

Krunal J. Mehta M.D.

625 E. Arrow Hwy., Suite 6 Glendora, CA 91740

Información Del Paciente				
Nombre		Apellido	MI	Fecha De Nacimiento
Dirección		Cuidad	Estado	Código Postal
Numero De Casa () -		Numero De Trabajo () -	Numero De Celular () -	
¿Le gustaría acceder a sus expedientes médicos personales en línea? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso si, por favor ingrese su correo electrónico Correo Electrónico: _____				
Al firmar la pagina 4, usted reconoce que ha leído y acepta cumplir con el con sentimiento del portal del paciente y el acuerdo de usuario, que se le ha proporcionado				
Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Seguro Social		Numero De Licencia
Estado Marital <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Compañero	Contacto Preferido <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono De Día <input type="checkbox"/> Teléfono Celular <input type="checkbox"/> Portal Del Paciente	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Etnia Blanca <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Preferible No Contestar	Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Alaska <input type="checkbox"/> Asían <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiana/Otro <input type="checkbox"/> Etnia Blanca <input type="checkbox"/> Preferible No Contestar	
Referido Por	Seguro Médico <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	Amigo/Familia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Parte Responsable (Garante) <input type="checkbox"/> Igual Al Paciente				
Nombre		Apellido	MI	Fecha de Nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Numero De Casa () -		Numero De Trabajo () -	Numero De Celular () -	
Seguro Social	Relación al Paciente	Idioma Preferido	Numero De Licencia	
Contacto De Emergencia (Para Menores, esta sección puede ser usada para el otro padre)				
Nombre		Apellido	MI	Relación al Paciente
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Numero De Casa () -		Número Del Trabajo () -	Numero De Celular () -	
Información De Su Farmacia				
Farmacia Preferida	Nombre	Dirección	Número Telefónico	
Directiva Avanzada				
<input type="checkbox"/> Directive Anticipada de atención medica <input type="checkbox"/> Testamento vital <input type="checkbox"/> Poder legal medico duradero <input type="checkbox"/> No resucitar				
Poder Legal:				

Krunal J. Mehta M.D.

625 E. Arrow Hwy., Suite 6 Glendora, CA 91740

Alergias	
Enumerar todo a lo que usted es alérgico (medicamentos, alimentos, cadenas de abejas, etc.) y cómo cada uno le afecta.	
<input type="checkbox"/> Ninguna alergia	
ALERGIAS	REACCION
1.	
2.	
3.	

Medicamentos		
Por favor, lista todos los medicamentos que toma (incluso los medicamentos recetados y medicamentos de venta libre), tales como vitaminas o cualquier suplemento.		
<input type="checkbox"/> Yo no tomo ningún medicamento		
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FUERZA	FRECUENCIA DE TOMAR
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Historia Médica - Marcar si alguna vez ha experimentado las siguientes condiciones y año de inicio.			
Condición	Año	Condición	Año
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Hepatitis – Tipo	
<input type="checkbox"/> Reflujo Acido		<input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón	
<input type="checkbox"/> Anemia		<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	
<input type="checkbox"/> Ansiedad		<input type="checkbox"/> Presión Alta	
<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> VIH	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón	
<input type="checkbox"/> Dolor De Espalda		<input type="checkbox"/> Enfermedad Del Hígado	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Gastrointestinal		<input type="checkbox"/> Migraña	
<input type="checkbox"/> Coágulos De Sangre		<input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo	
<input type="checkbox"/> Desorden de Sangre		<input type="checkbox"/> Apnea Al Dormir	
<input type="checkbox"/> Cáncer – Tipo		<input type="checkbox"/> Enfermedad Transmitida Sexual	
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho		<input type="checkbox"/> Stroke	
<input type="checkbox"/> EPOC		<input type="checkbox"/> Trastorno De La Tiroides	
<input type="checkbox"/> Depresión		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Otro	

Antecedentes De Cirugías - Comprobar si se han recibido los siguientes procedimientos, y el año realiza.			
Procedimiento De Cirugías	Año	Procedimientos De Cirugías	Año
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Reemplazo De Cadera	
<input type="checkbox"/> Angioplastia		<input type="checkbox"/> Histerectomía (útero)	
<input type="checkbox"/> Angioplastia con stunt		<input type="checkbox"/> Biopsia Del Riñón	
<input type="checkbox"/> Apendectomía		<input type="checkbox"/> Reemplazo De Rodilla	
<input type="checkbox"/> La artroscopia de rodilla		<input type="checkbox"/> Cirugía Láser Ocular	

Krunal J. Mehta M.D.

