

Nora Medical Group

Tel: (847) 674-1200

Fax: (847) 674-1332

www.noramedicalgroup.com

6969 N. Lincoln Avenue

Lincolnwood, IL 60712

2800 N. Sheridan Rd. #510

Chicago, IL 60657

What is the reason for today's visit/Motivo de su visita?

Reviewed by _____, M.D.

Please Print/ Complete la siguiente información

Referred By/ Referido Por _____ Date/Fecha _____

Last Name/ Apellido _____ First Name/Primer Nombre _____

SS# _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento _____ [] Male/Hombre [] Female/Mujer

Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip Code/Código Postal _____

Home Phone/ No. de casa _____ Cellular _____

Email address: _____

Marital Status/Estado Civil: [] Single/Soltero [] Married/Casado [] Divorced/Divorciado [] Widow/Viuda

Spouse Name/ Nombre del esposo(a) _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento _____

Your Employer Name/Nombre de su empleador _____ Tel# _____

Address/Dirección _____

Pharmacy / Farmacia: _____

Pharmacy Tel#/ # de Farmacia: _____ Pharmacy Fax/ # de Fax: _____

Insurance Co.Name/Nombre de Seguro _____

ID#/Número de Póliza _____ Group # (#de Grupo) _____

Name of policy holder/Beneficiario: _____ Relation/Relación _____

SS# _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento _____

Secondary Insurance/Séguro Secundario _____

ID#/Número de Póliza _____ Group # (# de Grupo) _____

Name of policy holder/Beneficiario: _____ Relation/Relación _____

SS# _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento _____

In Case of an Emergency (Notify)/ En Caso de Emergencia Notificar A:

Name/Nombre _____ Relation/Relación _____

Home Phone/ No. de casa _____ Cellular _____

RACE-ETHNICITY/RAZA-GRUPO ÉTNICO

American Indian or Alaska Native: A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment/**Nativo Americano o Nativo de Alaska:** Persona cuyos orígenes son de las gentes originarias del Norte y Sur América (incluyendo Centro-América) y que mantienen una afiliación a una comunidad indígena.

Asian: A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam/**Asiático:** Persona cuyos orígenes son de las gentes del Lejano Oriente, Asia Suroriental o el subcontinente Indio, incluyendo por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistan, Las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Black or African American: A person having origins in any of the black racial groups of Africa. **Afroamericano:** Persona cuyos orígenes son de los grupos raciales negros del África.

Hispanic or Latino: A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin. The term, "Spanish origin" can be used in addition to "Hispanic or Latino."

Hispano o Latíno: Persona cuyos orígenes son de Cuba, México, Puerto Rico, Sur América o Centro América o de otra cultura u origen Español. El término "de origen Español" puede ser usado además del término "Hispano o Latíno".

Native Hawaiian or Other Pacific Islander: A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands/**Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico:** Persona cuyos orígenes son de las gentes de las islas de Hawai, Guam, Samoa o de otras islas del Pacífico.

White: A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa./**Blanco:** Persona cuyos orígenes son de las gentes de Europa, el Medio Oriente o del Norte de África.

PLEASE SELECT THE APPROPRIATE RACE-ETHNICITY/ POR FAVOR SELECCIONE EL GRUPO RACIAL O ÉTNICO APROPIADO

- American Indian or Alaska Native/Nativo Americano o Nativo de Alaska
- Asian/Asiático
- Black or African American/Afroamericano
- Hispanic or Latino/Hispano o Latino
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander/Hawaino or Isleño del Pacífico
- White/Blanco
- Other/ Otro _____

Primary language/Lengua primaria _____

PERSONAL HISTORY/ HISTORIA MÉDICA PERSONAL:

CURRENT MEDICATIONS/MEDICINAS:

List all medications your taking now, including any vitamins, herbs, supplements, etc./ Escriba todas las medicinas que toma actualmente, incluyendo hierbas y medicinas sin prescripción medica.

PAST MEDICAL CONDITIONS/ENFERMEDADES PREVIAS:

Check your history of past medical conditions; if nothing applies check here []

Marque su historia clínica médica ; Si no tiene ninguna o tuvo marque aqui []

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Increased Cholestrol/Colesterol |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis | <input type="checkbox"/> Kidney problems/Problemas del Riñón |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma | <input type="checkbox"/> Nervous Breakdown/Desequilibrio Nervioso |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor | <input type="checkbox"/> Stroke/ Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ulcers/ Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Heart Trouble/Problemas del Corazón | <input type="checkbox"/> Thyroid disease/ Enfermedades del Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Hypertension/Hipertensión | <input type="checkbox"/> Sexual transmitted diseases/ Enfermedades de transmission sexual |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |

SURGICAL HISTORY/ HISTORIA QUIRÚRGICA:

Please list any surgeries you have had in the past/ Por favor escriba sus cirugías

DERMATOLOGY/DERMATOLOGÍA

Do you have any personal or family history of skin disorders/ Tiene historia personal o familiar de enfermedades de la piel? No Yes/Sí

If yes, which/ Si es así, cuales? _____

Do you have any skin lesions that you are concerned about/ Tiene lesiones en la piel que le preocupan?

