

BRICK EDUARDO ALVA, MD, PA
GASTROENTEROLOGY & LIVER DISEASES

REGISTRO DEL PACIENTE

PACIENTE

Nombre: _____ Inicial: ____ Apellido: _____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: M / F Estado Civil: Casado / Soltero / Divorciado / Viuda
Dirección: _____
Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Teléfono Móvil (____) ____ - ____ e-mail: _____

EMPLEADOR:

Nombre: _____ Teléfono: (____) ____ - ____
Dirección: _____

REFERIDO POR:

Nombre: _____
Médico de Atención Primaria: (si es diferente de referencia): _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Parentesco: _____
Dirección: _____
Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Teléfono Móvil (____) ____ - ____ Teléfono del trabajo: (____) ____ - ____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMERA

Nombre del Plan: _____
Nombre del suscriptor: _____
Suscriptor I.D. número: _____
Nombre del grupo: _____
ID del grupo: _____
Fecha de vigencia: _____
Número de Póliza: _____
Co-pago: _____
Coseguro : _____ Deducible : _____
Relación del paciente al suscriptor: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SEGUNDO

Nombre del Plan: _____
Nombre del suscriptor: _____
Suscriptor I.D. número: _____
Nombre del grupo: _____
ID del grupo: _____
Fecha de vigencia: _____
Número de Póliza: _____
Co-pago: _____
Coseguro : _____ Deducible : _____
Relación del paciente al suscriptor: _____

Farmacia: _____
Teléfono de la Farmacia: _____
Dirección de la Farmacia: _____

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo la entrega de cualquier información médica necesaria para procesar este proyecto de ley a mi compañía de seguros, y solicitar el pago de beneficios a Brick Eduardo Alva, MD, PA. Yo reconozco que soy financieramente responsable de cualquier saldo que resulte después de seguros paga mis reclamos.

AVISO DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO PRÁCTICAS

Yo reconozco que el BRICK EDUARDO ALVA, MD, PA me proporcionó una copia escrita de su / su Aviso de Prácticas de Privacidad.

También reconozco que he tenido la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad y hacer de hacer preguntas.

Firma del Paciente

Fecha

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

BRICK EDUARDO ALVA, MD, PA

GASTROENTEROLOGY & LIVER DISEASES

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de nacimiento ____/____/____

Referring Physician/Doctor que lo refirio: _____ Date/Fecha: ____/____/____

Please circle the reason for your visit/ Porfavor circule la razon de la visita

Colonoscopy/Colonoscopia Pain/Dolor (where/donde) _____ Reflux/Agruras Bloating/Distencion
Difficulty Swallowing/Dificultad al tragar Constipation/Estrenimiento Diarrhea/Diarrea Bleeding/Sangrado
Hemorrhoids/Hemorroides Liver Disease/Enfermedad del Hgado Nausea or Vomiting/Nauseas o Vomito
Follow up/Cita de seguimiento Other/otro: _____

PAST MEDICAL HISTORY/ HISTORIAL MEDICO

Prior Colonoscopy: Y/N If yes, when: _____ Where _____ Doctor _____

Ha tenido una Colonoscopia: S/N, Cuando _____ Donde _____ Doctor _____

Prior Upper Endoscopy: Y/N If yes, when: _____ Where _____ Doctor _____

Ha tenido una Endoscopia: S/N, Cuando _____ Donde _____ Doctor _____

History of Coronary Artery Disease: Y/N Have you ever had a bypass Y/N Have you ever had a stent Y/N

Historia de la Arteria Coronaria S/N Ha tenido una Derivacion S/N Ha tenido un Stent S/N

Check if you have a history of/ Marque si usted tiene histora de:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Colon Polyps/Polipos de Colon | <input type="checkbox"/> Liver Cirrhosis |
| <input type="checkbox"/> Diverticulosis/Diverticulos | <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C |
| <input type="checkbox"/> Hemorrhoids/Hemorroides | <input type="checkbox"/> Fatty Liver Disease/Higado Grasoso |
| <input type="checkbox"/> Peptic Ulcer Disease/Ulcera del estomago (Duodenal/Stomach) | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure (HTN)/Alta Presion |
| <input type="checkbox"/> IBS (Irritable bowel syndrome)/Colon Irritable | <input type="checkbox"/> Diabetes (DM)/Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)/Reflujo | <input type="checkbox"/> High Cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Hiatal Hernia | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Barrett's Esophagus | <input type="checkbox"/> COPD/Emphysema/Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Gallstones/Piedras en la vesicula | <input type="checkbox"/> CVA/Stroke/Accidente Cerebro Vascular |
| | <input type="checkbox"/> Hypothyroidism/Tiroides |
| | <input type="checkbox"/> Dementia |

BRICK EDUARDO ALVA, MD, PA

GASTROENTEROLOGY & LIVER DISEASES

___ Ulcerative Colitis
___ Kidney Stones/Piedras en la vesicula
___ Parkinson
___ Chron's Disease
Other: _____

PAST SURGICAL HISTORY/ ANTECEDENTES QUIRUIJICOS:

___ Appendectomy (appendix removed)/Apendice
___ Cholecystectomy (gallbladder removed)/Vesicula
___ Colon surgery/Cirugia de colon
___ Bariatric Surgery (Weight loss surgery)
 • (Gastric Band/Sleeve/Bypass)
___ Hemorrhoidectomy/Hemorroides
___ C-Section/Cesarea
___ Hysterectomy
___ CABG (Coronary Artery Bypass Grafting) (Heart Stent)/
___ Cardiac Catheter/
___ Hernia Repair (Umbilical/Inguinal)
___ Tonsillectomy/Anjinas

ALLERGIES/ALERGIAS:

No known medication allergies/No alergia a medicamentos: _____

Type/Tipo: _____ Reaction: _____

Type/Tipo: _____ Reaction: _____

SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL

Marital Status/Estado Civil: Married/Casado(a): ___ Single/Soltero(a): ___ Widowed/Viudo(a): ___
Divorced/Divorciado(a): ___

Lives with/Vive con quien?: _____ Occupation/Ocupacion: _____

Alcohol use/Usa Alcohol: Daily/Diario: _____ Occasional/Ocasional: _____ Rarely/Raramente: _____
None/Nada: _____

Tobacco use/Usa Tabacco: Daily/Diario: _____ Occasional/Ocacional: _____ Rarely/Raramente: _____
None/Nada: _____

Drug use/Usa Drogas: Type/Tipo: _____ Daily/Diario: _____ Occasional/Ocasional: _____
Rarely/Raramente: _____ None/Nada: _____

FAMILY HISTORY/HISTORIAL FAMILIAR

History of Colon Cancer Y/N Who?/Historial de Cancer de Colon S/N, Quien? _____

History of colon polyps Y/N Who?/Historial de polipos en el colon S/N, Quien? _____

History of Heart attacks Y/N Who?/Historia de Ataques al Corazon S/N, Quien? _____

Other/Otro: _____ Who?/Quien?: _____

**IF YOUR TAKING MEDICATIONS PLEASE PROVIDE A LIST /SI ESTA TOMANDO
MEDICAMENTOS PORFAVOR PROPORCIONAR UNA LISTA**

WT: _____ Ht: _____ T: _____ BP: _____ HR: _____ Age: _____