

**BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA**

Fecha: \_\_\_\_\_

**GREATER ORLANDO PSYCHIATRIC ASSOCIATES, P.A.**1417 N Semoran Blvd. Ste 203  
Orlando, FL 32807  
(407) 206-1106**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre:		Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Estado Civil : Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	
Direccion:		Numero de Apartamento:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Telefono de casa:		Telefono de Trabajo:		Numero de Celular:	
Ocupacion/Estudiante FT/PT	Es usted mayor de 18 años de edad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si usted no es mayor de 18 años, El padre o Guardian debera firmar estos documentos para consentir el tratamiento y responsabilidad financiera.			

**INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN** *(Requerido si el paciente es menor de edad)*

Nombre:		Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Telefono durante el dia:	
Direccion: (Si es diferente a la del paciente)		Numero de Apartamento:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

**INFORMACION DE SEGURO**

Tiene Seguro Medico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de Seguro: HMO <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Compensacion de Trabajador <input type="checkbox"/> Otro _____			
Seguro Primario:		Numero de Poliza:	Numero de Grupo:	Numero de Autorizacion:	
Direccion de la Compañia de Seguro:		Telefono de la Compañia de Seguro:	Relacion con el Asegurado: Usted mismo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____		
Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:	Direccion si difiere a la del paciente:		
Es la poliza por medio de su empleador? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de su Empleador:	Direccion de su Compania de Trabajo:			
Seguro Secundario? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de su Seguro secundario:	Numero de Poliza:		Numero de Grupo:	
Direccion de reclamaciones del Seguro Secundario:		Telefono del Seguro secundario:	Relacion con el asegurado: Usted mismo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____		

**INFORMACION CLINICA**

Alergias conocidas:		Medico Primario:	Telefono de su Medico Primario:
Contacto en caso de Emergencia:		Relacion con el Paciente:	Telefono:
Cual es su sintoma principal ?			

Yo declaro que toda la informacion anterior es cierta y autorizo a esta oficina dar la informacion necesaria a mi compañía de seguro. Yo comprendo y acepto la responsabilidad de lo cargos necesarios independientemente de la cobertura de seguro.

Firma del Paciente o Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# CUESTIONARIO DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Lugar de Empleo \_\_\_\_\_  
Si es estudiante, Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Vive con?: \_\_\_\_\_  
Quien lo refirio a nosotros? \_\_\_\_\_

Por favor haga una marca a los sintomas que aplican:

- |   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> deprimido            | <input type="checkbox"/> pensamientos suicidas  | <input type="checkbox"/> obsesiones          | <input type="checkbox"/> abuso de alcohol   | <input type="checkbox"/> orinar en la cama     |
| <input type="checkbox"/> ansioso              | <input type="checkbox"/> pensamientos homicidas | <input type="checkbox"/> rituales            | <input type="checkbox"/> abuso de drogas    | <input type="checkbox"/> defecar en la cama    |
| <input type="checkbox"/> falta de interes     | <input type="checkbox"/> actos autodestructivos | <input type="checkbox"/> alucinaciones       | <input type="checkbox"/> convulsiones       | <input type="checkbox"/> problemas aprendiendo |
| <input type="checkbox"/> duerme poco          | <input type="checkbox"/> falta de concentracion | <input type="checkbox"/> creencias extrañas  | <input type="checkbox"/> perdida de memoria | <input type="checkbox"/> retardo en desarrollo |
| <input type="checkbox"/> duerme mucho         | <input type="checkbox"/> fluctuaciones de animo | <input type="checkbox"/> trauma              | <input type="checkbox"/> delirios           | <input type="checkbox"/> retardacion mental    |
| <input type="checkbox"/> apetito disminuido   | <input type="checkbox"/> tension muscular       | <input type="checkbox"/> recuerdos negativo: | <input type="checkbox"/> hiperactividad     | <input type="checkbox"/> otros: _____          |
| <input type="checkbox"/> aumento de apetito   | <input type="checkbox"/> ataques de panico      | <input type="checkbox"/> pesadillas          | <input type="checkbox"/> impulsividad       | <input type="checkbox"/> otros: _____          |
| <input type="checkbox"/> sentimiento de culpa | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza      | <input type="checkbox"/> disasociacion       | <input type="checkbox"/> inatencion         | <input type="checkbox"/> otros: _____          |
| <input type="checkbox"/> me aislo             | <input type="checkbox"/> dolores de estomago    | <input type="checkbox"/> apostar             | <input type="checkbox"/> distraido          | <input type="checkbox"/> otros: _____          |
| <input type="checkbox"/> desesperanzado       | <input type="checkbox"/> dolor de musculos      | <input type="checkbox"/> mentir              | <input type="checkbox"/> caracter explosivo | <input type="checkbox"/> otros: _____          |
| <input type="checkbox"/> sin ayuda            | <input type="checkbox"/> dolor de espalda       | <input type="checkbox"/> miedos              | <input type="checkbox"/> frustracion        | <input type="checkbox"/> otros: _____          |

