

PAJARO VALLEY MEDICAL CLINIC, Inc.
65 Nielson St. Ste# 104
Watsonville, CA 95076
831-786-8595

Para evitar cancelacion, porfavor regrese documentos dos semanas antes de su cita.

Fecha _____

Nombre _____	S.S.# _____	Sexo: M ___ F ___
Domicilio _____	Fecha de Nacimiento _____	
Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____
Tel. De Casa _____	Tel. Celular _____	Tel. De Mensaje _____
Estado Civil _____	Nombre de Esposo(a) _____	
Nombre del Empleador _____	Tel. Del Empleador _____	
Domicilio _____	Ciudad _____	Estado _____ ZP. _____
Nombre de persona en caso de emergencia _____		
Tel. De Casa _____	Tel. Celular _____	Relaciòn _____

INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA (PADRE O GUARDIAN)		
Nombre _____	Relaciòn _____	
S.S.# _____	Sexo: M ___ F ___	Fecha de Nacimiento _____
Domicilio _____	Ciudad _____	Estado _____ ZP _____
Tel De Casa _____	Tel. Celular _____	Tel. De Trabajo _____ Ext _____

PRIMERA ASEGURANZA		Co-pago _____
Nombre de Aseguranza _____	Nombre del asegurado _____	
S.S.# _____	Fecha de Nacimiento: _____	
Domicilio _____	Ciudad _____	Estado _____ ZP _____
Tel De Casa _____	Tel. Celular _____	Tel. De Trabajo _____ Ext _____
Nombre del empleador _____	Relaciòn _____	

SEGUNDA ASEGURANZA	
Nombre de Aseguranza _____	Nombre del asegurado _____
S.S.# _____	Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio _____	Ciudad _____ Estado _____ ZP _____
Tel De Casa _____	Tel. Celular _____ Tel. De Trabajo _____ Ext _____
Nombre del empleador _____	Relaciòn _____

Si despues de 90 dias, la aseguranza(s) no han pagado al **Pajaro Valley Medical Clinic, Inc.**, soy responsable por el balance o pago total. Como cortesia a otros pacientes, debo notificar la cancelaciòn de la cita por lo menos 24 horas de anticipaciòn.

Firma _____ Fecha _____

**Por Favor, Escribir Las Preguntas O Preocupaciones Que Deben
Abordarse En Su Primera Visita**

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Nombre: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Razon de la visita: _____

Symptomatos Actuales

General

- Descalofrio
- Cansancio
- Fiebre
- Sudores nocturnos
- Cambio en peso

Ojos

- Vista Borrosa
- Deshecho de ojo
- Dolor de ojo
- Lentes/contacto
- Sensibilidad a la luz

Ojos-nariz-garganta

- Dolor de oido
- Problemas de oir
- Sonido en el oido
- Sangrar de la nariz
- Congestiòn nasal
- Ulceras nasals
- Sangra de las encias
- Enfermedad de encias
- Trae dentaduras
- Ronquera
- Dolor de garganta
- Dolor de lengua
- Dolor de diente

Musculoatorio

- Dolor de coyuntura
- Dolor de espalda
- Dureza de coyuntura
- Dolor de pierna/brazo
- Dolores musculares

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Dolor de pierna cuando camina
- Mareos
- Falta/corto de respiraciòn
- Palpitaciones
- Hinchazòn de pies/tobillo
- Varices

Respiratorio

- Tos
- Dificultad respirando
- Tuberculosis (expuesto)
- Sangra al tocer

Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Indigestiòn
- Sabor agrio en la boca
- Falta de apetito
- Inflamaciòn
- Dificultad al pasar
- Estrenimiento
- Diarrea
- Acidez
- Vomitar sangre
- Sangre en escremento
- Almorranas
- Escremento obscuros
- Nauseas
- Vomito
- Dolor al masticar

