

**Iriamar Vélez Quiñones, MD**

519 Miramar Ave  
Arecibo, Puerto Rico 00612  
Tel/Fax 787-878-3211

**Registro del Paciente**

**INFORMACION DEL PACIENTE:**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Alias: \_\_\_\_\_  
Dirección Física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_  
Estado/País de Nacimiento : \_\_\_\_\_ Ciudad donde nació: \_\_\_\_\_  
Género: \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_ Femenino  
Seguro Social #:XXX-XX- \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_  
ID/Número: \_\_\_\_\_ Tipo de ID: \_\_\_\_ Licencia de conducir \_\_\_\_ Real ID \_\_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_ Otro  
Estado o País que expide identificación: \_\_\_\_\_

**Información Demográfica**

Para cumplir con regulaciones Federales, temenos que preguntarle la siguiente información:

Raza: \_\_\_\_ "Indio Americano/Nativo de Alaska" \_\_\_\_ "Asiático" \_\_\_\_ "Negro o Negro Americano"  
\_\_\_\_ "Nativo de Hawai o Islas del Pacífico" \_\_\_\_ "Me niego a contestar " \_\_\_\_ "Blanco"  
Etnia: \_\_\_\_ "Hispano o Latino" \_\_\_\_ "No Hispano o Latino" \_\_\_\_ "Me niego a contestar"

**Directrices Anticipadas**

¿Tiene un testamento de vida/directrices anticipadas?  Sí  No  
¿Desea discutir este tema con la doctora?  Sí  No

**Preferencia de Comunicación**

Idioma Primario \_\_\_\_\_ Idioma Secundario \_\_\_\_\_  
Método preferido de comunicación:  Casa  Trabajo  Celular  
¿Podemos dejar un mensaje en su contestadora o con la persona que conteste?  
Casa S \_\_\_/ N \_\_\_ Trabajo S \_\_\_/ N \_\_\_ Celular S \_\_\_/ N \_\_\_  
NO LLAME :  Casa  Trabajo  Celular  
¿Podemos enviarles e-mails?: Sí \_\_\_ o No \_\_\_  
¿Podemos enviarle (SMS) mensajes de texto?: Sí \_\_\_ o No \_\_\_

**Divulgación de Información a Personas Autorizadas**

Permito a Iriamar Vélez Quiñones, MD divulgar información médica según sea necesario a las siguientes personas designadas que participan en mi atención médica. Entiendo que no estoy obligado a divulgar mi información a nadie. También entiendo que puedo cambiar la lista por escrito en cualquier momento.

Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono

**HISTORIAL PERSONAL**

¿Hasta qué grado estudió en la escuela?  Escuela Superior  
 Algunos años de universidad  
 Intermedia  Bachillerato  
 Elemental  Escuela Graduada  
 No fuí a la escuela

Estado Civil:  Nunca me he casado  Casado  Divorciado  Separado  Viudo  Concubinato/Convivencia

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

¿Trabaja actualmente? :  Sí  No Horas/semana \_\_\_\_\_ Si NO, ¿Está  retirado  incapacitado  enfermo?

¿Recibe incapacidad/Seguro social?  Sí  No Si respondió afirmativo, ¿Cuál es la razón? \_\_\_\_\_

**Por favor, escriba los nombres de los médicos que visita:**

Cardiólogo

Pneumólogo

Gastroenterólogo

Endocrinólogo

Reumatólogo

Hematólogo/Oncólogo

Dermatólogo

Nefrólogo

Neurólogo

Oftalmólogo

Psiquiatra

Urólogo

Ortopeda

Ginecólogo

Otro:

**Farmacia y Laboratorio Predilecta:****Nombre****Teléfono o Dirección****Contacto de Emergencia**

\* Nombre : \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_ Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Esposo \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/Representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Relación con paciente \_\_\_\_\_