



Dignity Health®

Pacific Central Coast
Health Centers

Mission Hope Cancer Center
Dr. Jonathan Tammela, MD
1325 E Church Street, Second Floor, Suite 202
Santa Maria, CA 93454
805-346-3456 (PH) 805-346-3454 (Fax)

Welcome to Our Office
We have scheduled an Appointment for you on:

Date: _____ at _____ AM/PM

PLEASE ARRIVE 20 MINUTES EARLY FOR YOUR APPOINTMENT

Things to Bring: Any and all test results and studies that lead to your current diagnosis.

- Pap Smear
- Biopsy Results
- MRI, CT Scan or Ultrasound of the abdomen, uterus or pelvic region
- Lab results

We hope that your visit with us is a pleasant experience. If issues or questions arise on or before your appointment, please call us at **805-346-3456**. Please complete the attached documentation and bring with you on the day of your appointment. Also remember to bring a picture ID, your insurance card and any referral or authorization information provided to you by your primary care provider.

This appointment is a **CONSULTATION ONLY**, minor procedures in office are determined at the time of your visit.

Please note

Out of respect for all of our patients we try to keep our schedules on time. Therefore, if you arrive more than 15 minutes late or do not have your new patient paperwork completed, your appointment may be rescheduled to another day. Thank you for your cooperation.

Joint Notice of Privacy Practices for Health Information (NPP) Acknowledgment Form

Effective April 14, 2003, the law requires that Dignity Health give to a patient a copy of its Notice of Privacy Practices for Health Information. We will give you a copy at the time of first treatment and, if we change our notice, thereafter at the next treatment visit. By signing below, you acknowledge receipt of such as the patient, the patient's personal representative, the patient's authorized agent, or an individual involved in the patient's medical care.

Patient Name: _____ Medical Record # _____

Acknowledgment Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____ Relationship to patient _____
(if signed by someone other than patient)

Conjunto Aviso de Prácticas para Información de Salud (NPP) Forma de Reconocimiento

Efectivo el 14 de abril, 2003, la ley requiere que Dignity Health de al paciente una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad para Información de Salud. Le daremos a usted una copia en la hora de su primer tratamiento y, si cambiamos nuestro aviso, de allí en adelante, en su próxima visita. Firmando más abajo, usted como paciente, representante personal del paciente, representante autorizado, o individuo involucrado en el cuidado médico del paciente, reconoce haberlo recibido.

Nombre del paciente: _____ # de Récord Médico _____

Firma de Recibo: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____
(si ha sido firmado por alguien que no sea el paciente)

For Official Use

Signature of Employee: _____ Date: _____

Print Name: _____ Department: _____



Patient Demographics

Today's Date _____

Name _____ AKA _____
Last First Middle

DOB _____ Social Security _____ Sex Female Male

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone () _____ Cell Phone () _____

Prof. Contact Method _____ Email _____

Primary Care Physician _____ Primary Language _____

Race African American/Black American Indian/Alaskan Native Asian Native Hawaiian/Pacific Island
 White Other Decline

Ethnicity Hispanic/Latino Not Hispanic or Latino Refuse to Report

Marital Status Single Married Divorced Widowed Separated

Emergency Contact

Name _____ Home Phone () _____

Relationship _____ Work Phone () _____

Emergency Contact

Name _____ Home Phone () _____

Relationship _____ Work Phone () _____

Employer/Student Status Fulltime Part-time Unemployed Retired Student Active Military

Employer _____ Work Phone () _____

Family and Friends Authorization Individuals staff can discuss appointment and balance information with.

Name _____ DOB _____

Name _____ DOB _____

Name _____ DOB _____

Responsibility for Care (for minors)

Parent Guardian's Name _____ DOB _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone () _____ Cell Phone () _____

Datos demográficos del/ de la paciente

Fecha de hoy _____

Nombre _____ Alias _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento _____ N° de Seguro Social _____ Sexo: Femenino Masculino

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del domicilio () _____ Teléfono celular () _____

Método preferido de contacto _____ Correo electrónico _____

Médico de atención primaria _____ Idioma primario _____

Raza Afroamericano/a o negro/a Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska Asiático/a
 Nativo/a de Hawái o isla del Pacífico Blanco/a Otro Prefiero no contestar

