

**Datos de Paciente**

Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Edad	Genero
Dirección		Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Número de Celular	Número de Casa	Número de Trabajo			
Correo Electronico					
Estado Civil: Soltero/ Casado/ Divorciado/ Vive en Union Libre			Años Juntos		
Nombre de su Esposo/a : Apellido, Primer Nombre			Número de Hijos		

**Persona responsable: Llene esta parte solo si usted no es la persona responsable**

Apellido	Primer Nombre	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Edad	Genero
Dirección		Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Número de Celular	Número de Casa	Número de Trabajo			

**Contacto de Emergencia: A quien podemos contactar en caso de una emergencia**

Nombre	Relación	Número de Telefono Primario	Número de Telefono Secundario
Acepta usted que nos pongamos en contacto con esta persona en caso de <b>no emergencia?</b> (Si/No)			

**Información de Seguro**

Seguro Primario	Número de Identificación de Seguro Primario	Co-Pago
Seguro Secundario	Número de Identificación de Seguro Secundario	Co-Pago

Escriba informacion medica adicional

**Certificación del paciente**

Yo certifico que la informacion proporcionada es correcta.

Yo autorizo la liberacion de informacion medica nesasaria para procesar reclamaciones de seguros a las companias de seguros o sus agencias (incluyendo Medicare), a los efectos de la presentacion y el pago de las reclamaciones de salud mental.

Soy conciente que se me aplicaran cargos por citas que no sean canceladas con anticipacion de 24 horas. Yo soy el responsable de pagar la cantidad.

Firma de Paciente o Tutor Legal	Nombre en letra de molde	Fecha
---------------------------------	--------------------------	-------

Tony A. Pham, M.D., P.A.

Psychopharmacology & Psychotherapy  
1315 St. Joseph Parkway, Suite 1010  
Houston, TX 77002  
Ph (713) 376-3459, Fax (832) 369-7665  
www.tonyphammd.com



Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida  
(Todo el expediente médico)

Solicito que mi expediente médico de (abajo) le sea proporcionado a Dr. Pham

\_\_\_\_\_  
(Médico, Hospital o Institución) , \_\_\_\_\_ (Dirección/Teléfono)

Nombres de personas a quien Dr. Pham puede proporcionar información:

\_\_\_\_\_  
(Individuos o Instituciones) , \_\_\_\_\_ (Dirección/Teléfono)

Yo, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
acepto que se utilice mi expediente médico para llevar a cabo el tratamiento, pagos y procedimientos del cuidado de salud sobre mi persona.

He leído el Aviso de prácticas de privacidad (en la pared de la oficina o pida una copia en el mostrador) y estoy consciente de lo siguiente:

- Tengo derecho a establecer restricciones en la manera en que mi expediente sea utilizado o divulgado.
- Entiendo que Dr. Pham no está obligado a aceptar mis restricciones. También entiendo que una vez que Dr. Pham acepte mis restricciones, yo tengo que cumplir con ellas.
- Tengo el derecho a revocar mi consentimiento para el uso y divulgación de mi expediente médico en cualquier momento. Entiendo que, si decido revocar mi consentimiento, tengo que presentar una declaración escrita firmada por mí.
- Entiendo que Dr. Pham tiene que cumplir con mi decisión de revocar el consentimiento inmediatamente, excepto en la medida de que alguna acción ya haya sido tomada basada en mi consentimiento original.
- Dr. Pham se reserva el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento sin notificación alguna.

**Nota: Solamente el paciente o padre/tutor puede solicitar la divulgación del expediente médico. Una identificación con fotografía es requerida.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Tony A. Pham, M.D., P.A.

Psychopharmacology & Psychotherapy  
1315 St. Joseph Parkway, Suite 1010  
Houston, TX 77002  
Ph (713) 376-3459, Fax (832) 369-7665  
www.tonyphammd.com



**Deducible del año 2017**

La mayoría de las compañías de seguro médico tienen un deducible que tiene que ser cubierto antes de que el seguro médico pueda cubrir el pago. Nosotros no podemos saber si su deducible de este año ya fue cubierto.

Como una cortesía, solamente le cobraremos el copago regular, pero le pedimos que nos proporcione la información de su tarjeta de crédito. Cualquier monto que su seguro médico no cubra le será cargado a su tarjeta de crédito cuando recibamos el estado de cuenta del seguro.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Tipo de Tarjeta (Visa, MasterCard, etc.) \_\_\_\_\_

# de Tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en pagar cualquier monto que sea aplicable.

\_\_\_\_\_ (firma)

Date: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

### **Cuestionario de paciente**

1. ¿Describa entre 1-5 oraciones porque ha sido referido a nuestra oficina?
  