Genitourinario

- Dolores Menstruales
- Dolor durante relaciones sexuales
- Dolor cuando orina
- Orinar frecuentemente
- Sangra despues de tener relaciones
- Sangra a causa de menopausia
- Violada
- Deshecho o comezòn vaginal

Neurologico

- Ataques
- Temblores
- Vertigo
- Debilidad

Hematològico

- Sangreo excesivo
- Moretear facilmente
- Transfusiones de sangre
- Crecimiento de ganglios

Endocrino

- Pies/manos grandes
- Perdida del cabello
- Intolerancia al calor
- Intolerancia al frio
- Crecimiento nuevo pelo
- Calores repentinos
- Infertilidad
- Sed constantemente
- Aumento de apetito
- Estrias
- Sudor excesivo

Piel

- Acne
- Resequedad de piel
- Problemas con unas
- Comezòn
- Sarpullido
- Mesquino

PAJARO VALLEY MEDICAL CLINIC, Inc.
65 Nielson St. Ste 104
Watsonville, CA 95076

Name _____ DOB _____ DATE _____

Historia Pasada:

Operaciones: Ha tenido Ud. alguna operación Si ___ No ___, Si su respuesta es si, de que fue operado y en que año.

HOSPITALIZACIONES: Ha estado hospitalizado por algun otra razón? Si ___ No ___
Si, indique cuando fue, y por cual razón.

ENFERMEDADES: Tiene o ha tenido algún tratamiento por alguna(s) de las siguientes enfermedades
Si indique el año en que lo tuvo.

Enfermedades del corazón _____	Diabetes _____	Alta Preción _____
Enfermedades del los rinones _____	Artritis _____	Jaquecas _____
Crisis nerviosa _____	Cancer _____	Ulceras _____
Bocio/Tiroides _____	Tuberculosis _____	Embolios _____
Convulsiones/Epilepsia _____	Asma _____	Glaucoma _____
Anemia _____	Alcoholismo _____	Lumbrinces _____
Problemas Pulmonares _____	Enfermedades venereas _____	
Infección o ronchas en la piel _____	Infección de la vesicular _____	
Mal de Orin/infección de la vejiga _____		

ALERGIAS: Está alérgica/o a alguna medicina? Si ___ No ___ Cuales? _____

Está alérgica/ o alguna otra cosa? Si ___ No ___ Cuales? _____

PAJARO VALLEY MEDICAL CLINIC, Inc.
65 Nielson St. Ste 104
Watsonville, CA 95076

HISTORIA FAMILIAR: Ha tenido alguna persona en su familia tratamiento para alguna de las siguientes enfermedades? Si, por favor indique quien? (padre, madre, hermano, etc..) Alta Presion _____

Enfermedades del corazón _____	Diabetes _____	Cancer _____
Enfermedades del los rinones _____	Artritis _____	Jaquecas _____
Enfermedades genéticas _____	Bocio _____	Epilepsia _____
Crisis nerviosa _____	Embolios _____	Glaucoma _____
Tuberculosis _____	Alergias _____	Asma _____

HISTORIA SOCIAL: Que clase de trabajo hace Ud? _____

Indique con una X si es Ud. Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/ a Separado/a
Toma Ud bebidas alcohólicas Si ___ No ___ Si entonces cuantos al dia? _____ Por cuantos años _____
Cuando fue su última exámen físico general? _____ Donde _____
Ha tenido algún accidente en el trabajo? Si _____ No _____ Cuando? _____

PARA MUJERES SOLAMENTE:

Cuantas veces ha estado embarazada? _____ Cuantos abortos ha tenido? _____
Cuantos hijos vivos tiene Ud? _____ Son sus reglas dolorosas o irregulares? _____
Esta actualmente usando un método anticonceptivo para no salir embarazada? Cual _____
Cuando fue su ultimo papanicolaou? _____
Cuando fue su ultimo mamograma? _____
Cuando fue su ultimo colonoscopia? _____
Cuando fue su ultimo prueba de estres? _____

MEDICINAS: Por favor, escriba todas las medicinas que Ud. Está tomando ahora:

Nombre de otros doctores que ha estado viendo:

PAJARO VALLEY MEDICAL CLINIC, INC.
65 Nielson St. Ste. 104
Watsonville, CA 95076
Phone # 831-786-8595
Fax # 831-786-8557

Please send a copy of this release with the requested records.