Etnicidad Hispano/a o latino/a Ni hispano/a ni latino/a Me rehúso a revelarla

Estado civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Persona para contactar en caso de emergencia

Nombre _____ Teléfono del domicilio () _____

Relación _____ Teléfono del trabajo () _____

Persona para contactar en caso de emergencia

Nombre _____ Teléfono del domicilio () _____

Relación _____ Teléfono del trabajo () _____

Empleador/ Estudiante Estatus Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Jubilado
 Estudiante Militar Activo

Empleador _____ Teléfono del trabajo () _____

Autorización para familiares y amistades Podemos discutir la cita y la información de equilibrio con personas.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Responsabilidad de la atención del/ de la paciente (para menores de edad)

Padre/ Madre Nombre del/ de la tutor(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del domicilio () _____ Teléfono celular () _____

Annual Patient Acknowledgement

Today's Date _____

Patient Name _____ **DOB** _____

Insurance Information Primary Coverage

Insurance Name _____ **Subscriber ID** _____

Subscriber's Name _____ **DOB** _____ **Relationship to Patient** _____

Insurance Information Secondary Coverage

Insurance Name _____ **Subscriber ID** _____

Subscriber's Name _____ **DOB** _____ **Relationship to Patient** _____

Advanced Healthcare Directive

Does patient have a current Advanced Healthcare Directive? Yes No
If no, was Advanced Healthcare Directive information offered to the patient? Yes No

Consent/Authorization

I hereby consent to and authorize all examinations including physical exams, x-ray, and laboratory procedures and obtaining medical histories from pharmaceutical databases that may be necessary in the judgment of the practitioner for diagnostic purposes. Some treatment or services may be provided through telemedicine. I authorize the release of medical or other information necessary to process my insurance claim.

Assignment of Insurance Benefits

The undersigned authorizes, whether he/she signs as agent or as patient, direct payment to Pacific Central Coast Health Centers (PHC) of any insurance benefits payable to, or on behalf of the patient. It is agreed that payment to PHC, pursuant to this authorization, by an insurance company shall discharge said insurance company of any and all obligations under a policy to the extent of such payment. It is understood by the undersigned that he/she is financially responsible for the charges not paid pursuant to this agreement.

Financial Policy

- Payment is due for all co-pays, co-insurance, deductibles and non-covered services on the date of service.
- It is your responsibility to know your benefits prior to your visit. Some services and procedures may not be covered by your insurance including preventive care. You are responsible for payment of all non-covered care.
- Amounts due at the time of service are estimates only. Your actual costs may differ.
- Eligibility and benefit confirmation is not a guarantee of payment by your insurance company.
- As a service we will bill all contracted insurance companies for you, however you are responsible for obtaining reimbursement for employer sponsored reimbursement plans.
- Even though you may be covered by medical insurance, you are responsible for the fee. Most insurance companies pay only a portion of the costs.
- For patients who cancel an appointment with less than 24 hours of prior notice or when a patient misses an appointment, a fee of \$25.00 may be charged to the patient. This fee is the patient's responsibility to pay, as it is not payable by insurance companies
- I authorize PHC, its assignees, and third party collection agents to utilize all contact information I have provided to communicate with me. This includes, but is not limited to, home telephone, cellular telephone, employment telephone, and email/text communications. I hereby grant permission and consent to PHC, its assignees, and third party collection agents to place calls to my home telephone, cellular telephone, and employment telephone; leave messages (whether voice or text); and utilize pre-recorded/artificial voice messages and/or automatic dialing devices in connection.

By the signature(s) below, I have read, understand, and agree to the Health Care Directive, Consent/Authorization, Assignment of Insurance Benefits and Financial Policy.

Patient Name (Please Print)

Parent/Guardian Name (Please Print)

Patient Signature

Date

Parent/Guardian Signature

Date



Confirmación anual del/ de la paciente

Fecha de hoy _____

Nombre del/ de la paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Información del seguro — Cobertura primaria

Nombre del seguro (o aseguranza) _____ N° de carnet del abonado _____

Nombre del/ de la abonado/a _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el/ la paciente _____

Información del seguro — Cobertura secundaria

Nombre del seguro (o aseguranza) _____ N° de carnet del abonado _____

Nombre del/ de la abonado/a _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el/ la paciente _____

Instrucciones por anticipado acerca de la atención médica

¿El/ la paciente tiene instrucciones por anticipado actuales acerca de la atención médica? Sí No

Si respondió que no, ¿se le ofreció información acerca de las instrucciones por anticipado acerca de la atención médica al/ a la paciente?

