

Manshadi Heart Institute, Inc.

Setting the standard for leading-edge, results-based care

Ramin Manshadi MD, FACC, FSCAI, FAHA, FACP

Board Certified: Diagnostic and Interventional Cardiology

FECHA	MIDE	PESA
APELLIDO	NOMBRE	ALLERGIAS
DIRECCION	FECHA DE NACIMIENTO	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO
# DE LICENCIA	# DE SEGURO SOCIAL	# DE TELEFONO
# DE LICENCIA	# DE SEGURO SOCIAL	# DE CELULAR
DONDE TRABAJA	CORREO ELECTRONICO	
# DE TELEFONO DE TRABAJO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	
NOMBRE DE PAREJA	# DE TELEFONO	QUIEN LO REFIRIO
		# DE TELEFONO
FECHA DE NACIMIENTO DE PAREJA	CONTACTO DE EMERGENCIA - # DE TELEFONO	

I, The undersigned, have coverage with _____ and assign directly to Manshadi Heart Institute, 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 payment benefits.

Firma _____ **Fecha** _____

RAMIN MANSHADI, MD FACC FSCAI

HISTORIAL MEDICO
(CONFIDENCIAL)

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

SINTOMAS:

GENERAL

___ RESFRADOS
___ DEPRESION
___ MAREOS
___ DESMAYOS
___ FIEBRE
___ PERDIDA DE MEMORIA
___ DOLOR DE CABEZA
___ INSOMNIA
___ PERDIDA DE PESO
___ NERVIOS
___ ENTUMECES
___ SUDORES

MUSCULOS/COYUNTURAS/HUESOS

DOLOR/ENTUMECES

___ 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 MEDICAMENTOS:

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 LINARES
___ RONCHAS
___ HERIDA QUE NO SANA

CONDICIONES QUE A TENIDO EN EL PRESENTE O PASADO

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

ALERGIAS:

NOMBRE DE SU FARMACIA:

Nombre

FUMA: SI _____ CUANTO FUMA? _____ NO _____
DROGAS ILCITAS: 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 TRANSFUSION 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 _____

SPANISH HIPPA

Manshadi Heart Institute
RAMIN MANSHADI, MD FACC FAHA
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 SERA 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

** _____ DECEA QUE OTRA PERSONA OBTENGA INFORMACION SOBRE SU CUIDADO MEDICO, SI ES QUE SI:
INDIQUE EL NOMBRE DE LA PERSONA _____
RELACION A USTED _____ TELEFONO _____

"NO SHOW" SPANISH

Manshadi Heart Institute
2633 Pacific Ave
Stockton CA 95204
RAMIN MANSHADI, MD FACC FAHA

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

\$200 EXAMEN NUCLEAR

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

\$2500 SI NO REGRESA EL MONITOR DE 24 HORAS/PERDIDO

\$10 a \$25 LLENADO DE FORMAS DE DISABILITE, DMV, FMLA, ETC.

\$25.00 COPIAR EL EXPEDIENTE

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

FIRMA _____ FECHA _____