

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Dirección Adicional (si es necesario): \_\_\_\_\_  
(PO BOX/ APT)

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Estado de Empleo: Sí / No / Jubilado Empleador: \_\_\_\_\_

Farmacia Primaria: \_\_\_\_\_  
(i.e. Walgreens 90<sup>th</sup> & Dodge)

Médico Solicitante / Médico de Referencia: \_\_\_\_\_

Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Pariente más cercano oa un amigo *que no viva con usted* en caso de emergencia:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono #: ( ) \_\_\_\_\_

### Información de Seguros de Salud

Nombre Compañía de Seguros *Primaria*: \_\_\_\_\_ Copago: \_\_\_\_\_

Política (ID) #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Tarjeta Primaria Nombre Titular: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fec.Nac.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

Nombre Compañía de Seguros *Secundaria*: \_\_\_\_\_ Copago: \_\_\_\_\_

Política (ID) #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Tarjeta Secundaria Nombre Titular: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fec.Nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (    ) \_\_\_\_\_

---

---

**Seguro de Auto** *(si accidente automovilístico):* \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Reclamación #: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono #: (    ) \_\_\_\_\_ Accidente Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la Reivindicación Manejo Persona: \_\_\_\_\_

---

---

**Compensación de Trabajadores** *(si es necesario):*

Compañía de Compensación: \_\_\_\_\_

Reclamación #: \_\_\_\_\_ Reclamaciones ajustador: \_\_\_\_\_ Fecha de la Lesión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #: (    ) \_\_\_\_\_ Ext. #: \_\_\_\_\_ Fax #: (    ) \_\_\_\_\_

Administrador De Casos: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (    ) \_\_\_\_\_

---

---

**Legal** *(si es necesario):*

Si usted tiene un abogado o corriente acción legal o pendientes para los que usted está buscando asesoría legal:

Nombre Abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (    ) \_\_\_\_\_

---

---

**AUTO PAGO** \*\*\*\$250 PREPAGO REQUERIDO ANTES DE SU VISITA CLÍNICA \*\*\*

Por favor lea y firme nuestra Política Financiera y reunirse con el consejero financiero en nuestra oficina.

Nombre de El Paciente/Name: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/DOB: \_\_\_\_\_

Estatura/Height: \_\_\_\_\_ Peso/Weight: \_\_\_\_\_ Edad/Age: \_\_\_\_\_

Razon por la visita de hoy/Reason for visit: \_\_\_\_\_

**Problema actual** es ha resultado/**Current problem** is the result of: **Todos los que apliquen:**

Accidente do carro/MVA     Accidente de Trabajo/Work Accident     Accidente/Accident

Fecha del Accidente/Date of Accident: \_\_\_\_\_  Otro/Other: \_\_\_\_\_

**Historial Medico/Past Medical History**

<b>Cirugías/Hospitalizaciones</b> <b>(Surgeries/Hospitalizations)</b>	<b>Año/Year</b>	<b>Complicaciones/Complications</b>

Problema con anesthesia/Problems with anesthesia:     Sí/Yes     No

Hipertermia Maligna/Malignant Hyperthermia:     Sí/Yes     No

¿Esta en algun diluyente de la sangre?/Blood Thinner     Sí/Yes     No

¿Alergia al Latex?/Latex Allergy     Sí/Yes     No

En caso confirmativo, explicar/Explain \_\_\_\_\_

**¿Usted tiene alguno de los siguientes?/Do you have any of the following?**

Hepatitis     Alta presion arterial/HTN     Diabetes     Enfermedades cardiacas/Heart disease

Asma/Asthma     Ulcera/Ulcer     Enfermedades de el pulmo/Lung disease     Golpe/CVA

Enfermedades del higado/Liver disease     Enfermedad renal/Renal disease

Embolia pulmonar/Coagulacion de la sangre/PE/blood clot     Cancer (tipo/type) \_\_\_\_\_

Otras enfermedades/o tesiones/Other illnesses and/or injuries: \_\_\_\_\_

<b>Medicinas Actuales/Medications</b>	<b>Dosis/Dose</b>	<b>Frecuencia/Frequency</b>

**Alergias a Medicamentos/Allergies to Medications:**

<b>Medicamento/Medication</b>	<b>Reacción/Reaction</b>

Nombre de el paciente/Patient Name: \_\_\_\_\_

**Revision de el Systema/Review of Systems**

Ha usted actualmente o recientemente tenido uno de los siguientes problemas/Have you currently or recently experienced problems with the following:

***Constitusional/Constitutional***

**Círculo Uno**

Fiebre Inexplicable/Unexplained Fever	Sí	No
Perdida de Peso/Weight Loss	Sí	No
Fatiga Excessiva/Excessive Fatigue	Sí	No
Sudores Nocturnos/Night Sweats	Sí	No

**Ojos/Eyes** Ultimo Examen/Last Exam: \_\_\_\_\_

Glaucoma	Sí	No
Cataratas/Cataracts	Sí	No
Doble o vision borrosa/Double or blurred vision	Sí	No