Sí No

Consentimiento o autorización

Por la presente acepto y autorizo todos los exámenes, incluyendo exámenes físicos, radiografías, y procedimientos de laboratorio y la obtención de historias clínicas de las bases de datos farmacéuticas que sean necesarios para propósitos diagnósticos según el criterio del profesional. Algunos tratamientos o servicios se pueden proveer a través de la telemedicina. Autorizo la divulgación de información médica u otra información necesaria para procesar mi reclamación del seguro.

Asignación de las prestaciones del seguro

El/ la que suscribe autoriza, sea al firmar como representante o como paciente, el pago directo a Pacific Central Coast Health Centers (PHC; Centros de Salud de la Costa Pacífica Central, en español) de cualquier prestación del seguro, pagadero al/ a la paciente o de parte de éste/a. Se dispone que el pago que le haga una compañía aseguradora a PHC, en virtud de esta autorización, eximirá a dicha compañía aseguradora de cualquier obligación bajo una póliza dentro del alcance de tal pago. El/ la que suscribe tiene entendido que él o ella tiene la responsabilidad financiera de los cargos que no se paguen en virtud de este acuerdo.

Normas financieras

- Se deben pagar en la fecha del servicio, todos los copagos, el coseguro, los deducibles y los servicios que no estén cubiertos.
- Usted tiene la responsabilidad de estar al tanto de sus prestaciones antes de la consulta. Es posible que algunos servicios y procedimientos no estén cubiertos por su seguro, incluyendo la atención preventiva. Usted es responsable de pagar toda la atención que no tenga cobertura.
- Las cantidades pagaderas en el momento del servicio son solamente aproximadas. Es posible que sus costos reales sean diferentes.
- Los requisitos y la confirmación de una prestación no constituyen una garantía de pago por parte de su compañía aseguradora.
- Como un servicio, facturaremos por usted a todas las compañías aseguradoras contratadas; sin embargo, usted es responsable de obtener los reembolsos de los planes de reembolso patrocinados por el empleador.
- Aunque puede ser que usted esté cubierto/a por un seguro médico, usted es responsable del cargo. La mayoría de las compañías aseguradoras pagan solamente una porción de los costos.
- Para aquellos/as pacientes que cancelen una cita con menos de 24 horas de anticipación o cuando a un(a) paciente se le pase una cita, puede que se le haga un cargo de \$25.00 al/ a la paciente. El/ la paciente es responsable de pagar este cargo, ya que no lo pagan las compañías de seguros.
- Autorizo a PHC, sus cesionarios y agentes de cobranza que sean terceras partes, para utilizar toda la información de contacto que he proporcionado para comunicarse conmigo. Esto incluye, entre otros, el teléfono de mi domicilio, mi teléfono celular, el teléfono de mi empleo y las comunicaciones por correo electrónico y texto. Por la presente le otorgo mi permiso y consentimiento a PHC, sus cesionarios y agentes de cobranza que sean terceras partes, para hacer llamadas al teléfono de mi casa, a mi teléfono celular y al teléfono de mi empleo; para dejar mensajes (ya sea de voz o texto); y en relación con lo mismo, para utilizar mensajes grabados de antemano y con voz artificial y/o dispositivos de marcación automática.

Al firmar a continuación, indico que he leído, entiendo y acepto *las Instrucciones por anticipado acerca de la atención médica, el Consentimiento o autorización, la Asignación de las prestaciones del seguro, y las Normas financieras.*

Nombre del/ de la paciente (en letras de molde o imprenta)

Nombre del padre/ de la madre o tutor(a) (en letras de molde o imprenta)

Firma del/ de la paciente

Fecha

Firma del padre/ de la madre o tutor(a)

Fecha

MEDICAL HISTORY - Dr. Jonathan Tammela

1325 East Church Street, Suite 202, Santa Maria, CA 93454

PH (805) 346-3456

DATE: _____

Fax (805) 346-3454

NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

Medical Reason for visit: _____

Medical History (Please fill in the bubble next to YES for all medical illnesses you have had)

- | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----|------------------------------|-----------------------|-----|
| alcohol abuse | <input type="radio"/> | YES | heart disease | <input type="radio"/> | YES |
| allergies | <input type="radio"/> | YES | heart failure | <input type="radio"/> | YES |
| anemia | <input type="radio"/> | YES | hemorrhoids | <input type="radio"/> | YES |
| anorexia | <input type="radio"/> | YES | hepatitis A | <input type="radio"/> | YES |
| anxiety | <input type="radio"/> | YES | hepatitis B | <input type="radio"/> | YES |
| autoimmune disorder | <input type="radio"/> | YES | hepatitis C | <input type="radio"/> | YES |
| bipolar | <input type="radio"/> | YES | hernia | <input type="radio"/> | YES |
| bladder infection, chronic | <input type="radio"/> | YES | high blood pressure | <input type="radio"/> | YES |
| bleeding disorder | <input type="radio"/> | YES | high cholesterol | <input type="radio"/> | YES |
| bronchitis | <input type="radio"/> | YES | high thyroid | <input type="radio"/> | YES |
| bulemia | <input type="radio"/> | YES | incontinence | <input type="radio"/> | YES |
| cancer, breast | <input type="radio"/> | YES | infertility | <input type="radio"/> | YES |
| cancer, cervical | <input type="radio"/> | YES | irritable bowel syndrome | <input type="radio"/> | YES |
| cancer, colon | <input type="radio"/> | YES | kidney disease | <input type="radio"/> | YES |
| cancer, ovarian | <input type="radio"/> | YES | kidney infection | <input type="radio"/> | YES |
| cancer, uterus | <input type="radio"/> | YES | low thyroid | <input type="radio"/> | YES |
| cirrhosis | <input type="radio"/> | YES | macular degeneration | <input type="radio"/> | YES |
| deep vein thrombosis | <input type="radio"/> | YES | mental retardation | <input type="radio"/> | YES |
| dementia | <input type="radio"/> | YES | migraine headache | <input type="radio"/> | YES |
| depression | <input type="radio"/> | YES | obesity | <input type="radio"/> | YES |
| diabetes | <input type="radio"/> | YES | osteoarthritis | <input type="radio"/> | YES |
| diverticulitis | <input type="radio"/> | YES | osteopenia | <input type="radio"/> | YES |
| diverticulosis | <input type="radio"/> | YES | osteoporosis | <input type="radio"/> | YES |
| drug abuse | <input type="radio"/> | YES | pancreatitis | <input type="radio"/> | YES |
| emphysema | <input type="radio"/> | YES | pulmonary embolism | <input type="radio"/> | YES |
| fatigue, chronic | <input type="radio"/> | YES | reflux disease | <input type="radio"/> | YES |
| fibromyalgia | <input type="radio"/> | YES | schizophrenia | <input type="radio"/> | YES |
| gallstones | <input type="radio"/> | YES | seizures | <input type="radio"/> | YES |
| gastritis | <input type="radio"/> | YES | sexually transmitted disease | <input type="radio"/> | YES |
| glaucoma | <input type="radio"/> | YES | stroke | <input type="radio"/> | YES |
| headache | <input type="radio"/> | YES | tuberculosis | <input type="radio"/> | YES |
| heart attack | <input type="radio"/> | YES | ulcers | <input type="radio"/> | YES |

Past Examinations

(Please indicate the examinations you have had and the approximate time frame)

Have you ever had an abnormal pap smear?

 Yes No

If yes, when did you have an abnormal pap smear?

 <5 yrs ago 5-10 yrs ago >10 yrs ago low high normal

Indicate your cholesterol level if known:

If you have had a colonoscopy, how long ago?

 <5 yrs ago 5-10 yrs ago >10 yrs ago

If you have had a bone density, how long ago?

 <1 yr ago 1-2 yrs ago >2 yrs ago

Indicate bone density results if known:

 normal low bone mass osteopenia osteoporosis**Social History**

(Please fill in the bubble next to the appropriate answer)

Are you:

What birth control method are you using now?

 pill patch shot IUD
 condom female sterilization male sterilization

Do you smoke now or have you in the past?

 Yes No

if yes, how many packs per day

 <1 pk/day 1-2 pks/day >2 pks/day

If you have quit smoking, when did you quit?

 quit <1 yr ago quit 1-2 yrs ago quit >2 yrs ago

How many years did you/have you?

Do you drink alcohol now or have you in the past?

