

**Iriamar Vélez Quiñones, MD**

Urb. García

60 Calle 16

Arecibo, Puerto Rico 00612

Tel: 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 fui 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 \_\_\_\_\_