

**INFORMACION Y CONSENTIMIENTO MEDICO DEL PACIENTE +15 AÑOS**

* APELLIDO(S) COMO APARECE EN SU PERMISO DE TRABAJO, O EN LA CARTA RECIBIDA DE USCIS, O COMO APAREZCA EN SU PASAPORTE	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
* DIRECCION DE DOMICILIO EN ESTADOS UNIDOS:	APT/UNIDAD	CIUDAD
* FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/ANO)	PAIS DE NACIMIENTO	CIUDAD O PUEBLO DE NACIMIENTO
* ALIEN/No DE USCIS O PAROLE	PASAPORTE #:	EXPIRACION DEL PASAPORTE
* E-MAIL:	TELEFONO DE CELULAR #:	TELEFONO ALTERNO (TRABAJO O CASA)
* NOMBRE DE CONTACTO ALTERNO EN CASO DE EMERGENCIA:	NUMERO DE TELF DEL CONTACTO ALTERNO	
* ¿COMO SE ENTERO DE NUESTRA CLINICA?		
* ¿CUANDO VA A ENTREGAR EL SOBRE SELLADO/PLANILLA I-693 A USCIS/INMIGRCION? ESCRIBA FECHA :		
* ¿Alguna vez se ha hecho una examinación médica (Reporte I-693) para USCIS/ Inmigración en el pasado (Planilla I-693)?	*	SI ___ / No ___
* Yo necesitaría un intérprete en dado caso que tuviera una entrevista con un agente de inmigración de USCIS	*	SI ___ / No ___
* ¿Tiene Usted una tarjeta de permiso de trabajo de USCIS/Inmigracion?	*	SI ___ / No ___
* Entiendo que <b>DEBO firmar en persona</b> el reporte médico una vez que mis resultados estén listos. I-693 Report of Medical Examination and Vaccination Record	*	INICIALES DE SU NOMBRE Y APELLIDO
* <b>Comprendo que mi sobre sellado (planilla I-693) deber ser entregado a Inmigración/ USCIS en no más de 60 días a partir de la fecha de firma.</b>	*	INICIALES DE SU NOMBRE Y APELLIDO
* Doy mi consentimiento para que Dra. Rebecca N. Pirela M.D., y/o los miembros del personal de la oficina me efectúen exámenes, pruebas de laboratorio, tratamientos y procedimientos médicos y de que se me suministre medicinas. Así mismo, convengo en que no se me ha dado ninguna seguridad en cuanto al resultado de tales exámenes, pruebas de laboratorio o tratamientos. También doy mi consentimiento para que se contacte cualquier médico, hospital o farmacia, con la finalidad de obtener mi información médica	*	INICIALES DE SU NOMBRE Y APELLIDO
* Doy mi autorización a la oficina de la Dra. Rebecca Pirela para que se me efectúe, una prueba sanguínea de anticuerpos para: <b>Sarampión, Rubeola, Paperas y varicela.</b>	*	INICIALES DE SU NOMBRE Y APELLIDO
* Estoy informado(a) que si no salgo inmune a todos o alguno de los virus mencionados, tendré que recibir la vacuna correspondiente con un cargo adicional	*	INICIALES DE SU NOMBRE Y APELLIDO
* También entiendo que habrá un costo adicional de <b>\$40.00</b> en caso de que mi análisis de sífilis saliera positivo y se corriese un segundo análisis confirmatori	*	INICIALES DE SU NOMBRE Y APELLIDO
* Entiendo de que si salgo positivo en la prueba de tuberculosis deberé realizar una <b>radiografía del tórax</b> por en cargo adicional. <b>(\$27-\$30)</b>	*	INICIALES DE SU NOMBRE Y APELLIDO
* Declaro que he recibido la notificación de las leyes de práctica privada en cumplimiento con las regulaciones de HIPPA. Que he leído y entendido todos mis derechos como paciente y mi información personal y médica.	*	INICIALES DE SU NOMBRE Y APELLIDO

( \_\_\_\_\_ ) Autorizo al Sr/Sra \_\_\_\_\_ para que recoja mi reporte en mi lugar.