Duracion de la condicion: \_\_\_\_\_  
Factores Precipitantes: \_\_\_\_\_

Escriba los nombres de medicamentos que usa actualmente las dosis y el nombre del medico que lo ordeno. \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  
Enfermedades medicas \_\_\_\_\_

Esta usted en ausencia medica del trabajo? No/Si de quien/cuando? \_\_\_\_\_  
Esta tomando consejeria? No/Si Nombre del consejero: \_\_\_\_\_  
Liste todas sus hospitalizaciones y las fechas: \_\_\_\_\_

Historia de violencia fisica No/Si (por quien?/ Cuando?) \_\_\_\_\_

Historia de violencia domestica No/Si (por quien?/ Cuando?) \_\_\_\_\_

Historia de abuso de drogas/alcohol o cigarrillos? No/Si describa: \_\_\_\_\_

Actualment, usa alcohol, drogas, o cigarrillos? No/Si describa: \_\_\_\_\_

Ha sido arrestado ? No/Si (detalles, Cuando?) \_\_\_\_\_

Esta en probatoria No/Si Nombre de su Oficial de probatoria: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento? \_\_\_\_\_ Criado en ? \_\_\_\_\_  
Cuantos hermanos tiene? \_\_\_\_\_ Hermanas? \_\_\_\_\_ Orden de nacimiento? \_\_\_\_\_  
Padres divorciados? \_\_\_\_\_ Cuantos años tenia al momento del divorcio? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma (Paciente/Padres/Guardian) Imprima el Nombre Fecha

**PRIMARY CARE PHYSICIAN  
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION**

This form will allow your Behavioral Health Provider to share protected health information with your Primary Care Physician. This information will not be released without your signed authorization. This protected health information may include diagnosis, treatment plan, progress, lab reports, and medication if necessary. You are not required to complete this authorization form.

I hereby authorize:

GREATER ORLANDO PSYCHIATRIC ASSOCIATES, P.A.  
1417 N. SEMORAN BLVD SUITE 203  
ORLANDO, FL 32807  
PHONE: (407) 206-1106 FAX: (407) 206-1112

To release confidential protected health information, including personal, psychological, psychiatric, substance abuse, AIDS-related information, medical records, and opinions resulting from my contact with them for the purpose of providing coordination and continuity of care, to:

\_\_\_\_\_  
Primary Care Physician

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
City/State/Zip

\_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Fax

I understand that this consent is revocable upon written notice to the facility, except to the extent that action has already been taken by the facility pursuant to this authorization. This consent shall remain in force for twelve months.

_____ Patient Name (Please Print)	_____/_____/_____ Patient Date of Birth
_____ Signature - Patient, Custodial Parent, Custodial Guardian, or Power of Attorney	_____/_____/_____ Date Signed
_____ Witness	_____/_____/_____ Date Signed