

Monterey County Surgical Associates

General, Vascular, Thoracic, ENT, Bariatric Surgery and Advanced Laparoscopic Surgery

Website: montereyurgery.com

2 Upper Ragsdale Drive, Suite B 230, Monterey, CA 93940

Phone: (831) 649-0808

Fax: (831) 649-8795

Office Hours: 9:00am-5:00pm (Monday-Friday)

Su Primera Consulta

Les damos las gracias por eligirnos. Abajo hay una lista de lo que debe traer con usted a su primera consulta.

- Cuestionario medico completo q Información de contacto completo q Lista de medicamentos q Favor de traer otra información que podría tener que ver con su visita. Esto incluye archivos de otras oficinas.
- Una lista de preguntas/que tiene usted. Esto ayuda en caso de que se le olvide preguntar algo durante la consulta
- Sus tarjetas de seguridad

Favor de visitar nuestra sitio de web www.montereyurgery.com

Para preguntas adicionales, llamenos a (831) 649-0808

****Favor de llegar 15 minutos antes de su consulta****

Gracias

Monterey County Surgical Associates

2 Upper Ragsdale Drive, Suite B 230 Monterey, CA 93940

Phone: (831) 649-0808

Fax: (831) 649-8795

Mapa y Direcciones

De la Costa (Autopista 1): como 3.3 millas, 10 minutos

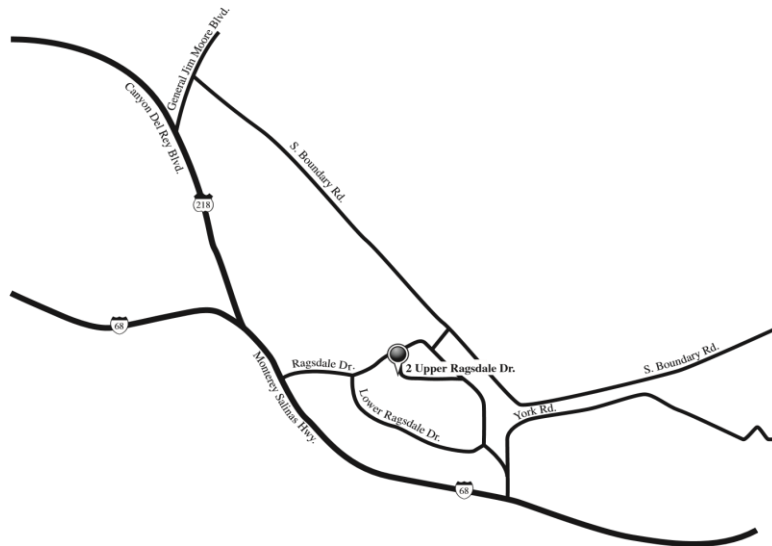
- Sube a la **Autopista 68 Este** (hacia Salinas)
- Viaje 3.3 millas, después del aeropuerto y el Complejo Professional Canyon del Rey
- De vuelta a la izquierda en la calle **Ragsdale Drive** (semáforo) en Ryan Ranch
- Viaje arriba la colina a través del letrero de alto
- Tome la segunda entrada a la derecha después del letrero de alto hacia **Ryan Ranch Medical Campus, Entrada Este**. Somos el primero edificio grande que usted verá a su izquierda.

De Salinas: como 20 minutos, 13 millas

Tome la **Autopista 68 Este** (hacia el mar)

- Viaje aproximadamente 13 millas, pasando la calle York
- De vuelta a la derecha en la calle **Ragsdale Drive** (semáforo) en Ryan Ranch
- Viaje arriba la colina a través del letrero de alto
- Tome la segunda entrada a la derecha después del letrero de alto hacia **Ryan Ranch Medical Campus, Entrada Este**.
- Somos el primero edificio grande que usted verá a su izquierda.