625 E. Arrow Hwy., Suite 6 Glendora, CA 91740

<input type="checkbox"/> Cirugía De Espalda		<input type="checkbox"/> Biopsia Del Hígado	
<input type="checkbox"/> Resección intestinal		<input type="checkbox"/> Ooforectomía	
<input type="checkbox"/> Biopsia De Pecho		<input type="checkbox"/> Marcapasos	
<input type="checkbox"/> CABG (Bypass De Corazón)		<input type="checkbox"/> Biopsia De LA Próstata	
<input type="checkbox"/> Liberación del Túnel Carpiano		<input type="checkbox"/> Resección De La Próstata	
<input type="checkbox"/> Extracción de las Cataratas		<input type="checkbox"/> Cirugía De La Tiroides	
<input type="checkbox"/> Cesaría		<input type="checkbox"/> Amigdalotomía	
<input type="checkbox"/> Colostomía		<input type="checkbox"/> Trasplante De Órgano – tipo	
<input type="checkbox"/> Dilatación y raspado		<input type="checkbox"/> Ligadura De Tubos	
<input type="checkbox"/> Extracción De La Vesícula		<input type="checkbox"/> Vasectomía	
<input type="checkbox"/> Bypass Gástrico		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Hemorroidectomía		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Reparación De Hernia			

Historia De Familia – Compruebe si el miembro (s) de la familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones

<input type="checkbox"/> Adoptivo					
Diagnostico	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otro
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coagulo De Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden De Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden De Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer- tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La enfermedad reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden De La Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krunal J. Mehta M.D.

625 E. Arrow Hwy., Suite 6 Glendora, CA 91740

Historial De Vacunas			
VACUNAS	Fecha De La Más Reciente		
<input type="checkbox"/> Varicela			
<input type="checkbox"/> Vacuna Contra La Gripe			
<input type="checkbox"/> Guardasol/HPV			
<input type="checkbox"/> Hepatitis A			
<input type="checkbox"/> Hepatitis B			
<input type="checkbox"/> Meningococo			
<input type="checkbox"/> MMR (Measles, Mumps, Rubella)(rubéola)			
<input type="checkbox"/> Neumonía			
<input type="checkbox"/> Tdap (Tetanus and pertussis)			
<input type="checkbox"/> Zostavax (Shingles)			
Mantenimiento de la Salud de Adultos - Verificar si procede			
Examen	Fecha	Normal	Anormal
<input type="checkbox"/> Ultimo Papanicolaou		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ultimo Mamo grama		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colonoscopia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FOBT (tarjeta de heces para detectar sangre oculta)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Examen De Ojos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prueba de hemoglobina A1C		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Detección de enfermedades del riñón		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Examen de colesterol		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bone Density Scan (DEXA Scan)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia Social			
Estado De Empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Otro			
Empleador			
Uso De Tabaco <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Socialmente Año que renuncio:	<input type="checkbox"/> Masticando <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarrillo <input type="checkbox"/> vaporizador	
Uso De Alcohol <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Socialmente Año que renuncio:	<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Licor <input type="checkbox"/> Otro	
Uso De Cafeína <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Socialmente Año que renuncio:	<input type="checkbox"/> Te <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Otro	
Ejercicio <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> De Vez En Cuando <input type="checkbox"/> Raro Días/Semana:		

Krunal J. Mehta M.D.

625 E. Arrow Hwy., Suite 6 Glendora, CA 91740

Por el presente certifico consentimiento y autorización a la realización de todos los tratamientos y servicios médicos conveniente por los médicos y el personal de la KRUNAL J. MEHTA MD INC. A mí o al menor nombrado arriba de los cuales yo soy el padre o Guardián legal. Por la presente certifico que, todas las declaraciones contenidas en adelante son ciertas. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no sean cubiertos por el seguro. Por otra parte, estoy de acuerdo en pagar los intereses legales, los gastos de recogida, y la cuota de abogados incurridos para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar. También por este medio autorizo a este profesional de la salud para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Además, estoy de acuerdo que una fotocopia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original.

Firma Del Paciente /Persona Responsable

Fecha

Nombre Del Paciente/Persona Responsable (Por favor Imprima)

Relación al paciente

POLIZA AL CANCELAR Y NO PRESENTARSE ASU CITA

Entendemos que se presentan situaciones en las que usted debe cancelar su cita. Por lo tanto, se solicita que si tiene que cancelar su cita envíe un aviso por más de 24 horas. Esto hará posible que la otra persona que está a la espera de una cita, sea programada en ese intervalo de tiempo concertado. Con cancelaciones hechas con menos de 24 horas de aviso, no somos capaces de ofrecer ese espacio a otras personas.

Citas de oficinas que sean canceladas con menos de 24 horas de notificación pueden estar sujetas a una tarifa de cancelación de \$ 25.00.

Los pacientes que no se presenten a su cita sin una llamada para cancelar la cita serán considerados como NO SHOW. Los pacientes que no se presenten por tres (3) o más veces en un período de 12 meses, estarán sujetos a una tarifa de \$ 25.00.

La tarifa es de exclusiva responsabilidad del paciente y deben ser pagada en su totalidad antes de la próxima cita del paciente.

Entendemos que las circunstancias inevitables especiales pueden hacer que se cancela dentro de 24 horas. Honorarios en este caso se puede renunciar, pero sólo con la aprobación de la administración.

Nuestra oficina cree firmemente que la buena relación médico / paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación. Preguntas sobre la cancelación y sin gastos de demostración deben ser dirigidas al Departamento de Facturación (626-335-4129).

Por favor firme que ha leído, entiende y está de acuerdo con esta Póliza al no presentarse a su cita.

Patient Name (Please Print):

Date of birth:

Signature of Patient or Patient Representative:

Date:
