

**JORGE A. SARAIVIA, MD\*2829 BABCOCK RD, STE. 436  
SAN ANTONIO, TX 78229\*(210)614-3557**

**INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NOMBRE AL QUE RESPONDE \_\_\_\_\_

Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Viudo (a) \_\_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_\_

Dirección Casa \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Area \_\_\_\_\_

Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Licencia # \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

Médico Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Medico que lo refirió \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES (SI EL PACIENTE ES MENOR)**

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Area \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Area \_\_\_\_\_

Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Casa \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_

Licencia # \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Licencia # \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Si hay una emergencia y no me encuentran en el teléfono de arriba, doy permiso de contactar a (por favor de la información de alguien que no vive en su casa):

---

NOMBRE	TELÉFONO	RELACIÓN
--------	----------	----------

(CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA)

**SEGURO PRINCIPAL**

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

RELACIÓN \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_

Trabajo del asegurado \_\_\_\_\_

¿Desempleado? No \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_\_\_ Fecha de desempleo \_\_\_\_\_

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_

Identificación del seguro o número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO**

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_

Trabajo del asegurado \_\_\_\_\_

¿Desempleado? No \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_\_\_ Fecha de desempleo \_\_\_\_\_

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_

Identificación del seguro o número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL PAGO**

Autorizo y solicito que mi compañía de seguro pague directamente al Dr. Jorge A. Saravia, los servicios medicos recibidos por mí o mis dependientes. (I authorize and request my insurance company to pay directly to Dr. Jorge A. Saravia, MD all payments for medical services rendered to myself or my dependents)

Entiendo que mi seguro puede pagar menos de lo que se cobra y estoy de acuerdo que seré responsable del pago de todos los servicios recibidos por mí o mis dependientes. (I understand that my insurance carrier may pay less than the actual bill for services. I agree to be responsible for payment(s) of all services rendered on my behalf of myself of my dependents).

FIRMA DEL ASEGURADO

FECHA

**AUTORIZACIÓN**

Autorizo al Dr Jorge A. Saravia, a que de información a mi seguro(s) sobre el diagnóstico y tratamientos míos o de mis dependientes..

FIRMA DEL ASEGURADO

FECHA

**ACKNOWLEDGEMENT REVIEW OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Revisé la declaración de privacidad de esta oficina, la cual explica como se usará mi información médica y como se propagará. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta información..

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

DATE

DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE PERSONAL.

Jorge A. Saravia MD  
Review of Systems

Fecha	Fecha de nacimiento	Edad
Nombre		
Cuales son sus principales sintomas?		

Ha tenido problemas con.....	Por ejemplo	Sí	No	Describa si es necesario
Síntomas generales	Perdida de peso			
	Aumento de peso			
	Fatiga			
	Fiebre			
	Calosfrios			
	Insomnio			
Piel	Erupción			
	Bolas			
	Eczema			
	Crecimientos			
	Llagas o úlceras			
	Comezón			
Pulmones	Tos			
	Esridor (ruido)			
	Dolor de pecho			
	Roncar			
	Apnea del sueño			
Corazón	Palpitaciones			
	Falta de aire al acostarse			
	Desmayos			
	Hinchazón			
Estómago	Difficultad para tragar			
	Dolor de Estómago			
	Agruras			
	Nausea			
	Vómito			
	Estreñimiento			
	Diarrea			
	Sangrado rectal			

Ha tenido problemas con.....	Por ejemplo	Sí	No	Describa si es necesario
Genito urinario	Urgencia para orinar			
	Orinar frecuentemente			
	Ardor al orinar			
	Incontinencia			
	Sangre en la orina			
Sangre	Moretones			
	Sangrado			
	Anemia			
Musculos y huesos	Dolor muscular			
	Dolor de huesos			
	Enrojecimiento de las Articulaciones			
	Fracturas			
Psiquiatria	Depresión			
	Ansiedad			
	Estrés			
	Problemas de memoria			
Grandular	Intolerancia al calor			
	Intolerancia al frio			
	Orinar frecuentemente			
	Mucha sed			
	Aumento de apetito			
	Disminucion del apetito			
Oidos Nariz y Garganta	Sordera			
	Ruido en los oidos			
	Dolor de oidos			
	Sangrado por la nariz			
	Dolor de garganta			
Ojos	Cataratas			
	Glaucoma			
	Visión borrosa			
Alergias	Lista de todas sus alergias			