Mapa de Google: <https://goo.gl/maps/rXoQf8BPjaR2>



Monterey County Surgical Associates

2 Upper Ragsdale Drive, Suite B 230 Monterey, CA 93940

Phone: (831) 649-0808

Fax: (831) 649-8795

Información del Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Correo electrónico: _____

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo Otro: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____

Marque esta casilla si NO está bien dejar mensajes detallados de correo de voz en el número de teléfono que aparece arriba.

Dirección: _____ Zona Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Lenguaje Primario: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____

Farmacia Preferida: _____ Ciudad: _____ Calle: _____

Sección Para Pacientes Menores de Edad

Padre o Tutor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Zona Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: (____) _____

Número de Seguro Social: _____ Parentesco con el Paciente: _____

Información Aseguranza

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Relación al Paciente: _____ Dirección: _____

Zona Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Nombre de Aseguranza: _____ Número de Póliza: _____

Información de Aseguranza Secundaria

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Relación al Paciente: _____ Dirección: _____

Zona Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Nombre de Aseguranza: _____ Número de Póliza: _____

Persona a Notificar en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Dirección: _____

Zona Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: (____) _____ Relación al Paciente: _____

Información de su Empleado (Sección Para Padre or Tutor, Cuando Pacientes son Menores)

Nombre de la Compañía: _____ Ocupación del Paciente: _____

Dirección: _____

Zona Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: (____) _____

Requeremos los pagos en el momento de servicio. Tenemos acuerdos con algunas compañías de aseguranza y también es posible pasarle la factura directamente para usted. Favor de darnos una copia de su tarjeta de aseguranza. Si copago o deducible son partes de su plan, requeremos que usted pague su porción al momento de servicio. De firmeur este documento, usted aprueba la liberación de información médico a las compañías de aseguranza para que puedan procesar la reclamación de seguro. El Pago pedido es dado directamente a BENNER, CHANG, GARZA, HYDE, LURIE, STUNTZ, VERLENDEN, CHANG, VIERRA, y KEIR-GARZA (Haciendo negocios con MONTEREY COUNTY SURGICAL ASSOCIATES) para servicio médico. Entienda que usted tiene la responsibilidad de los pagos si ó no son cubiertos por la aseguranza. Tambien entienda que tendrá que pagar si su aseguranza no paga en 60 días. Es posible que MONTEREY COUNTY SURGICAL ASSOCIATES agregarán cargos adicionales mensuales. Usted está consiente con el trato de MONTEREY COUNTY SURGICAL ASSOCIATES.

A proporcionar su teléfono y dirección de correo electrónico, usted da permiso a MONTEREY COUNTY SURGICAL ASSOCIATES de llamar y enviar correos electrónicos a usted directamente o por otra manera. Se la mandara un encuesta con respecto a sus visitas para el proposito de satisfacción de los pacientes y como prueba de calidad o la conformación de consulta. MONTEREY COUNTY SURGICAL ASSOICATES no van a compartir su número de teléfono, dirección de correo electronico, o archivos medicos con otros.

Firma: _____ Relación: _____ Fecha: _____ Reorder # 1606

Monterey County Surgical Associates

2 Upper Ragsdale Drive, Suite B 230 Monterey, CA 93940

Phone: (831) 649-0808

Fax: (831) 649-8795

Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Oficial de Privacidad, 100 Wilson Rd, Ste 100, Monterey, CA 93940 Tel: (831) 649-1000

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de esta práctica clínica. Además, reconozco que una copia del aviso actual se puede encontrar en el área de recepción y que se me ofrecerá una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad modificada en cada cita.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____

Si no firmó el paciente, indique su relación con el paciente:

- ☐ Padre o tutor del paciente menor de edad
- ☐ Guardián o tutor de un paciente incompetente
- ☐ Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

.....

Identifico a las siguientes personas como involucradas en el cuidado de mi salud y / o el pago de mi cuidado. Autorizo a mi médico, o sus representantes, a dialogar mi ciudad de salud y/o mi información financiera con las siguientes personas.

