

REQUERIMIENTOS PARA ATENCIÓN MÉDICA

- PRESENTARSE MÍNIMO 45 MINUTOS ANTES DE TU PROCEDIMIENTO.
- HABER REALIZADO EL TRATAMIENTO O AYUNO ESTABLECIDO POR MÉDICO TRATANTE: presentar copia de Indicaciones médicas y estudios de laboratorio, imagen o gabinete previamente solicitados (Estudios de sangre, Radiografías, Tomografías, Electrocardiograma).
- IDENTIFICACIÓN OFICIAL: Puede ser una fotografía de cualquier identificación oficial (Licencia de conducir, Pasaporte, INE).
- DOMICILIO ACTUAL O CORRESPONDIENTE A PAÍS DE ORIGEN: Es domicilio que aparecerá en tu información para el Hospital la cual puede ser necesaria para trámites con Seguro de Gastos Médicos.
- Llenar Formulario de HISTORIAL MÉDICO: Esto agiliza tu ingreso al Hospital y evita los interrogatorios repetitivos, lo cuales se realizan para corroborar datos e información importante de ser necesario.

REQUIREMENTS FOR MEDICAL CARE

- ARRIVE AT LEAST 45 MINUTES BEFORE YOUR PROCEDURE.
- - HAVING CARRIED OUT THE TREATMENT OR FASTING ESTABLISHED BY THE TREATING PHYSICIAN: present a copy of medical indications and previously requested laboratory, image or cabinet studies (blood studies, X-rays, CT scans, electrocardiogram).
- - OFFICIAL IDENTIFICATION: It can be a photograph of any official identification (Driver's License, Passport, INE).
- - CURRENT ADDRESS OR CORRESPONDING TO COUNTRY OF ORIGIN: This is the address that will appear in your information for the Hospital, which may be necessary for procedures with Medical Insurance.
- - Fill out MEDICAL RECORD Form: This will speed up your admission to the Hospital and avoid repetitive interrogations, which will be carried out to corroborate important data and information if necessary.

RECUERDA MENCIONAR EN LA SECCION "3" LA INFORMACION QUE TU SEGURO MEDICO NO CONOZCA.

REMEMBER TO MENTION IN SECTION "3" THE INFORMATION THAT YOUR MEDICAL INSURANCE DOESN'T KNOW.

1.- HISTORIAL MEDICO/MEDICAL RECORD

(Recuerda no omitir ninguna información/Remember dont dismiss any information)

MOTIVO DE CONSULTA / REASON OF CONSULTATION

INFORMACIÓN GENERAL/GENERAL INFORMATION

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE/ PATIENT FULL NAME:			
LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO)/ PLACE OF BIRTH:			
RESIDENCIA ACTUAL/COUNTRY OF RESIDENCE			
ESTADO CIVIL / MARITAL STATUS			
ESCOLARIDAD/LAST SCHOOL LEVEL OR DEGREE			
OCUPACION/WHAT DO YOU DO FOR LIVING?			
REPRESENTANTE LEGAL Y RELACION. LEGAL REPRESENTATIVE AND RELATION.		NOMBRE/FULL NAME:	
		1.- ESPOSO/HUSBAND	2.-ESPOSA/WIFE
		3.- HIJO/SON	4.-HIJA/DAUGHTER
		5.-AMIGO/FRIEND	6.-

ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES / FAMILY MEDICAL RECORD

Hipertensión arterial (¿quiénes?) /High blood pressure (who?):	Enfermedad de hígado (¿quiénes?) / Liver Disease (who?):
Diabetes (¿quiénes?/Who?):	Demencia/Alzheimer (quienes?/who?)
Enfermedad en Tiroides (¿quiénes?) / Thyroid disease (who?):	Enfermedad en riñón (¿quiénes?)// Kidney disease (who?):
Colesterol elevado (¿quiénes?) /High cholesterol (who?):	Cancer (quiénes/who?)
Problemas cardiacos (¿quiénes?) / Heart disease (who?):	Otros/Others (¿quiénes?/Who?):

ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES/ PERSONAL MEDICAL RECORD

Cirugías previas (tipo y fecha de la misma)/ Surgeries (Type and Year):		Consumo de Alcohol/Alcohol consume:	
		Consumo de Tabaco/Do you smoke? Use to? (Amount n time):	
		Drogas/No Legal Drugs (Marihuana include):	
Alergias/Allergies:		Transfusiones sanguineas/ Grupo sanguineo (cuantas/cuando)/Blood transfusions (When/How many?):	
Hipertension arterial (tiempo de diagnostico y tratamiento)/ High Blood preasure (diagnosis and treatment time):		Diabetes Mellitus (tiempo de diagnostico y tratamiento)/(Treatment-Time):	
Traumatismos/ Accidents/Fractures:		Otros: (Trastornos de Tiroides, Ansiedad, Depresion, Artritis, Corazon, etc) Others: (Thyroid Disorders, Anxiety, Depression, Arthritis, Heart, Kidney, etc.)	
Cancer (Tipo/Fecha de diagnostico/Tratamiento)(Type/Date of diagnosis/Treatment):		Medicamentos que consume (omitir medimentos previamnete referidos/Current Treatments (dismiss previous meds references)	
Tipo de dieta/ Diet type		Mascotas/Pets	
Realiza ejercicio (tipo/tiempo)/ Do you exercise (Type/Time)?		Vacunas/Vaccines	

2.- SECCION SOLO MUJERES/ FEMALE INFORMATION

HISTORIA GINECOLOGICA / GYNECOLOGICAL HISTORY

EDAD DE PRIMERA MENSTRUACION/ AGE OF FIRST PERIOD	NUMERO DE EMBARAZOS/ TOTAL OF PREGNACIES	PARTOS/ NATURAL DELIVERIES	CESAREAS/ CAESAREAN SECTIONS	ABORTOS/ ABORTION- MISCARRIAGE
FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION DATE OF LAST MENSTRUATION	METODOS ANTICONCEPTIVOS / CONTRACEPTIVE METHODS	ULTIMO ESTUDIO DE MAMA (AÑO) LAST BREAST STUDY (YEAR)		
TRASTORNOS DE MENSTRUACION / MENSTRUATION DISORDERS	ULTIMA CITA CON GINECOLOGO (AÑO) / LAST VISIT WITH GYNECOLOGIST (YEAR)	EXTRA		

3.- INFORMACION NO RECONOCIDA POR SEGURO MEDICO (Diagnosticos, tratamientos, Cirugias) / INFORMATION NOT RECOGNIZED BY HEALTH INSURANCE (Diagnosis, treatments, surgeries).