( \_\_\_\_\_ ) Autorizo a la oficina de la Dra Pirela para que se me envíe mi reporte via UPS por un costo adicional

\* FIRMA: \_\_\_\_\_ VINCULO CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

**ATENCION: LA CITA DE HOY PUEDE TOMAR DE 2-3 HORAS**

# Historial Médico del Paciente

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

<b>* Apellido(s) (Tal como aparece en su pasaporte)</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): _____			
¿Tiene alguna secreción anormal? (por la Vagina o Pene)			Si ___/No ___
¿Tiene dolor al orinar?			Si ___/No ___
<b>Hombres:</b> ¿Tiene dolor testicular/genital?			Si ___/No ___
¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual?			Si ___/No ___
¿Le han hecho alguna prueba para detectar enfermedades de transmisión sexual recientemente Si respondió "Si", Por favor menciona las enfermedades venéreas que le fueron detectadas: _____			Si ___/No ___
¿Cuándo se hizo esta prueba?	¿En qué lugar?		
¿Ha estado en contacto directo con algún familiar o amigo/persona que haya contraído la <b>tuberculosis</b> ?			Si ___/No ___
¿Se ha hecho una prueba de tuberculosis por piel o por sangre?			
¿Cuándo? (Mes/Día/Año): _____ ¿La radiografía de pecho resulto normal? Si ___/No ___ /No fue efectuada ____			Si ___/No ___
¿Usted recibió tratamiento curativo? Si ___/No ___ Fecha del tratamiento: _____ - _____			
¿En el presente, sufre Usted de:	Tos: Si ___/No ___	Sudores: Si ___/No ___	Fiebre: Si ___/No ___
¿Sufre usted o ha sido diagnosticado con alguna enfermedad mental?			Si ___/No ___
Marque la condición que le corresponda:	Depresión : Si ___/No ___	Ansiedad: Si ___/No ___	Bipolarismo: Si ___/No ___
Otras: _____			Autismo: Si ___/No ___
Usted se considera en violento o a riesgo de cometer suicidio?			Si ___/No ___
¿Ha sido arrestado alguna vez? Mencione el motivo del arresto: _____			Si ___/No ___
¿Cuál es su soporte económico actual? Marque el que le corresponda	Trabajo ___	Esposo(a) ___	Padres ___
			Otro tipo de ingreso: _____
¿Cómo está efectuando su ajuste de estatus migratorio?			
(a) _____ Un familiar le hizo la petición		(d) _____ Daca	
(b) _____ Asilo/ Refugiado / <b>Ajuste Cubano</b>		(e) _____ Matrimonio con un ciudadano(a). Fecha de matrimonio: _____	
(c) _____ Visa de trabajo		(f) _____ Otro recurso. Explique: _____	
Marque la que le corresponda: <b>Hipertensión:</b> ___ <b>Artritis</b> ___ <b>Colesterol Alto</b> ___ <b>Otra condición crónica:</b> _____ <b>Ninguna</b> ___			
¿Tiene algún impedimento físico? Mencione todo impedimento físico que tenga: _____			Si ___/No ___
<b>**PARE** LA SIGUIENTE SECCION LE CORRESPONDE AL PERSONAL CLINICO**</b>			

<b>Vital Signs:</b>			
<i>Temperature</i>	<input type="checkbox"/> AFEBRILE	<i>Blood Pressure</i>	<i>Pulse</i>
Heent: <input type="checkbox"/> Within Normal Limits	Meds: _____		
Heart: <input type="checkbox"/> Reg Rate/Rhythm	_____		
<input type="checkbox"/> No Murmurs, Rubs or Gallops	_____		
Lungs: <input type="checkbox"/> CTA Bilateral	Allergies: _____		
<input type="checkbox"/> No Hepato-splenomegally	_____		
<input type="checkbox"/> Non-Tender, Non Distended, Normal Bowel Sounds	_____		
Ext: <input type="checkbox"/> No Cyanosis, Clubbing or Edema	Diagnosis: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> CLASS B		
Skin: <input type="checkbox"/> No Rash	_____		
Abnormal/Notes:		By: _____	
<input type="checkbox"/> NORMAL EXAMINATION		Rebecca N. Pirela MD - USCIS Civil Surgeon	