

**David T. Nemoto M.D., P.A.**

**Gastroenterology**

1446 Campbell Road. Ste 200

Houston, TX 77055

**INFORMACION DEL PACIENTE**

APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ APT # \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

S.S. # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ SEXO:  HOMBRE  MUJER, FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

TELEFONOS: CASA: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CELL: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TRABAJO: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_ NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  SOLTERO  CASADO  DIVORCIADO  VIUDO  OTRO \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ PHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESPOSO (A): \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

PORFAVOR LISTE AL MENOS 2 CONTACTOS APARTE DEL ESPOSO (A):

1. - PRIMER CONTACTO: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

TELEFONOS DE CASA: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TRABAJO: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. - SEGUNDO CONTACTO: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

TELEFONOS DE CASA: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TRABAJO: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

METODO DE PAGO:  EFECTIVO  CHEQUE  TARJETA DE CREDITO  MEDICARE  SEGURO MEDICO

**INFORMACION DEL SEGURO MEDICO**

**LISTE LA INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSIBLE DEL SEGURO MEDICO**

1. - NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO: \_\_\_\_\_ I.D. # \_\_\_\_\_ GRUPO# \_\_\_\_\_

APELLIDO DE LA PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_

S.S. # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ TDL#: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

CELL PHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # TRABAJO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ PHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

2. - NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO: \_\_\_\_\_ I.D. # \_\_\_\_\_ GRUPO# \_\_\_\_\_

APELLIDO DE LA PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_

S.S. # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ TDL#: \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

CELL PHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ # TRABAJO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ PHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

YO AUTORIZO EL USO DE CUALQUIER INFORMACION CONCERNIENTE A MI CUIDADO DE SALUD Y TRATAMIENTO MEDICO RECIBIDO CON EL UNICO PROPOSITO DE EVALUAR Y ADMINISTRAR LOS BENEFICIOS MEDICOS. YO AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS MEDICOS POR MEDIO DE MI SEGURO O DE OTRA FORMA YO ME HAGO RESPONSABLE DE PAGAR DIRECTAMENTE A **DAVID T. NEMOTO, M.D., P.A.**

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

## INFORMACION MEDICA

1. **RAZON DE SU VISITA:** \_\_\_\_\_
  
  2. **DOCTOR QUE LA REFIRIO:** \_\_\_\_\_ NADIE ME REFIRIO
  
  3. **UD HA VISTO OTRO GASTROENTEROLOGO ANTES? SI NO Si su respuesta es SI QUIEN Y CUANDO?** \_\_\_\_\_
  
  4. **UD SE HA SOMETIDO A EXAMENES RECIENTEMENTE O 6 MESES ATRAS? ( LABS, RAYOS X, ULTRASONIDOS, TOMOGRAFIAS, COLONOSCOPIAS O ENDOSCOPIAS?) SI NO Si su respuesta es SI**  
porfavor proveanos una copia de los mismos o informe al personal de mi oficina para obtenerlas de su medico primario.
  
  5. **PACIENTES FEMENINOS:**  
ESTA UD EMBARAZADA O SOSPECHA QUE LO ESTE? SI NO  
CUANTOS HIJOS TIENE? \_\_\_\_\_ PARTO NORMAL \_\_\_\_\_ CESAREAS \_\_\_\_\_?
-