



Today's Date: _____

PATIENT INFORMATION (Información del paciente)

Last Name (Apellido):		First Name (Nombre):		M.I.:
Date of Birth (Fecha de nacimiento):	Social Security # (Seguro Social#):	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Marital Status (Estado civil):	
Mailing Address (Dirección de domicilio):				Apt #:
City (Ciudad):		State(Estado):	Zip Code (Codigo postal):	
Home Phone (Teléfono de casa):	Cell Phone (Teléfono Celular):	Work Phone (Teléfono de trabajo):		
Preferred Method for Reminder Calls: <input type="checkbox"/> Voice <input type="checkbox"/> Text		If Voice, Select Preferred Number: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work		
(Preferido el método de comunicacion):		(Si voz seleccione numero preferido):		
E-Mail Address (Dirección de correo electronico):		Register for patient portal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Busca registrarse para el portal del paciente?		
Race: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White/Caucasian <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Other Race <input type="checkbox"/> Decline				
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Decline			Preferred Language (Idioma preferido):	
Employment Status: <input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Retired (Empleado) (Desempleado) (Trabajador Independiente) (Estudiante) (Retirado)				
Employer Name (Nombre del Empleador):			Employer Phone (Teléfono del Empleador):	
Emergency Contact Name (Nombre de Contacto de Emergencia):			Emergency Phone (Teléfono de Contacto de Emergencia):	
Relationship to Patient (Relación con el paciente):				

INSURANCE INFORMATION (Información del seguro)

Primary Insurance (Seguro Primario)	Secondary Insurance (Seguro Secundario)
Ins. Co. Name:	Ins. Co. Name:
ID #:	ID #:
Group #:	Group #:
Policy Holder Name:	Policy Holder Name:
Policy Holder DOB:	Policy Holder DOB:
Policy Holder Social Security #:	Policy Holder Social Security #:
Relationship to Policy Holder:	Relationship to Policy Holder:

Patient Signature (Firma del paciente)

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Apex Cardiology of Houston, PLLC or insurance company to release any information required to process my claims.

La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mi seguro de beneficios se pagan directamente al medica. Entiendo que soy financieramenten responsable por cualquiera balance. También autorizo a Cardiología Apex de Houston, PLLC o compañía de seguros, a cualquiera informacion necesaria para procesa mi reclamo.

Patient Printed Name (Nombre impreso del paciente): _____ **Date:** _____

Patient Signature (Firma del paciente): _____



Past Medical History (Antecedentes Médicos)

<input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo 1 or 2)	<input type="checkbox"/> Heart Problems (Problemas del corazón)	<input type="checkbox"/> Crohn's Disease (Enfermedad de Crohn's)
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure (Presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Heart Murmur (Soplo cardíaco)	<input type="checkbox"/> Colitis
<input type="checkbox"/> High Cholesterol (Colesterol alto)	<input type="checkbox"/> Pneumonia (Neumonía)	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Hypothyroidism (Hipotiroidismo)	<input type="checkbox"/> Pulmonary Embolism (Embolia pulmonary)	<input type="checkbox"/> Jaundice (Ictericia)
<input type="checkbox"/> Goiter (Bocio)	<input type="checkbox"/> Asthma (Asma)	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A – B – C)
<input type="checkbox"/> HIV/Aids (VIH/SIDA)	<input type="checkbox"/> Emphysema (Enfisema)	<input type="checkbox"/> Cataracts (Cataratas)
<input type="checkbox"/> Leukemia (Leucemia)	<input type="checkbox"/> Stroke (Derrame cerebral)	<input type="checkbox"/> Úlceras de esómago o peptico
<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Epilepsy(seizures) – epilepsia (convulsions)	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Angina (Angina de pecho)	<input type="checkbox"/> Stomach/Peptic Ulcer (Úlcera de esómago o peptico)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo): _____	<input type="checkbox"/> Otros(indíquelo): _____	
<input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño (Obstructive Sleep Apnea) - OSA	<input type="checkbox"/> Terapia de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP)	

Surgical History (Historia Quirúrgica)

Date - Fecha (mes/año)	Name of Surgery (Nombre de la cirugía)

Hospitalizations (Hospitalizaciones)

Date - Fecha (mes/año)	Reason for Hospitalization (Razón de hospitalizaciones)

Family History (Historia de la Familia)

Family (Familia)	Diabetes	Hypertension (Hipertensión)	Heart Disease (Enfermedad Cardíaca)	Stroke (Derrame Cerebal)	Cancer	Mental Disorder (Enfermedad mental)	Unknown (Desconocido)
Father (Padre)							
Mother (Madre)							
Sibling (Hermano/a)							
Sibling (Hermano/a)							
Child (Niños/as)							
Child (Niños/as)							

Social History (Historia Social)

Tobacco Use (Consumo de tabaco):

Current Smoker (fumador actual)
 Former Smoker (ex fumador)
 Non-Smoker (no fumador)
 Uses tobacco in other forms (consume tabaco en otras formas)

How many cigarettes a day (Si el fumador actual, ¿cuántos cigarrillos al día fuma)?

5 or less
 6-10
 11-20
 21-30
 31 or more

Drugs/Alcohol (Drogas/Alcohol):

Have you used drugs other than those for medical reasons in the past 12 months? (¿Ha consumido otras drogas que no sean por razones médicas en los últimos 12 meses?)

yes (si) no

Do you drink alcohol (Bebes alcohol)? yes (si) no

Caffeine Use (Uso de cafeína):

How many cups of coffee do you drink in a day (Ingesta:)?

