

Formulario de historial de proveedores

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Para que podamos brindarle una mejor ayuda en la transición de su cuidado médico, complete la información a continuación. Indique los nombres de cualquiera de los proveedores especializados o los nombres de cualquiera de las clínicas especializadas que haya visitado **en el transcurso de los últimos dos años**. Es posible que esta información se use para obtener expedientes médicos para su proveedor para el tratamiento, el pago y las operaciones de cuidado de la salud, como se describe en la Notificación de prácticas de privacidad.

Nombre del proveedor/Nombre del consultorio	Dirección/Número de teléfono	Uso del consultorio	
		¿Se solicitó?	
Médico de cuidado primario anterior:		☐	Sí
		☐	No
Alergista:		☐	Sí
		☐	No
Cardiología/Neumología:		☐	Sí
		☐	No
Dermatología:		☐	Sí
		☐	No
Oído, nariz y garganta (ENT, por sus siglas en inglés):		☐	Sí
		☐	No
Endocrinología:		☐	Sí
		☐	No
Gastroenterología:		☐	Sí
		☐	No
Nefrología:		☐	Sí
		☐	No
Neurología:		☐	Sí
		☐	No
Oncología/Hematología:		☐	Sí
		☐	No
Oftalmología:		☐	Sí
		☐	No
Control del dolor:		☐	Sí
		☐	No
Podología/Ortopedia:		☐	Sí
		☐	No
Reumatología:		☐	Sí
		☐	No
Urología:		☐	Sí
		☐	No

Afecciones vasculares:		☐	Sí
		☐	No
Otro:		☐	Sí
		☐	No
¿Ha visitado la sala de emergencias (ER) o le han hospitalizado recientemente? Indique el motivo, el hospital y las fechas de admisión:		<u>Uso del consultorio</u> ¿Se solicitó? ☐ Sí ☐ No	

☐ Actualmente no me atiendo con ningún especialista.

Firma del paciente Fecha

Firma del/de la padre/madre/tutor/representante personal* Fecha

Nombre en letra de imprenta del/de la padre/madre/tutor/representante personal* Fecha

*** Si firma como representante personal de una persona, describa su autoridad para actuar en nombre de esta persona y proporcione cualquier documentación correspondiente (poder legal de cuidado de la salud, sustituto de cuidado de la salud, tutor, etc.):**

Exclusivamente para uso en el consultorio:

Firme y feche este formulario después de marcar “Sí” o “No” para indicar si se solicitaron los expedientes.

Firma del personal del consultorio Fecha

Nombre en letra de imprenta del personal del consultorio Fecha