; (b) pariente suyo/a por sangre, adopción o matrimonio; (c) alguien con derecho a alguna parte de sus bienes; (d) designado/a como representante; o (e) alguien que esté involucrado en proporcionarle atención médica a usted al momento de firmarse este documento.

**A. Testigo:** Certifico que he atestado la firma de este documento por el/la Principal. La persona que firma este testamento en vida parecía estar lúcido y no estar bajo presión de tomar decisiones específicas o de firmar el documento. Comprendo los requisitos para ser testigo.

Confirmando lo siguiente:

- ❖ Actualmente no estoy designado/a para tomar decisiones médicas para esta persona.
- ❖ No estoy involucrado/a directamente en proporcionarle atención médica a esta persona.
- ❖ No tengo derecho a porción alguna de los bienes de esta persona cuando muera ni por testamento ni por efecto de la ley.
- ❖ No estoy emparentado/a con esta persona por sangre, matrimonio o adopción.

Nombre del/de la Testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Notario/a Público/a** (NOTA: sólo hace falta Notario/a Público/a si no lo firmó un(a) testigo)

ESTADO DE ARIZONA ) ss  
CONDADO DE \_\_\_\_\_ )

El/la infrascrito/a, Notario/a Público/a certificado/a en Arizona, declare que la persona que establece este testamento en vida lo ha fechado y firmado o marcado en mi presencia y me parece que está lúcido/a y libre de coacción. Además declaro que no estoy emparentado/a con el/a arriba firmante, por sangre, matrimonio o adopción, ni soy una persona designada para tomar decisiones médicas a nombre de él/ella. No estoy involucrado/a directamente en proporcionarle atenciones médicas al/a firmante. No tengo derecho a porción alguna de sus bienes ni por testamento existente ni por efecto de la ley. En caso de que la persona que ponga en vigor este testamento en vida sea incapaz físicamente de firmar o marcar este documento, verifico que él/ella me indicó directamente que este testamento en vida manifiesta sus deseos y que él/ella tiene la intención de poner en vigor el testamento en vida ahora.

DOY FE POR MI FIRMA Y SELLO este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

Notario/a Público/a \_\_\_\_\_, Mi Cargo Vence: \_\_\_\_\_

**ESTADO DE ARIZONA**  
**CARTA A MI(S) REPRESENTANTE(S)**  
**Sobre formularios y responsabilidades de carta poder**

**A mi representante:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A mi representante alterno:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A. Lo que le pido que haga por mí:** Las leyes de Arizona me permiten tomar ciertas decisiones médicas y financieras sobre lo que deseo en el futuro si me encuentro imposibilitado o incapacitado para tomar ciertas decisiones por mí mismo. He completado el/los siguiente(s) documento(s) y quiero que sea mi representante o representante alterno para las siguientes finalidades. (Ponga sus iniciales o marque uno o más de los siguientes):

\_\_\_\_\_ 1. Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas

\_\_\_\_\_ 2. Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental

**B. Por qué nombré un Representante Alterno:** Escogí dos representantes en caso que uno de ustedes no pueda actuar por mí cuando llegue el momento. Le pido que usted acepte mi selección como mi representante o alterno. Si no me devuelve el/los formulario(s) de Carta Poder y esta carta ni me informa lo contrario, asumiré que ha aceptado ser mi representante.

**C. Sus responsabilidades como mi representante:** Al seleccionarlo, estoy diciendo que quiero que tome unas decisiones muy importantes para mí sobre mis necesidades futuras de atención médica si resulto incapaz de tomar estas decisiones por mí mismo. Puedo necesitar que usted haga cumplir mis elecciones médicas como he indicado en las Cartas Poderes adjuntas, aun si no está de acuerdo con ellas. Por favor, lea las copias de las Cartas Poderes que le estoy otorgando. Ésta es una responsabilidad muy seria de aceptar. Usted será mi voz y tomará decisiones médicas a nombre mío. Aparte de lo que he indicado en las Cartas Poderes con relación a mis instrucciones específicas sobre ciertos asuntos, estoy confiando en su criterio para tomar decisiones que usted crea que son para mi bien. Si en cualquier momento no siente que puede asumir esta responsabilidad por cualquier razón, por favor hágame saber. Si no está seguro sobre cualquiera de mis instrucciones, por favor hábleme al respecto. Si no está dispuesto a servir como mi representante, por favor dígame para que yo pueda escoger a otra persona que me ayude.

**Con respecto a la atención médica:** Usted no es responsable económicamente de pagar los costos de mi atención médica por el sólo hecho de aceptar esta responsabilidad. Según las leyes de Arizona, usted no es responsable legalmente por haber cumplido con mis decisiones como se manifiestan en las Cartas Poderes o por haber tomado decisiones de atención médica por mí sí ha actuado de buena fe.

**D. Qué más debe hacer usted:** Por favor, guarde copias de mis Cartas Poderes y otros documentos en un lugar seguro. Por favor, lea estos documentos cuidadosamente y hábleme sobre mis elecciones en cualquier momento. Daré copias de mis Cartas Poderes a mi médico y daré copias de todas y cada una de estas Cartas Poderes a mi familia y a cualquier otro representante que yo eligiera. Le autorizo para que hable con ellos sobre las Cartas Poderes, incluyendo, según sea pertinente, mi situación médica o cualquier inquietud médica acerca de mí. Por favor trabaje con ellos y ayúdeles a actuar de acuerdo con mis deseos y para mi bien. Agradezco su apoyo y su disposición para ayudarme de esta manera.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_