None (Ninguno)
 1-2 tazas por día
 2-3 tazas por día
 3-4 tazas por día
 más de 4 tazas por día

MEDICATION LIST (Lista de medicamentos)

Please list ALL the medications you are currently taking. Include ALL prescription medications, non-prescription medications, vitamins, herbal remedies and supplements. If you have a list of medications, please provide the list at time of check-in.

(Por favor, enumere TODOS los medicamentos que está tomando actualmente. Incluya TODOS los medicamentos recetados, medicamentos sin receta, vitaminas, remedios herbales y suplementos. Si tiene una lista de medicamentos, proporcione la lista al hacer el registro de entrada..)

Name of Medication (Nombre de la medicación)	Dose / Strength (Dosis / Fuerza)	How Often (Con qué frecuencia)
<i>Example (Ejemplo): Lasix</i>	<i>40 mg</i>	<i>Twice daily (Dos veces al día)</i>

ALLERGIES/INTOLERANCE TO MEDICATION(S) (Alergias / intolerancias a medicamentos)

Name of Medication (Nombre de la medicación)	Reaction (Reacción)
<i>Example (Ejemplo): Sulfa Drugs</i>	<i>Hives, Swelling (Colmenas, Hinchazón)</i>

PHARMACY INFORMATION (Información de farmacia)

Pharmacy Name (Nombre de la farmacia):		Pharmacy Phone (Teléfono de farmacia):
Pharmacy Address (Dirección de farmacia):		
City (Ciudad):	State (Estado):	Zip Code (Código postal):

I give my permission to allow my healthcare provider to obtain my medication history from my pharmacy. SI NO
(Doy mi permiso para permitir que mi proveedor de atención médica obtenga mi historial de medicamentos de mi farmacia.)



Physician Information (Información del médico)

Primary Care Physician (Médico de Atención Primaria)	Phone # (Número de teléfono):
Referring Physician (Médico de referencia)	Phone # (Número de teléfono):

Review of Systems (Revisión de sistemas)
(Marque SI o NO)

	SI	NO		SI	NO
GENERAL			CARDIAC (Cardiaca)		
Significant weight loss (Pérdida de peso significativa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest pain (Dolor en el pecho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Significant weight gain (Aumento significativo de peso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest pressure (Presión torácica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EAR, NOSE, THROAT (Oreja, Nariz, Garganta)	SI	NO	Shortness of breath (Dificultad para respirar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excessive snoring (Ronquidos excesivos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulty breathing while laying flat (Dificultad para respirar mientras te acuestas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRATORY (Respiratoria)	SI	NO	Awakening with breathing difficulty (Despertar con dificultad respiratoria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coughing up blood (Toser sangre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Swelling in feet/ankles (Hinchazón en pies/tobillos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASTROINTESTINAL	SI	NO	Palpitations (Palpitaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood in stools (black stools) (Sangre en las heces (heces negras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nearly passing out spells (Casi desmayándose) Passing out spells (Desmayándose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GENITOURINARY (Genitourinarias)	SI	NO			
Blood in urine (Sangre en la orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
VASCULAR	SI	NO			
Calf pain with walking (Dolor de ternera al caminar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Varicose veins (Varices)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Restless leg syndrome (Síndrome de piernas inquietas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
MUSCULOSKELETAL (Musculoesqueléticos)	SI	NO			
Muscle pain at rest (Dolor muscular en reposo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
NEUROLOGICAL (Neurológicos)	SI	NO			
Dizziness (Mareos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
PSYCHIATRIC (Psiquiátrico)	SI	NO			
Excessive stress (Estrés excesivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ENDOCRINE (Endocrino)	SI	NO			
Feel cooler than others (Siéntase más fresco que los demás)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
HEMATOLOGICAL (Hematológicas)	SI	NO			
Unusual Bleeding (Sangrado inusual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Any other reason why you need to see a cardiologist (¿Alguna otra razón por la que necesites ver a un cardiólogo)?		



Vu Hoang, M.D.
 Don Pham, M.D.
 11914 Astoria Blvd. Suite 410
 Houston, TX 77089
 P. 281-922-9239
 F. 855-518-5437

**GENERAL CONSENT FOR CARE AND TREATMENT
 (Consentimiento general para cuidado y tratamiento)**

Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico recomendado para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este punto de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/ o procedimiento adecuado para cualquier condición o condición identificada.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted está indicando que tiene la intención de que este consentimiento continúe por naturaleza incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se recomiende el tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que se revoque por escrito. Usted tiene derecho en cualquier momento a interrumpir los servicios.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico, y/u otros proveedores de atención médica o a los designados según se considere necesario, de APEX CARDIOLOGY OF HOUSTON, PLLC que realicen exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención en esta práctica. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la prueba o procedimiento. Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y consiento completa y voluntariamente su contenido.

**MEDICAL POWER OF ATTORNEY
 (Poder Médico Del Abogado)**

Do you have a Medical Power of Attorney Representative? Si No
 (¿Tiene un representante de abogado sin poder médico?)

Name (Nombre):	Phone (Número de teléfono):
----------------	-----------------------------

**RELEASE OF INFORMATION
 (Liberación de información)**

I authorize Apex Cardiology of Houston, PLLC to release my medical and/or billing information to the individual(s) listed below:
 (Autorizo a Apex Cardiology de Houston, PLLC a divulgar mi información médica y/o de facturación a la(s) persona(s) que se enumeran a continuación:)

Name (Nombre):	Relationship (Relación):	Phone Number (Número de teléfono):

- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará.
- Entiendo que la información revelada a cualquier destinatario anterior ya no está protegida por la ley federal o estatal y puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del destinatario anterior.
- Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito.

Patient Printed Name (Nombre impreso del paciente):	Date:
---	-------

Patient Signature (Firma del paciente):