 Yes No

If yes, how many alcoholic drinks do you have?

 1-2 drinks/day >2 drinks/day 1-2 drinks/wk >1-2 drinks/wk

Do you think you have an alcohol problem?

 Yes No

Do you use any street drugs now or have you in the past?

 Yes No

Social History Part 2

(Please fill in the bubble next to the appropriate answer)

- Which street drugs have you used? marijuana cocaine methamphetamines
- heroin LSD crack ecstasy
- If you have quit using drugs, when did you quit? quit < 1 yr ago quit 1-2 yrs ago quit > 2 yrs ago
- Yes No
- Do you think you have a drug problem?
- Would you accept a blood transfusion if medically necessary? Would accept Would not accept
- Do you have a living will, advanced directive or durable power of attorney for health care? Yes No

Family History

(Please fill in the bubbles for each family member who has had a listed illness)

	Mother	Father	Grandmother		Grandfather		Siblings	Children
			Maternal	Paternal	Maternal	Paternal		
alcohol abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anxiety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autoimmune disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bleeding disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bulemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cancer, breast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cancer, cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cancer, colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cancer, ovarian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cancer, uterus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
deep vein thrombosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dementia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drug abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heart attack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heart disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heart failure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
high blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
high cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
high thyroid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kidney disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
low thyroid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mental retardation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obesity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osteoarthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osteopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulmonary embolism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schizophrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Review of Systems

(Fill in the bubble Yes or No for ALL problems you are experiencing CURENTLY)

anxiety	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	blood in urine	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
depression	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	burning w/urination	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
fatigue	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	frequent urination	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
headache	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	incontinence	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
fever	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	night time urination	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
night sweats	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	breast lump	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
weight gain	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	breast pain	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
weight loss	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	genital sores	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
rash	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	painful intercourse	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	pelvic pain	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
cough, chronic	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	vaginal discharge	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
shortness of breath	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	abdominal pain	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
chest pain	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	black stool	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
palpitations	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	blood in stool	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
			constipation	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
			heartburn	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
			nausea	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
			vomiting	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

(Please fill in as completely as possible. Include prescriptions, birth control pills, over the counter pain medications, vitamins and herbs)

Medications

Medication	Dosage	Frequency	Reason
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Allergies or Adverse Reactions

(Please fill in as completely as possible. Include prescriptions, birth control pills, over the counter pain medications, vitamins and herbs)

Medication

Reaction

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

GYN History

How old were you when you period started? _____	How often are your periods? _____
How long do your periods last? _____	What was the first day of your last period? _____
Do you have any bleeding or spotting between periods? _____	Do you have any bleeding or spotting after intercourse? _____
Do you have problems with your periods? _____	Do you have any significant pain with periods? _____
Do you use any medications to relieve the pain? _____	Do you have other pelvic or abdominal pain any other times? _____
If you have gone through menopause, how old were you? _____	

Obstetrical History

(How many children have you delivered? _____ Please list below)

Year	Weeks Gestation	Sex	Birth weight	Type of Delivery	Time in Labor	Compications

Do you have any foster, adopted or stepchildren? _____

Any miscarriages, abortions or tubal pregnancies? _____

(Circle and indicate number of each)

Surgeries and Hospitalizations

(Please do not include childbirth)

Year	Operation	Hospital	Surgeon

Any Family History Not Previously Listed? (Please list)

Any other problems or concerns? (Please list)

Patient Signature: _____

Date: _____

HISTORIAL MÉDICO- Dr. Jonathan Tammela

1325 East Church Street, Suite 202, Santa Maria, CA 93454

PH (805) 346-3456

FECHA: _____

Fax (805) 346-3454

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Razón médica de la visita: _____

Historial médico (Por favor, complete la burbuja junto a SÍ para todas las enfermedades médicas que haya tenido)

- | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|----|----------------------------------|-----------------------|----|
| abuso de alcohol | <input type="radio"/> | SI | cardiopatía | <input type="radio"/> | SI |
| alergias | <input type="radio"/> | SI | insuficiencia cardiaca | <input type="radio"/> | SI |
| anemia | <input type="radio"/> | SI | hemorroides | <input type="radio"/> | SI |
| anorexia | <input type="radio"/> | SI | hepatitis A | <input type="radio"/> | SI |
| ansiedad | <input type="radio"/> | SI | hepatitis B | <input type="radio"/> | SI |
| desorden autoinmune | <input type="radio"/> | SI | hepatitis C | <input type="radio"/> | SI |
| bipolar | <input type="radio"/> | SI | hernia | <input type="radio"/> | SI |
| infección de la vejiga crónica | <input type="radio"/> | SI | hipertensión | <input type="radio"/> | SI |
| desorden sangrante | <input type="radio"/> | SI | colesterol alto | <input type="radio"/> | SI |
| bronquitis | <input type="radio"/> | SI | tiroides alta | <input type="radio"/> | SI |
| bulemia | <input type="radio"/> | SI | incontinencia | <input type="radio"/> | SI |
| cáncer de mama | <input type="radio"/> | SI | esterilidad | <input type="radio"/> | SI |
| cáncer, cervical | <input type="radio"/> | SI | síndrome del intestino irritable | <input type="radio"/> | SI |
| cáncer, colon | <input type="radio"/> | SI | nefropatía | <input type="radio"/> | SI |
| cáncer, ovario | <input type="radio"/> | SI | infección renal | <input type="radio"/> | SI |
| cáncer, útero | <input type="radio"/> | SI | tiroides baja | <input type="radio"/> | SI |
| cirrosis | <input type="radio"/> | SI | degeneración macular | <input type="radio"/> | SI |
| trombosis venosa profunda | <input type="radio"/> | SI | retraso mental | <input type="radio"/> | SI |
| demencia | <input type="radio"/> | SI | migraña | <input type="radio"/> | SI |
| depresión | <input type="radio"/> | SI | obesidad | <input type="radio"/> | SI |
| diabetes | <input type="radio"/> | SI | osteoartritis | <input type="radio"/> | SI |
| diverticulitis | <input type="radio"/> | SI | osteopenia | <input type="radio"/> | SI |
| diverticulosis | <input type="radio"/> | SI | osteoporosis | <input type="radio"/> | SI |
| abuso de drogas | <input type="radio"/> | SI | pancreatitis | <input type="radio"/> | SI |
| enfisema | <input type="radio"/> | SI | embolia pulmonar | <input type="radio"/> | SI |
| fatiga, crónica | <input type="radio"/> | SI | enfermedad de reflujo | <input type="radio"/> | SI |
| fibromialgia | <input type="radio"/> | SI | esquizofrenia | <input type="radio"/> | SI |
| cálculos biliares | <input type="radio"/> | SI | convulsiones | <input type="radio"/> | SI |
| gastritis | <input type="radio"/> | SI | enfermedad de transmisión sexual | <input type="radio"/> | SI |
| glaucoma | <input type="radio"/> | SI | carrera | <input type="radio"/> | SI |
| dolor de cabeza | <input type="radio"/> | SI | tuberculosis | <input type="radio"/> | SI |
| infarto de miocardio | <input type="radio"/> | SI | úlceras | <input type="radio"/> | SI |

Exámenes pasados (Indique los exámenes que ha tenido y el período de tiempo aproximado)

- ¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal? Sí No
- En caso afirmativo, ¿cuándo tuvo una prueba de Papanicolaou anormal? <Hace 5 años Hace 5-10 años >Hace 10 años
- baja alta normal
- Indique su nivel de colesterol si lo conoce:
- Si le hicieron una colonoscopia, ¿cuánto tiempo hace? <Hace 5 años Hace 5-10 años >Hace 10 años
- Si ha tenido densidad ósea, ¿hace cuánto tiempo? <Hace 1 año Hace 1-2 años >Hace 2 años
- Indique los resultados de la densidad ósea si se conocen: normal baja masa ósea osteopenia osteoporosis

Social History **Historia social**

(Complete la burbuja junto a la respuesta correspondiente)

Eres tú:

- ¿Qué métodos anticonceptivos son? píldora parche dispareo IUD
estás usando ahora? condón esterilización femenina
 esterilización masculina
 Sí No
- ¿Fuma ahora o lo ha hecho en el pasado? <1 paquete / día 1-2 paquetes / día > 2 paquetes / día
si es así, cuántos paquetes por día dejar de fumar <hace 1 año dejar de fumar hace 1-2 años
 dejar de fumar > hace 2 años
- Si dejó de fumar, ¿cuándo lo dejó?
¿Cuántos años tuviste?
- ¿Bebe alcohol ahora o lo ha hecho en el pasado? Sí No
- En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tiene? 1-2 bebidas / día > 2 bebidas / día 1-2 bebidas / semana
 > 1-2 bebidas / semana
- ¿Crees que tienes un problema con el alcohol? Sí No
- ¿Usa alguna droga callejera ahora o lo ha hecho? Sí No
¿en el pasado?