No Yes/Sí If yes, skin areas involved/Si es así, cuales areas de su cuerpo? _____

How long has the problem been present/ Cuanto tiempo ha tenido este problema? _____

CHILDHOOD DISEASES/ENFERMEDADES DE LA INFANCIA:

Check with childhood diseases you have had; If nothing applies check here []; Por Favor marque las casilla apropiada que enfermedades tuvo de niño; Si no tuvo nada marque aqui []

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Measles/Sarampión | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever/Fiebre escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Mumps/Paperas | <input type="checkbox"/> Whooping cough/Difteria |
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox/Varicela | <input type="checkbox"/> Infectious Mononucleosis/Mononuceosis infecciosa |
| <input type="checkbox"/> German Measles/Rubeola | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever/Fiebre Reumática |

IMMUNIZATIONS/VACUNAS:

- Polio
- Tetanus/Tétano
- Measles/Sarampión
- Mumps/Paperas
- Rubella/Rubeola
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Influenza
- Other _____

SOCIAL HISTORY/ HISTORIA SOCIAL:

Please answer the following questions/ Conteste las preguntas:

Are you allergic to any medications/ Tiene alergias? Yes/Si No

If yes, which ones/ Si es así, cuales? _____

Do you smoke cigarettes/Fuma cigarillos? Yes/Si No

If yes, how many packs/Si es así, cuantas cajetillas? _____

Do you drink alcohol/ Toma alcohol, cerveza, vino, etc.? Yes/Si No

If yes, is this a problem/ Si es así, es esto un problema? _____

Do you use (non-prescription) drugs/ Usa medicinas no prescritas por su médico? Yes/Si No

If yes, which ones/ Si es así, cuales? _____

Do you drink caffeine(coffee, tea and cola)/ Toma cafeína(té, café o soda)? Yes/Si No

If yes, how much per day/ Si es así, cuanto al dia? _____

Do you exercise regularly/Hace ejercicio regularmente? Yes/Si No

If yes, which exercises/Si es así, cuales? _____

Have you ever traveled outside of the USA/ Ha viajado fuera de los Estado Unidos? Yes/Si No

If yes, where & when/ Si es así, donde y cuando? _____

Have you ever had a blood transfusion/ Ha tenido transfusiones de sangre? Yes/Si No

If yes, where & when/ Si es así, donde y cuando? _____

What is your occupation/Cual es su ocupación? _____

ADVANCE DIRECTIVES/LIMITES DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO:

What kind of medical care would you want if you became very ill and couldn't communicate?/

Qué clase de cuidado médico desearía usted si llegara estar muy enfermo y no pudiera comunicarse?

Do you have a living will/ Tiene usted una directriz sobre limitación del esfuerzo terapéutico? Yes/Si No

If yes, who has copies/ Si es así, quien tiene copias? _____

Do you have a durable power of attorney for health care? (Someone whom you appoint to make decisions for your health care if you are unable)/ Tiene usted una persona legalmente designada para tomar decisions medicas por usted?

Yes/Si No

If yes, who is that person/ Si es asi, quien es? _____

Would you like more information about Advance Directives/ Quiere usted más información sobre limitación del esfuerzo terapéutico? Yes/Si No

MEN/HOMBRES:

Do you have pain or other problems with your penis or testicles/ Tiene dolor o problemas en el pene o los testículos?

WOMEN/MUJERES:

Have you had a mammogram(date and routine or diagnostic)/Se ha hecho mamograma(fecha, especifique la frecuencia-cada año? _____

Age period began/ Edad de su primera regal? _____

How often do your periods come/ Con que frecuencia ocurren sus periodos? _____

How many days does it last/ Cuantos dias le dura su regla? _____

Is the flow heavy/ Es su flujo abundante durante la regal? _____

Do you spot or bleed after intercourse/ Sangra después de la relación sexual? _____

Do you bleed between periods/ Sangrado en medio de los periodos? _____

Do you have a vaginal discharge or itch/ Tiene flujo vaginal o comezón? _____

No. of pregnancies/ Número de embarazos? _____

No. of miscarriages/ Número de abortos provocados? _____

No. of therapeutic abortions/ Número de abortos no provocados o embarazos? _____

Type of birth control used now/ Clase de anticonceptivo que usa? _____

Date of last period/ Fecha de la última regal? _____

Date of last pap/ Fecha de la última citología vaginal-pap? _____

FAMILY HISTORIA/ HISTORIA FAMILIAR:

Has any blood relative ever had/Algun familiar ha tenido?

