

del Caso _____

Registro Médico Personal (Adulto)

Esta forma es solamente una guía para ayudarnos a comprender su historia para que nosotros podamos trabajar con usted de una forma mas efectiva. Algunas de estas preguntas quizás son incómodas para usted. Si es así, por favor déjenos saber.

Nombre: _____ F.D.N. ____/____/____ Sexo _____ Altura _____ Peso _____

Salud Física General: (escoja uno) Excelente Buena Regular Mala

Medicamentos:(por favor incluya nombre y dosis) _____

Medicamentos con reacciones alérgicas: _____

Problemas Actuales

Por favor marque si tiene los siguientes problemas:

<input type="checkbox"/>	fatiga excesiva	<input type="checkbox"/>	cambio de peso
<input type="checkbox"/>	problemas durmiendo	<input type="checkbox"/>	desmayo
<input type="checkbox"/>	perdida de apetito	<input type="checkbox"/>	dolores de cabeza
<input type="checkbox"/>	falta de energía	<input type="checkbox"/>	audición / visión
<input type="checkbox"/>	nerviosidad excesiva	<input type="checkbox"/>	alergias graves
<input type="checkbox"/>	otro		

Si ha marcado algo arriba, por favor explíquese. Por ejemplo, "Yo he comido desganadamente y he perdido diez libras en tres semanas." Lo sigue un médico por cualquier razón? _____

Historia de medicación/drogas

(prescripciones, cafeína, nicotina, alcohol, drogas callejeras)

Sustancia	Cantidad	Cuántas veces Durante	Duration	Marque si Todavía esta en uso
(Example) Cigarillo	1 paquete	Diario	10 años	Si

Por favor de explicar cualquier historia familiar de problemas con drogas o alcohol: _____

Historia de enfermedades / hospitalizaciones

Por favor marque si ha tenido algunas de las siguientes:

<input type="checkbox"/>	Alta presión	<input type="checkbox"/>	Cirugía
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	Otra hospitalización médica
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hospitalización psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Hosp. o tratado por alcohol / drogas
<input type="checkbox"/>	Problemas emocionales		
<input type="checkbox"/>	Otro:		

Si ha marcado algo arriba, por favor explíquese. También incluya cuidado médico adicional: _____

Cuanto embarazos ha tenido? _____

Cuanto niños ha tenido? _____

Ha usted experimentado o ha causado abuso físico? _____ Abuso sexual? _____

Historia Médica de la Familia

<i>Enfermedad Mental</i>	<i>Si</i>	<i>Cual miembro de la familia?</i>
Con hospitalización		
Sin hospitalización		
Suicidio		
Intento suicidarse		
Molestia emocional grave		

Información adicional medica que usted considere útil para nosotros en el tratamiento de usted: _____



PERMISO PARA OBTENER INFORMACION MEDICA

Yo doy permiso a Family Services of the Merrimack Valley para pedir información medica concerniente
_____ (nombre del cliente)

Yo también doy permiso a Family Services of the Merrimack Valley para dar información al
Dr. _____.

Esta Autorización expira 180 días después de firmada al menos que no este notado con anticipación. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de un consentimiento escrito, excepto al extento de cualquier momento por medio de un consentimiento escrito, excepto al extento de que la información se haya proveído en el transcurso de mi revocación. No estoy generalmente requerido a firmar esta autorización para recibir servicios, al menos que no sea pro propósito de crear información de salud para otros propósitos. Yo entiendo que la información usada o divulgada por medio de esta autorización puede ser sujeta a divulgarse por el recibidor y pueda que no sea protegida pro la regla de privacidad HIPPA. Información recibida pro Family Services of the Merrimack Valley de otros medios no podrán ser divulgada a ninguna otra persona.

Yo entiendo que cualquier información de droga/alcohol que yo autorizo para ser revelada esta protegida por la Regulación Federal 42 CFR. Finalmente yo entiendo que Family Services of the Merrimack Valley Queda libre de toda responsabilidad legal que pueda resultar debido a esta autorización de proveer mi información de salud personal.

Firma del cliente _____ Fecha _____

Si apropiado, guardián legal _____ Fecha _____

Firma del consejero(a) _____ Fecha _____

Nombre de sus médicos: _____

Dirección: _____