PATIENT INFORMATION (Please print)

Patient Name		Date of Birth	Social Security Number	
Address	City		Zip	Phone

RELEASE FROM: (Name of physician or facility releasing information)

I authorize release of my medical record from

Physician/Facility		Fax#		
Address	City	Zip	Phone	

RELEASE TO: (Name of physician or facility receiving information)

Please send my medical record to:

Physician/Facility Pajaro Valley Medical Clinic, Inc				
Address 65 Nielson ST. Ste# 104	City Watsonville	Zip 95076	Phone 786-8595	

RELEASE INFORMATION

Reason: <input type="checkbox"/> Change of insurance	<input type="checkbox"/> Transfer of care	<input type="checkbox"/> Personal file
<input type="checkbox"/> Moving out of area	<input type="checkbox"/> Specialist consultation	<input type="checkbox"/> Legal

Please release the following (check all that apply)

RECENT H&P	LAST THREE VISITS
LAB REPORTS	X-RAY REPORTS
HOSPITAL REPORTS	OTHER:

- Please allow 15 days for processing.
- Incomplete information will delay processing.
- Use of this information for any other than the stated purpose is prohibited.
- This information is for the use of the designated recipient only and cannot be provided to any other agency.

CONSENT

I authorize the release of all information indicated, and I am aware that the records released may contain information relating to psychiatric or psychological testing, physical abuse, or drug and alcohol abuse.

Signature of patient, parent, guardian, conservator, or patient representative (Please circle.)

Date

Note: This consent is valid for 90 days. It may be revoked by the signer at any time.

PAJARO VALLEY MEDICAL CLINIC, INC.

65 Nielson St. Ste. 104

Watsonville, CA 95076

Phone # 831-786-8595

Fax # 831-786-8557

PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

With my consent, **Pajaro Valley Medical Clinic, Inc.** may use and disclose protected health information (PHI) about me to carry out treatment, payment and healthcare operations (TPO). Please refer to **Pajaro Valley Medical Clinic, Inc.** Notice of Privacy Practices for a more complete description of such uses and disclosures.

I have the right to review the Notice and Privacy Practices prior to signing this consent. **Pajaro Valley Medical Clinic, Inc.** reserves the right to revise its Notice of Privacy Practices at any time. A revised Notice of Privacy Practices may be obtained by forwarding a written request to **Pajaro Valley Medical Clinic, Inc., Attn. Privacy Officer 65 Nielson St. Ste 104 Watsonville, CA 95076.**

With my consent, **Pajaro Valley Medical Clinic, Inc.** may call my home or other designated location and leave a message on voice mail or in person in reference to any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminders, insurance items and any call pertaining to my clinical care, including laboratory results among others.

With my consent, **Pajaro Valley Medical Clinic, Inc.** may mail to my home or other designated location any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminder cards and patient statements as long as they are marked Personal and Confidential.

Pajaro Valley Medical Clinic, Inc. is not required to agree to my requested restrictions, but if it does, it is bound by this agreement.

By signing this form, I am consenting to **Pajaro Valley Medical Clinic, Inc.** use and disclosure of my PHI to carry out TPO.

I may revoke my consent in writing except to the extent that the practice has already made disclosures in reliance upon my prior consent. If I do not sign this consent, **Pajaro Valley Medical Clinic, Inc.** may decline to provide treatment to me.

Patient Name

Date

Signature

If this Consent is signed by a personal representative on behalf of the patient, complete the following:

Personal Representative's Name

Relationship to Patient