Circle and indicate which relative/ Encierre en un círculo y diga quien

[] Anemia _____

[] High cholesterol/cholesterol alto _____

[] Arthritis/Artritis _____

[] Hypertension/ Hipertensión o presión alta _____

[] Asthma/Asma _____

[] Kidney or Bladder probs/ Problemas del riñón _____

[] Cancer/Tumor _____

[] Nervous Breakdown/ Desequilibrio Nervioso _____

[] Diabetes _____

[] Stroke/ Derrame Cerebral _____

[] Epilepsy/Epilepsia _____

[] TB/Tuberculosis _____

[] Gout/Gota _____

[] Thyroid disease/ Tiroides _____

[] Heart Trouble/ Problemas del corazón _____

[] Ulcers/ Úlceras _____

[] Other _____

REVIEW OF SYSTEMS/ REVISIÓN DE SISTEMAS:

Chills/ Escalofrios	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Fatigue/ Fatiga	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Fever/ Fiebre	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Weight loss or gain/ Pérdida o ganancia de peso	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Joint aches/Dolores en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Muscle aches/ Dolores en los músculos	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Headache/ Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Passing out/ Desmayos	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Weakness/ Debilidad	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Numbness, tingling/ Hormigueo o adormecimiento	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Eye pain or pressure/ Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Vision changes/ Cambios visuales	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Tearing/ Lagrimeo	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Light intolerance/ Intolerancia de la luz	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Hearing loss/ Perdida de la audición	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Ear noises/ Zumbidos en los oídos	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Dizziness/ Mareo	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Lightheadedness/ Pesadez en la cabeza	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Nasal congestion/ Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Sinus pressure or pain/ Presión o dolor en los senos nasales	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Post nasal drip/ Goteo nasal	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Hoarseness/ Ronquera	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Snoring/ Apnea-Ronquidos	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Throat clearing/ Carraspera en la garganta	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Throat pain/ Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Sneezing/ Estornudadera	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Cough/ Tos	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Coughing blood/ Tos con sangre	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Wheezing/ Sibilancias en el pecho	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Shortness of breath/ Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Chest pain/ Dolor del pecho	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Palpitations/ Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Faintness/ Desmayos	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Ankle swelling/ Hinchazón de los tobillos	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Changes in appetite/ Cambios en el apetito	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Difficulty swallowing/ Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Heartburn/ Agrietas	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Abdominal pain/ Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Nausea-vomiting/ Nausea-vómito	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Bowel irregularity/ Irregularidad fecal	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Rectal bleeding/ Sangrado rectal	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Frequent urination/ orina con demasiada frecuencia	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Painful urination/ dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Blood in urine/ orina con sangre	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Incontinence/ incontinencia	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente
Pelvic pain/ Dolor pélvico	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Current/ Actualmente

CONTINUED...

Swollen glands/ glándulas inflamadas	[] Yes	[] No	[] Current/ Actualmente
Night sweats/ Sudores nocturnes	[] Yes	[] No	[] Current/ Actualmente
Bleeding problems/ Sangrados	[] Yes	[] No	[] Current/ Actualmente
Easy bruising/ Moretones en la piel	[] Yes	[] No	[] Current/ Actualmente
Feel warmer than others/ Se siente mas caliente que otros	[] Yes	[] No	[] Current/ Actualmente
Feel cooler than others/ Se siente mas fria que otros	[] Yes	[] No	[] Current/ Actualmente
Rash/ Sarpullido	[] Yes	[] No	[] Current/ Actualmente
Hives/ Urticaria	[] Yes	[] No	[] Current/ Actualmente
Itching/ Comezón	[] Yes	[] No	[] Current/ Actualmente
Skin or hair changes/ Cambios en la piel o el cabello	[] Yes	[] No	[] Current/ Actualmente
Depression/ Depresión	[] Yes	[] No	[] Current/ Actualmente
Anxiety or panic/ Ansiedad o pánico	[] Yes	[] No	[] Current/ Actualmente

PLEASE READ:

All charges are due at the time of service. If hospitalization occurs, all professional services are charged to the patient and necessary forms will be completed to help expedite insurance carrier to pay the charges. However, the patient is responsible for all fees regardless of insurance. It is customary to pay for services when rendered unless other arrangements have been made in advance with our office bookkeeper.

I understand that it is my responsibility as the patient to call the office two weeks after the date of service to obtain my test results.

POR FAVOR LEA:

Todos los cargos se harán a la hora de la atención. Si ocurre hospitalización todos los servicios profesionales serán cargados al paciente y los respectivas formas serán completadas para facilitar a la compañía aseguradora el pago de los cargos. Sin embargo, el paciente es responsable por todos los cargos independientemente del seguro. Es costumbre pagar los servicios ofrecidos, a menos que se haya hecho otro tipo de arreglo con nuestras oficinas.

Entiendo que es mi responsabilidad como paciente, llamar a la oficina Nora Medical para pedir mis resultados de laboratorio dos semanas después del servicio prestado.

INSURANCE AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT

I hereby authorize Nora Medical Group to furnish information to my insurance carrier concerning my illness and treatments and I hereby assign to the physician(s) all payments for medical services rendered to myself or dependants, I understand that I am responsible for any amount not covered by my insurance company.

AUTORIZACION DEL SEGURO Y ATENCION

Yo autorizo a Nora Medical Group brindar toda la información necesaria a mi compañía de seguros, respecto a mis problemas médicos. Yo, autorizo a mi doctor todo el pago por los servicios recibidos para mí y mis dependientes y entiendo que soy responsable por cualquier cantidad de dinero que mi compañía de seguro no cubra.

Signature/ Firma: _____ Date/ Fecha: _____