2. ¿Ha sido hospitalizado anteriormente por problemas de salud mental? Si/ No (circule uno)  
Si es así, cuando fue la hospitalización mas reciente?
  
3. ¿Ha usado las siguientes sustancias, ahora o en el pasado?  
Alcohol        Si/ No  
Cocaina        Si/ No  
Marihuana     Si/ No  
Heroína        Si/ No  
Estimulantes Si/ No  
Cigarros       Si/ No
  
4. ¿Cual es su lugar de nacimiento?
  
5. ¿Cual es/ fue su ocupación de trabajo?
  
6. ¿Cuál es su religión (si alguna)?
  
7. ¿Cuál es su situación de vivienda? Casa de cuidado/ con parientes/ casa o apartamento/  
asilo para personas de tercera edad/ no tiene residencia estable
  
8. Tiene hijos? Si/ No. Si es asi, cuantos?  
Cuál es su nivel de educación? Alguna preparatoria/ graduado de preparatoria/ algo de colegio  
graduado de colegio/ graduado avanzado
  
9. ¿Ha tenido problemas legales o arrestos? Si/ No
  
10. ¿Tiene problemas médicos? Diabetes/ Presión Alta/ Problemas del Corazon/ Hepatitis/  
Problemas de Riñón/ Colesterol Alto  
¿Esta embarazada? Si/ No  
Escriba cualquier otro problema médico:
  
11. ¿Es alérgico a algunos medicamentos? Si es asi, cuales.
  
12. Escriba las medicinas que está tomando actualmente.

## Cuestionario de salud mental

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Ha padecido los siguientes síntomas durante este último mes? (Circule su respuesta)

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Poco interés o placer en realizar cosas.	0	1	2	3
b. Triste, deprimido o sin esperanza.	0	1	2	3
c. Dificultad para dormir o quedarse dormido o dormir mucho.	0	1	2	3
d. Cansado y/o con poca energía.	0	1	2	3
e. Poco apetito o comer en exceso.	0	1	2	3
f. Sentirse mal de sobre sí mismo o que es un fracaso o se ha defraudado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
g. Dificultad para concentrarse en actividades, ya sea leyendo el periodico o viendo la televisión etc.	0	1	2	3
10. Moverse o hablar tan despacio que la demás gente lo puede notar, o lo contrario, estar tan nervioso o inquieto que se ha estado moviendo más de lo normal.	0	1	2	3
11. Pensar que sería mejor estar muerto o de hacerse daño a sí mismo.	0	1	2	3
<b>Suma de columnas</b>		_____+	_____+	_____
<b>Total</b>				

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Ansioso/Ansiosa				
b. Irritabilidad y/o enojo				
c. Oye voces o tiene alucinaciones				
d. Poca concentración				
e. Olvidadizo/Olvidadiza				

- ¿Ha tomado alcohol durante el último mes? Si la respuesta es sí, ¿qué tanto y qué tan frecuente lo ha hecho?
- ¿Ha consumido alguna droga ilegal durante el último mes? Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de droga y cuánta consume?
- ¿Fuma? Si la respuesta es sí, ¿cuánto fuma al día-semana?

2. ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias durante el último mes? (Circule su respuesta)

Alcohol:	<i>Rara vez</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Diariamente</i>
Marihuana:	<i>Rara vez</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Diariamente</i>
Alguna otra droga:				

3. ¿Ha tenido dificultad en el trabajo o en la casa como resultado de la condición de su salud mental? Si es así, por favor explíquelo.

4. ¿Ha sido diagnosticado con alguna de las enfermedades mentales siguientes? (Circule su si la enfermedad que ha padecido)

- Depresión mayor
- Trastorno bipolar
- Trastorno de déficit de atención o Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Esquizofrenia
- Trastorno de pánico
- Abuso de alcohol
- Abuso de drogas

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Salud General

¿Ha padecido alguno de los siguientes síntomas durante el último mes? (Por favor encierre todos los que apliquen):

**General:** fiebre / sudores nocturnos / aumento de peso / pérdida de peso

**Cabeza:** visión borrosa / desmayo / golpe en la cabeza / dolor de cabeza / ataques epilépticos

**Ojos:** visión disminuida en ambos ojos / en ojo derecho / en ojo izquierdo / visión doble / dolor de ojos / infección / comezón / visión borrosa

**Oídos/Nariz/Garganta:** mareo / boca seca / dolor de garganta frecuente / dificultad para escuchar / pérdida de audición / ronquera / encías infectadas / moqueo / pérdida del olfato / obstrucción nasal / zumbido en los oídos / sinusitis / dolor de garganta

**Sistema Respiratorio:** escalofríos / tos / dificultad respiratoria / dificultad respiratoria cuando hace esfuerzos / fiebre / hemoptisis / dificultad respiratoria sin hacer esfuerzo / dolor pleurítico / dolor de costillas / falta de aliento