Historia social Parte 2

(Complete la burbuja junto a la respuesta correspondiente)

-
- ¿Qué durgs de la calle has usado? marihuana cocaína metanfetaminas
- heroína LSD crack éxtasis
- Si dejó de consumir drogas, ¿cuándo dejó? dejar de fumar <hace 1 año dejar de fumar hace 1-2 años
 dejar de fumar> hace 2 años
- ¿Cree que tiene un problema con las drogas? Si No
- ¿Aceptaría una transfusión de sangre si fuera médicamente necesario? Aceptaría No aceptaría
- ¿Tiene un testamento vital, una directiva anticipada o un poder de abogado para el cuidado de la salud? Si No

(Complete las burbujas para cada miembro de la familia que haya tenido una enfermedad mencionada)

Historia familiar

	Madre	Padre	Abuela		Abuelo		Hermanos	Hijos
			Materna	Paterna	Materna	Paterna		
abuso de alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anorexia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
desorden autoinmune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
desorden sangrante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bulemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cáncer, cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cáncer, colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cáncer, ovario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cáncer, útero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
trombosis venosa profunda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
demencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abuso de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
infarto de miocardio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cardiopatía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
insuficiencia cardiaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tiroides alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nefropatía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tiroides baja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
retraso mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
osteoartritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
osteopenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
embolia pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
esquizofrenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
carrera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Complete la burbuja Sí o No para TODOS los problemas que está experimentando ACTUALMENTE)

Revisión de sistemas

ansiedad	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	blood in urine	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
depresión	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	burning w/urination	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
fatiga	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	frequent urination	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
dolor de cabeza	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	incontinence	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
			night time urination	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
fiebre	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	breast lump	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
sudores nocturnos	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	breast pain	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
aumento de peso	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	genital sores	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
pérdida de peso	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	painful intercourse	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
			pelvic pain	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
erupción	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	vaginal discharge	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
tos crónica	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	abdominal pain	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
			black stool	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
dificultad para respirar	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	blood in stool	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
dolor en el pecho	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	constipation	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
palpitaciones	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	heartburn	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
			nausea	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
			vomiting	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

(Complete lo más completo posible. Incluya recetas, píldoras anticonceptivas, analgésicos de venta libre, vitaminas y hierbas)

Medicamentos

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Alergias o reacciones
adversas**

(Complete lo más completo posible. Incluya recetas, píldoras anticonceptivas, analgésicos de venta libre, vitaminas y hierbas)

Medicamento

Reacción

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia GYN

¿Qué edad tenía cuando comenzó su período? _____	¿Con qué frecuencia tienen sus períodos? _____
¿Cuánto duran sus períodos? _____	¿Cuál fue el primer día de su último período? _____
¿Tiene sangrado o manchado entre períodos? _____	¿Tiene sangrado o manchado después del coito? _____
¿Tiene problemas con sus períodos? _____	¿Tiene algún dolor significativo con los períodos? _____
¿Utiliza algún medicamento para aliviar el dolor? _____	¿Tiene otro dolor abdominal o pelviano en otras ocasiones? _____
Si ha pasado por la menopausia, ¿qué edad tenía? _____	

Historia obstétrica (¿Cuántos hijos ha dado a luz? _____ Por favor enumere a continuación)

Año	Semanas Gestación	Sexo	Nacimiento Peso	Tipo de Entrega	Tiempo en Labor	Complicaciones

¿Tiene hijos adoptivos, adoptivos o adoptivos?

¿Algún aborto espontáneo, aborto o embarazo tubárico?

(Marque con un círculo e indique el número de cada uno)

Cirugías y hospitalizaciones (No incluya el parto)

Año	Operación	Hospital	Cirujana

¿Algún historial familiar que no se haya incluido anteriormente?

(Por favor liste)

¿Algún otro problema o inquietud?

(Por favor liste)

Firma del paciente: _____

Fecha: _____