



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Codigo Postal: _____ Correo Electronico: _____
Telefona de Casa: _____ Celular: _____

ESTADO CIVIL: MENOR SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO

Nombre de Padres/Guardian: _____
SSN#: _____ Raza: _____ Lenguaje Preferido: _____
Empleador: _____ No. De Trabajo: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18)-

NOMBRE: _____
RELACION: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SSN#: _____
DIRECCION: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____
TELEFONO DE CASA: _____ CELULAR: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relacion: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Telefono de Casa: _____ Celular: _____

Nombre: _____ Relacion: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Telefono de Casa: _____ Celular: _____

Firma: _____ Fecha: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Dominio de la mano: o Derecho o Izquierdo
Altura: _____ Peso: _____ Proveedor de atención primaria: _____
? Quien te refirió a nuestra clínica? _____

¿Consulta a otros especialistas médicos (es decir, cardiólogo, etc.)? Si es así por favor enumere: _____

Nombre y dirección de la farmacia: _____

Medicamentos/dosis actuales que toman: _____

Cirugías/Fechas anteriores: _____

Historial de tabaquismo: ¿Fuma? _____ ¿Cuánto al día? _____

¿Si es así, cuanto tiempo ha fumado? _____

¿Ex fumadores hace cuánto tiempo renunciaste? _____

Consumo de alcohol: ¿No bebes? _____

Menos de 6 a la semana? _____ 6 o más a la semana? _____

Tipo de alcohol: _____

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

¿Alguna vez ha tenido o tiene ahora?: (Marque Si o No)

| | Si | No | | Si | No |
|--|----|----|---|----|----|
| 1. Dificultad para Respirar | | | 21. Cicatrizacion excesiva/queloide | | |
| 2. Asthma | | | 22. Vómitos con sangre/heces negras | | |
| 3. Bronquitis cronica | | | 23. Aumento o pérdida de peso reciente | | |
| 4. Resfriado/tos frecuente | | | 24. Hemorrhoids | | |
| 5. Cardiopatía | | | 25. Hernia | | |
| 6. Presion arterial alta o baja | | | 26. Problemas Renales o Nefritis | | |
| 7. Sondas/soplos de valvulas cardiacas | | | 27. Miccion dolorosa o con sangre | | |
| 8. Problema/enfermedad de los senos | | | 28. Problemas de espalda | | |
| 9. Dolor Abdominal | | | 29. Venas Varicosas | | |
| 10. Hinchazon de tobillos | | | 30. Coagulos de sangre | | |
| 11. Moretones con facilidad | | | 31. Radioterapia | | |
| 12. Sangrado excesivo | | | 32. Epilepsia o Convulsiones | | |
| 13. Anemia o Enfermedad de Sangre | | | 33. Problemas emocionales/psiquiatricos | | |
| 14. Enfermedad de Tiroides | | | 34. SIDA o VIH | | |
| 15. Erupcion | | | 35. Paralisis facial o entumecimiento | | |
| 16. Diabetes | | | 36. Actividad limitada | | |
| 17. Cancer de Piel | | | 37. Problemas de anestesia | | |
| 18. Arthritis/Problemas en Huezos | | | 38. Ampollas de herpes o fiebre | | |
| 19. Diarrea cronica/Trb intestinal | | | 39. Desorden alimenticio | | |
| 20. Hepatitis/ictericia | | | | | |