**Sistema Cardiovascular:** dolor de pecho / vértigo / mareo / palpitaciones / taquicardia

**Sistema Gastrointestinal:** dolor abdominal / hinchazón del abdomen / constipación / diarrea / dispepsia / intolerancia a alimentos grasos / acidez / náusea / vómito

**Sistema Genitourinario:** menstruación anormal / sangre en la orina / quistes / dificultad para orinar / disuria / orina espumosa / frecuencia / hematuria / retención / incontinencia / dolor al orinar / infección de vías urinarias

**Sistema Musculoesquelético:** artritis / dolor de espalda / rango de movimientos disminuido/ dolor de articulaciones / inflamación de articulaciones

**Piel:** piel seca / pérdida de pelo / ictericia / erupciones / decoloración

**Sistema Neurológico:** mareos / dolor de cabeza / pérdida de la conciencia / pérdida de la memoria / migrañas / desorden motor / neuropatía / adormecimiento/ ataque epiléptico reciente / embolia / debilidad

**Sistema Endocrino:** cambios en la textura del pelo / sensación de frío / sudoración excesiva / sed excesiva / gota

**Sistema Hematológico:** anemia / desorden de coagulación/ moretones / leucemia / sudores nocturnos

**Alergias e Inmunología:** urticaria / alergias estacionales

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES FAMILIARES

El Gobierno de los Estados Unidos exige que se documenten de manera detallada sus antecedentes familiares en el expediente. Favor de proporcionar los datos a continuación:

1. ¿Su familia ha padecido alguna de estas enfermedades?

α. **Madre:** Edad: \_\_\_\_\_  Viva  Finada

(Si finada, favor de proporcionar la edad y el año de su muerte:

Edad \_\_\_\_/Año \_\_\_\_)

• Circule las opciones que apliquen:

Ninguna/Depresión/Esquizofrenia/Trastorno

Bipolar/Ansiedad/Demencia/Enfermedad Cardíaca /Hipertensión

Arterial/ Diabetes/Asma/ Alcoholismo/Drogadicción/ Cáncer ¿Qué

tipo? \_\_\_\_\_

β. **Padre:** Edad: \_\_\_\_\_  Vivo  Finado

(Si finado, favor de proporcionar la edad y el año de su muerte:

Edad \_\_\_\_/Año \_\_\_\_)

• Circule las opciones que apliquen:

Ninguna/Depresión/Esquizofrenia/Trastorno

Bipolar/Ansiedad/Demencia/Enfermedad Cardíaca /Hipertensión

Arterial/ Diabetes/Asma/ Alcoholismo/Drogadicción/ Cáncer ¿Qué

tipo? \_\_\_\_\_

γ. **Hermano/Hermana:** Edad: \_\_\_\_\_  Vivo  Finado

(Si finado, favor de proporcionar la edad y el año de su muerte:

Edad \_\_\_\_/Año \_\_\_\_)

• Circule las opciones que apliquen:

Ninguna/Depresión/Esquizofrenia/Trastorno

Bipolar/Ansiedad/Demencia/Enfermedad Cardíaca /Hipertensión

Arterial/ Diabetes/Asma/ Alcoholismo/Drogadicción/ Cáncer ¿Qué

tipo? \_\_\_\_\_

δ. **Hermano/Hermana:** Edad: \_\_\_\_\_  Vivo  Finado

(Si finado, favor de proporcionar la edad y el año de su muerte:

Edad \_\_\_\_/Año \_\_\_\_)

• Circule las opciones que apliquen:

Ninguna/Depresión/Esquizofrenia/Trastorno

Bipolar/Ansiedad/Demencia/Enfermedad Cardíaca /Hipertensión

Arterial/ Diabetes/Asma/ Alcoholismo/Drogadicción/ Cáncer ¿Qué

tipo? \_\_\_\_\_

2. ¿Hay algún otro antecedente familiar importante? (Abuelos paternos/ Abuelos maternos, etc.) Favor de mencionarlo a continuación:



## Pharmacy Form

### Your Information

Last Name

First Name

### Pharmacy Information

Phone

FAX

Street Address

City/State/Zip

### Drug Insurance Information

Name of Ins. Co.

Phone Number

Is Pre-Auth Necessary (Yes/No)

## Common Drugs

Clonazepam

Lorazepam

Seroquel

Effexor

Haloperidol

Zolpidem

Trazodone

Bupropion

Zyprexa

Xanax

### Additional Medications

  
  

### Primary Dr. Info

Name:

Phone

Are you allergic to any medications? If so, which ones.

  
  

Mail Completed Form To:

Tony A. Pham MD, PA

1315 St. Jo. Pkwy, Ste. #1010

Houston, TX 77002-8235