



San Joaquin Cardiology Medical Group, Inc.

PLEASE PRINT CLEARLY

DATE _____

PATIENT Nombre			DRIVER'S LIC. #	
HOME ADDRESS Direccion			DATE OF BIRTH fecha de naci.	
			HEIGHT mide	WEIGHT pesa
			ALLERGIES	
			CHECK ONE <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
			SOC. SEC. NO.	
			MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Other	
CITY Ciudad	STATE Estado	ZIP Codigo	HOME PHONE Tel	
PATIENT EMPLOYED BY Donde trabaja			BUSINESS PHONE Tel de trabajo	
NAME OF SPOUSE Nombre de pareja			DATE OF BIRTH (MO/DAY/YR)	
EMPLOYED BY donde trabaja			BUSINESS PHONE	
PATIENT REFERRED BY Quien lo refirio			REF. DR. PHONE	
IN CASE OF EMERGENCY CONTACT (OTHER THAN SPOUSE) Llamar en caso de emergencia			PHONE Tel	

I, THE UNDERSIGNED, HAVE INSURANCE COVERAGE WITH _____ AND ASSIGN DIRECTLY TO SAN JOAQUIN
Name of Insurance Carrier
 CARDIOLOGY MEDICAL GROUP, INC. ALL SURGICAL AND/OR MEDICAL BENEFITS, IF ANY, OTHERWISE PAYABLE TO ME FOR SERVICES RENDERED. I UNDERSTAND THAT
 I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES WHETHER OR NOT PAID BY INSURANCE. I HEREBY AUTHORIZE THE DOCTOR TO RELEASE ALL INFORMATION
 NECESSARY TO SECURE THE PAYMENT OF BENEFITS.

DATE _____ SIGNED _____

"NO SHOW" SPANISH

SAN JOAQUIN CARDIOLOGY MEDICAL GROUP
RAMIN MANSHADI, MD FACC FSCAI

NOMBRE _____

DEBIDO A LAS MULTIPLES CITAS QUE HACEMOS EN LA OFICINA, LE QUEREMOS HACER SABER EL COSTO POR "NO ASISTIR" A ALGUEN EXAMEN:

\$50 ULTRASONIDO DEL CORAZON

\$50 ULTRASONIDO DEL CUELLO

\$25 ABI (EXAMEN DE LA CIRCULACION DE LOS PIES/PERNAS)

\$50 EJERCICIO DE CORRER EN TREADMILL CON ULTRASONIDO O SIN ULTRASONIDO

\$150 EXAMEN NUCLEAR EN LA OFICINA DE LA CALIFORNIA

\$25 POR NO REGRESAR EL MONITOR DE 24 HORAS A TIEMPO

\$2500 SI NO REGRESA EL MONITOR DE 24 HORAS

HE LEIDO Y ENTIENDO QUE SI DEBO DE CAMBIAR ALGUNA DE ESTAS CITAS, TENGO QUE LLAMAR DE 24 A 48 HORAS ANTES DE LA CITA DE LO CONTRARIO, SE ME COBRARA LO INDICADO ARRIBA.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE ANTE _____

FECHA _____

SAN JOAQUIN CARDIOLOGY MEDICAL GROUP
RAMIN MANSHADI, MD FACC FSCA
2633 PACIFIC AVE
STOCKTON CA 95204

**RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO COPIA DE LAS
LEYES DE PRIVACIDAD
“HIPPA”**

HE RECIBIDO Y RECONOSCO QUE ME DIERON UNA COPIA DE LA POLISA DE PRIVACIDAD QUE HAY EN ESTA OFICINA. Y RECONOSCO QUE SI HAY ALGUN CAMBIO DE ESTA POLISA, QUE LA OFICINA LO HARA SABER PONIENDO UNA COPIA CON LOS CAMBIOS EN ESTA SALA DE ESPERA. ENTIENDO QUE INFORMACION SOBRE MI SALUD NO SÉRA DIVULGADA SIN MI PERMISO SEGUN LA POLISA DE “HIPPA”

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

NUMERO DE TELEFONO _____

SI NO FIRMO EL PACIENTE, FAVOR DE INDICAR SU RELACION:

____ PADRE/MADRE

____ GUARDIAN

____ BENEFICIARIO O REPRESENTANTE DE PACIENTE DESESO

HISTORIAL MEDICO
(CONFIDENCIAL)

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
Razon por la visita al cardiologo _____

SIMPTOMAS:

GENERAL

- ___ RESFRIADOS
- ___ DEPRESION
- ___ MAREOS
- ___ DESMALLO
- ___ FIEBRE
- ___ PERDIDA DE MEMORIA
- ___ DOLOR DE CABEZA
- ___ INSOMNIA
- ___ PERDIDA DE PESO
- ___ NERVIOS
- ___ ENTUMIDES
- ___ SUDORES

MUSCULOS/COYONTURAS/HUESOS

- DOLOR/ENTUMIDES
- ___ BRAZOS
 - ___ ESPALDA
 - ___ PIES
 - ___ MANOS
 - ___ CADERAS
 - ___ PIERNAS
 - ___ CUELLO
 - ___ HOMBROS

CARDIOVASCULAR

- ___ DOLOR DE PECHO
- ___ ALTA PRESION
- ___ LATIDO IRREGULAR
- ___ BAJA PRESION
- ___ MALA CIRCULACION
- ___ LATIDOS RAPIDO
- ___ INCHADOS LOS PIES

