

PERRYTON HEALTH CENTER
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: _____

PATIENT HISTORY

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					