Nombre	Relación	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma: _____ Fecha: _____

Monterey County Surgical Associates

2 Upper Ragsdale Drive, Suite B 230 Monterey, CA 93940

Phone: (831) 649-0808

Fax: (831) 649-8795

Cuestionario de Salud General

Este es un registro confidencial de su historial médico, y nos ayudará a proporcionarle el mejor cuidado posible. La información contenida aquí no se divulgará a ninguna persona a menos que usted lo autorice.

Nombre del Paciente: _____ **Edad:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del médico quien le hizo la referencia, su dirección y numero de teléfono:

Otros nombres de médicos que le cuidan, sus direcciones y números de teléfono:

¿Qué condición médica le trae a la oficina hoy?

ALERGIAS O REACCIONES A MEDICAMENTOS / ALIMENTOS / OTROS AGENTES:

Alergia a	Reacción o Efectos Secundarios

☐ No tengo alergias conocidas

MEDICAMENTOS: Indique todos los medicamentos que requieran y no requieran receta médica.

[illegible]

¿Cuál es su farmacia preferida?

No tomo medicamentos actualmente

Monterey County Surgical Associates

2 Upper Ragsdale Drive, Suite B 230 Monterey, CA 93940

Phone: (831) 649-0808

Fax: (831) 649-8795

HISTORIAL PERSONAL MEDICO:

Por favor, indique si usted ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos:

☐ Angina	☐ Anemia
☐ Insuficiencia Cardiaca	☐ Problemas de la tiroides
☐ Válvula de Corazón Artificial	☐ Artritis reumatoide
☐ Presión arterial alta	☐ Depresión severa
☐ Ritmo cardiaco irregular	☐ Otras enfermedades psiquiátricas
☐ Antecedentes de ataque al corazón	☐ Alcoholismo
☐ Colesterol alto	☐ Dolores de cabeza
☐ Triglicéridos elevados	☐ TMJ
☐ Enfisema	☐ Apnea del sueño CPAP Sí / No
☐ EPOC	☐ Derrame cerebral
☐ Otros problemas pulmonares _____	☐ Convulsiones
☐ Asma	☐ Epilepsia
☐ Historial de trombosis venosa	☐ Diabetes
☐ Historial de embolia	☐ Problemas renales
☐ Hepatitis A B C (circule uno)	☐ Problemas de la vejiga
☐ VIH / SIDA (circule uno)	☐ Problemas del hígado
☐ Cáncer (especifique el tipo) _____	☐ Agrandamiento de próstata
☐ Enfermedad de Alzheimer	☐ Glaucoma
☐ Demencia	☐ Problemas con la anestesia _____
☐ Sangrado anormal/moretones (describa) _____	☐ Otros: _____

¿Ha tenido usted una transfusión de sangre? ☐ Sí ☐ No

¿Estaría usted de acuerdo en recibir una transfusión de sangre si fuera necesario para su salud? ☐ Sí ☐ No

Si usted ha tomado esteroides (prednisona o cortisona) en los últimos 6 meses, por favor indique la fecha: _____

HISTORIAL QUIRURGICO Ponga abajo operaciones que ha tenido usted.

Operación	Fecha	¿Tipo de Anestesia y problemas señalados?

Ponga abajo hospitalizaciones que ha tenido por cualquier enfermedad que no ha requerido cirugía:

Hospitalizaciones	Fecha

Monterey County Surgical Associates

General, Vascular, Thoracic, ENT, Bariatric Surgery and Advanced
Laparoscopic Surgery Website: montereysurgery.com
2 Upper Ragsdale Drive, Suite B 230, Monterey, CA 93940
Phone: (831) 649-0808
Fax: (831) 649-8795

Usted fuma actualmente? (Escoje uno):

☐ Nunca he usado tobacco.

☐ No fumaba en el pasado pero deje de fumar (cuando) _____ y fumaba _____ paquetes por día durante _____ años. La ultima vez que fume fue _____.