SUS MEDICAMIENTOS:

GASTROINTESTINAL

- ___ PERDIDA DE APETITO
- ___ CONSTIPACION
- ___ DIARREA
- ___ EXCESO DE HAMBRE
- ___ GAS
- ___ EXCESO DE SED
- ___ HEMORROIDES
- ___ INDIGESTION
- ___ NAUSEA
- ___ SANGRADO RECTAL
- ___ DOLOR DE ESTOMAGO
- ___ VOMITO
- ___ VOMITO DE SANGRE
- ___ INFLAMACION DEL ESTOMAGO

OJOS/OIDOS/NARIS/GARGANTA

- ___ SANGRADO DE LAS ENCIAS
- ___ VISION BORROSA
- ___ DIFICULTAD PARA TRAGAR
- ___ DOBLE VISION
- ___ DOLOR DE OIDO
- ___ DIFICULTAD PARA ESCUCHAR
- ___ SANGRADO DE LA NARIS
- ___ TOS PERSISTENTE
- ___ SUMBIDO EN LOS OIDOS
- ___ SINUSITIS

PARA MUJERES

- ___ PAP ANORMAL
- ___ SANGRADO ENTRE PERIODOS
- ___ BOLA EN EL PECHO
- ___ TRASUDORES
- ___ OTRA
- ___ ULTIMO PERIODO
- ___ ULTIMO PAP
- ___ ULTIMO MAMOGRAMA
- ___ ESTA EMBARAZADA
- ___ CUANTOS HIJOS

PARA HOMBRES

- ___ DIFICULTAD DE ERECCION
- ___ PROBLEMA CON LOS TESTICULOS
- ___ HERIDAS EN EL PENE
- ___ OTRA

URINARIO

- ___ SANGRE EN LA ORINA
- ___ ORINA CON RECUENCIA
- ___ DOLOR AL ORINAR

PIEL

- ___ COMEZON
- ___ CAMBIO EN LUNARES
- ___ RONCHAS
- ___ HERIDAD QUE NO SANA

CONDICIONES QUE A TENIDO EN EL PRESENTE O PASADO

- | | | | |
|------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------|
| ___ HIV | ___ SARANPION | ___ CANCER | ___ HERPES |
| ___ ALCOLISMO | ___ DIABETES | ___ CATARATAS | ___ ALTO COLESTEROL |
| ___ ANEMIA | ___ EMFESIMA | ___ DEPENDENCIA DE DROGAS | ___ POLIO |
| ___ ANOREXIA | ___ EPILEPSIA | ___ ENFERMEDAD DEL LOS RIÑONES | ___ MIGRAÑAS |
| ___ APENDICITIS | ___ GLAUCOMA | ___ ENFERMEDAD DE EL HIGADO | ___ ABORTOS |
| ___ ARTRITIS | ___ GONORREA | ___ MARCA PASOS | ___ PULMONIA |
| ___ ASMA | ___ GOTA | ___ PROBLEMA DE LA PROSTATA | ___ EMBOLIA |
| ___ BOLA EN LOS PECHOS | ___ ENFERMEADES CARDIACAS | ___ FIEBRE REUMATICA | ___ TIROIDES |
| ___ BRONQUITIS | ___ HEPATITIS | ___ ATENTO DE SUICIDO | ___ ULCERAS |
| ___ BULIMIA | ___ HERNIA | ___ ENFEREDADES VENERIAS | ___ TUBECOLISIS |

ALERGIAS:

NOMBRE DE SU FARMACIA:

FUMA: SI _____ CUANTO FUMA? _____ NO _____
 DROGAS ILICITAS: SI _____ CUANTO _____ NO _____
 BEBIDAS ALCOLICAS: SI _____ CUANTO TOMA _____ NO _____
 OTRA _____

ESTA USTED EXPUESTO A: STRESS _____ LEVANTA COSAS PESADAS _____
 SUSTANCIAS PELIGROSAS _____

SU OCCUPACION: _____

HISTORIAL FAMILIAR:

RELACION	EDAD	ESTADO DE SALUD	EDAD DE MUERTE	CAUSA DE MUERTE
PAPA				
MAMA				
HERMANOS				
HERMANAS				

INDIQUE SI USTED O SUS FAMILIARES PADESEN O PADESIERON DE:

_____ ARTRITIS/GOTA	RELACION A USTED: _____
_____ ASMA	RELACION A USTED: _____
_____ CANCER	RELACION A USTED: _____
_____ DIABETES	RELACION A USTED: _____
_____ ALTA PRESION	RELACION A USTED: _____
_____ ENFERMEDAD DEL RIÑON	RELACION A USTED: _____
_____ TUBERCULOSIS	RELACION A USTED: _____
_____ ENFERMEDAD CARDIACA	RELACION A USTED: _____

HOSPITALISACIONES:

AÑO	HOSPITAL	RAZON

A TENIDO TRANSFUCION DE SANGRE: SI _____ CUANDO _____ NO _____
 COMPLICACIONES DE PARTO? SI _____ CUANDO _____ NO _____

SERIAS ENFERMEDADES DE USTED:
 AÑO _____ DE QUE: _____

ALGUNA OTRA COSA QUE QUIERA AGREGAR: _____

SU FIRMA _____ FECHA _____