

Mason Park Medical Clinic
21770 Kingsland Blvd
Katy, Texas 77450

Phone Number:281-646-0740
Fax Number:281-646-0743
Family Practice

Información del Paciente

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____

Sexo: Hombre/Mujer **Fecha de Nacimiento:** _____ (MM/DD/AAAA)

Seguro Social: _____ (### - ## - #####)

Información de Contacto

Celular: _____ **Número de Trabajo:** _____

Correo Electronico: _____ (Registros Medicos)

Dirreccion de Domicilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Información de Seguro Médico

Compañía de Seguro: _____ **Fecha Efectiva:** _____

ID de Seguro Medico: _____ **Número de Grupo:** _____

Información del Fiador

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____

Sexo: Hombre/Mujer **Fecha de Nacimiento:** _____ (MM/DD/AAAA)

Sseguro Social: _____ **Relacion al Paciente:** Conyuge / Hijo(a) / Otro

Direccion de Domicilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Celular: _____ **Número de Trabajo:** _____

Mason Park Medical Clinic
21770 Kingsland Blvd
Katy, Texas 77450

Phone Number:281-646-0740
Fax Number:281-646-0743
Family Practice

Información de Farmacia

Nombre (Ubicación): _____ Zip Code: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Historial de Medicamento y Sustancias

#	Nombre del Medicamento	Dosis	#	Nombre del Medicamento	Dosis
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

Hábito de Fumar: Nunca / Anteriormente / Recreativo / Pesado

Sexual Orientation: Heterosexual / Homosexual / Bisexual / Negarse a Especificar

Alergia(s) a Medicamentos: _____

Alergia(s) a Comida: _____

Contacto de Emergencia

Nombre Completo: _____

Numero de Telefono: _____

Relacion al Paciente: _____

Historial Médico del Paciente

Por favor marque o escriba cualquier enfermedad que USTED tenga:

<input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Emphysema <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Desorden Neurológico <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> Cáncer de los Senos <input type="checkbox"/> Cancer de Ovarios <input type="checkbox"/> Cancer del Colon <input type="checkbox"/> Cancer de Prostata <input type="checkbox"/> _____
--	---	--	--

Indique las cirugías que ha tenido y el año en que las hizo:

Cirugía	Año	Cirugía	Año	Cirugía	Año	Cirugía	Año
Angioplastia		Cirugía relacionada con el trauma		Cirugía Estomacal		Ligadura de Trompas	
Cirugía de la arteria carótida		Cirugía de espalda o cuello		Hernia Inguinal		Cesárea	
Otra Cirugía Vascular		Cirugía de Cadera		Colonoscopia		Histerectomía	
Cirugía de Derivación Coronaria		Cirugía de Rodilla		Vesícula		Extirpación de Ovarios	
Cirugía de pecho o pulmones		Cirugía del tunel carpiano		Appendectomía		Cirugía de los Senos	
Amigdalectomía		Cirugía Sinusal		Cirugía de Próstata		Cirugía de Tiroides	
Neurocirugía		Cirugía de Oído		Cirugía de Vejiga		Otro: _____ _____ _____	

Please indicate when you had any of the following preventative tests or services:

Exámenes Preventivos	Año	Exámenes Preventivos	Año	Exámenes Preventivos	Año	Exámenes Preventivos	Año
Angiograma Cardíaco		Vacuna Antigripal		Prueba de Cancer de Prostata		Mamografía/Examen de Senos	
Prueba de Esfuerzo		Vacuna de Neumonía		Examen Rectal		Papanicolaou	
Ecocardiograma		Vacuna de Tétano		Prueba de Cáncer de Colon		Fecha de su último examen anual	
Radiografía del pecho		Vacuna de Hepatitis		Sigmoidoscopia Flexible		Otro: _____ _____ _____	
Electrocardiograma		Examen de densidad de hueso		Enema Opaco			

Mason Park Medical Clinic
21770 Kingsland Blvd
Katy, Texas 77450

Phone Number:281-646-0740
Fax Number:281-646-0743
Family Practice

Acuse de Recibo: Acuerdo de Mason Park Medical Clinic

Mason Park Medical Clinic se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas.

He leído y revisado el “**Aviso de políticas de privacidad de *Mason Park Medical Clinic***”

He leído y revisado el “**Formulario de consentimiento de *Mason Park Medical Clinic***”

He leído y revisado el “**Formulario de Autorización de *Mason Park Medical Clinic***”

Nombre del Paciente (Imprimido)

Firma del Paciente

Nombre del Fiador (Imprimido)

Firma del Representante (Si el paciente es menor de edad)

Fecha (MM/DD/AAAA)

Relación del Representante (al paciente)

Permiso Para Divulgar Información

A continuación, analizaremos las formas de contacto aprobadas con respecto a citas, resultados y/o cualquier otra información relacionada con su tratamiento aquí en *Mason Park Medical Clinic*; así como quién se considera persona autorizada para la comunicación respecto de lo anterior.

Persona(s) de Contacto			
Nombre			
Relación al Paciente			
Numero de Telefono			