☐ Si, fumo y he fumado _____ paquetes por día por _____ anos.

Le interesa usted dejar de fumar? ☐ Si ☐ No

¿Bebe alcohol?

☐ Sí, más de 7 bebidas por semana. ¿Cuántas? _____

☐ Sí, menos de 7 bebidas por semana. ¿Cuántas? _____

☐ Yo bebia, pero ya no lo hago porque _____

☐ No – nunca he tomado alcohol.

¿Actualmente usa drogas ilegales? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es la actividad más física que usted hiciera habitualmente durante la semana? _____

¿Con quién vive? _____

¿A que se dedica? _____ ¿Qué pasatiempos son importantes para usted? _____

¿Es usted un cuidador principal? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Podría alguien cuidarle a usted si usted estuviera gravemente enfermo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

HISTORIA FAMILIAR ¿Alguno de sus parientes de sangre tienen los siguientes problemas?

Nombre de la enfermedad	Madre	Padre	Hno.	Hna.	Hijo	Hija	Tipo de problema
Alcoholismo							
Cáncer del pecho							
Cancer del ovario							
Cancer del colon							
Otro tipo de cancer							
Diabetes							
Enfermedad Hepática							
Enfermedades del Corazón							
Enfermedades del Riñón							
Enfermedades Respiratorias							
Artritis reumatoide							
Enfermedad mental grave							
Problemas anestésicos							
Derrame cerebral							
Problema con la anestesia							
Embolia pulmonar							
Trastorno hemorrágico							
Otra enfermedad grave							

Monterey County Surgical Associates

General, Vascular, Thoracic, ENT, Bariatric Surgery and Advanced
Laparoscopic Surgery Website: montereyurgery.com
2 Upper Ragsdale Drive, Suite B 230, Monterey, CA 93940
Phone: (831) 649-0808
Fax: (831) 649-8795

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

Constitucional

- ☐ Fiebre reciente
- ☐ Sudores nocturnos
- ☐ Pérdida de peso reciente > 10 libras
- ☐ Ganancia de peso reciente > 10 libras
- ☐ Fatiga

Ojos

- ☐ Lentes de contacto
- ☐ Color amarillento de los ojos
- ☐ Cambios en la visión

Orejas/Nariz/Garganta

- ☐ Pérdida de audición
- ☐ Sangre en el esputo
- ☐ Asfixia al tragar
- ☐ La comida se atora al tragar
- ☐ Sangrados nasales

Cardiovascular

- ☐ Dolores de pecho
- ☐ Palpitaciones
- ☐ Tobillos o pies hinchados

Respiratorio

- ☐ Tos crónica
- ☐ Dificultad al respirar
- ☐ Apnea del sueño --CPAP o BIPAP ☐ Sí ☐ No

Gastrointestinal

- ☐ Acidez estomaca
- ☐ Náusea
- ☐ Vómito
- ☐ Diarrea
- ☐ Heces negras o alquitranadas
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Reflujo acido

Genitourinario

- ☐ Dolor al orinar
- ☐ Dificultad al orinar
- ☐ Embarazada
- ☐ Sangre en la orina

Musculoesquelético

- ☐ Dificultad al caminar
- ☐ Dolor en las articulaciones o artritis
- ☐ Dolor de espalda

Piel

- ☐ Cambio reciente de lunar o marca de nacimiento
- ☐ Masa en la mama, secreción, formación de hoyuelos en la piel
- ☐ Heridas que no cicatrizan

Neurológico

- ☐ Debilidad de un brazo o una pierna
- ☐ Desmayos o pérdida de conocimiento
- ☐ Pérdida de memoria
- ☐ Confusión
- ☐ ¿Caída en los últimos 3 meses?

Sangre/Linfático

- ☐ Sangrado excesivo
- ☐ Fácil aparición de moretones

Psiquiátrico

- ☐ Depresión grave
- ☐ Ataques de panic