***Oidos, Nariz, Garganta y Boca/Ear, Nose, Throat and Mouth***

Perdida de el Oido/Hearing loss	Sí	No
Zombido en los Oidos/Ringing <b>Circulo: izquierda / derecho / los dos</b>	Sí	No
Perturbacion Equilibrio Mareos/Balance disturbance	Sí	No
Inabilidad del Olfato/Inability to Smell	Sí	No
Problema de Sinusitis/Sinus problems	Sí	No
Dolor de Garganta/Sore throat	Sí	No
Llagas en la Boca/Mouth sores	Sí	No

**Cardiovascular** Ultima Cardiograma/Last EKG: \_\_\_\_\_

Alta Precion/High blood pressure	Sí	No
Pulso Irrregular/Irregular pulse	Sí	No
Soplo Cardiaco/Heart murmur	Sí	No
Alto Colesterol/High cholesterol	Sí	No
Hinchazon en Pies y Manos/Hand or feet swelling	Sí	No

***Endocrino/Endocrine***

Diabetes	Sí	No
Tiroides/Thyroid disease	Sí	No
Sed Excessiva/Excessive Thirst	Sí	No
Urinacion Frecuente/Frequent Urination	Sí	No

Nombre de el paciente/Patient Name: \_\_\_\_\_

**Respiratorio/Respiratory**

**Círculo Uno**

Tos Cronica/Chronic Cough	Sí	No
Enfisema/Emphysema	Sí	No
Falta de Aliento/Shortness of Breath	Sí	No
Bronquitis (en los 6 meses)/Bronchitis (in last 6 months)	Sí	No
Neumonía (en los 6 meses)/Pneumonia (in last 6 months)	Sí	No
Tuberculosis	Sí	No

**Tegumentario/Integumentary**

Enfermedad de la Piel o Cancer/Skin disease or cancer ( <b>Círculo Uno</b> )	Sí	No
Dolor de Pechos, Adolondos o Fluio/Breast pain, tenderness, discharge	Sí	No
Fecha de la Ultima Mamografía/Last mammogram: _____		

**Gastrointestinal**

Indigestion	Sí	No
Dolor al Comer/Pain with eating	Sí	No
Nauseas o Vomito/Nausea or Vomiting ( <b>Círculo Uno</b> )	Sí	No
Dolor Abdominal/Abdominal pain	Sí	No
Cambio en sus Habitos Intestinales/Change in bowel habits	Sí	No

**Genitourinario/Genitourinary**

Infecciones Urinarias/Urinary tract infections	Sí	No
Dificultad para Incinjar o Detener la Orina/Urinary difficulty	Sí	No
Incontinencia/Incontinence	Sí	No
Calculos Renales/Kidney stones	Sí	No

**Musculoesqueletico/Musculoskeletal**

Fractura en los Huesos/Fractures (Explique): _____	Sí	No
Dolor de Brazos/Arm pain <b>Circulo: izquierda / derecho / los dos</b>	Sí	No
Debilidad en los Brazos/Arm weakness <b>izquierda / derecho / los dos</b>	Sí	No
Dolor de Pierna/Leg pain <b>izquierda / derecho / los dos</b>	Sí	No
Debilidad en la Pierna/Leg weakness <b>izquierda / derecho / los dos</b>	Sí	No
Dolor de Espalda/Lower back pain	Sí	No
Dolor de Cuello/Neck pain	Sí	No
Dolor en Conyonturas/Joint pain (Explique): _____	Sí	No
Hinchazon en Conyonturas/Joint swelling (Explique): _____	Sí	No
Artritis (reumatoide o degenerativo)/Arthritis (rheumatoid/degenerative)	Sí	No

**Nombre de el paciente/Patient Name:** \_\_\_\_\_

**Psiquiátrico/Psychiatric**

**Círculo Uno**

Anciedad/Anxiety Sí No  
 Depresión/Depression Sí No  
 Otro Desorden Psiquiátrico/Other psych disorder (*Explique*): \_\_\_\_\_

**Neurológicos/Neurological**

Dolor de Cabeza o desorden/Headache or headache disorder\* Sí No  
 \*(Si sí, por favor describa: Lugar – Duración – Frecuencia – Sencibilidad a la luz, etc.)

---

Desmayos/Fainting spells/blacking out Sí No  
 Conbulciones/Seizures Sí No  
 Problemas con la Memoria/Problems with memory Sí No  
 Problemas con Orientacion/Problems with orientation Sí No  
 Dificultad con el Habla/Difficulty with speech Sí No  
 Debilidad en la Cara/Facial weakness Sí No  
 Cordinacion de Brazo/Arm coordination **izquierda / derecho / los dos** Sí No  
 Cordinacion de Piernas/Leg coordination **izquierda / derecho / los dos** Sí No

**Hematologico/Linfático / Hematologic/Lymphatic**

Anemia Sí No  
 Tendencia a Sangrado/Hemofilia/Transtorno de Coagulacion Sí No  
 (Bleeding Tendencies/Hemophilia/Clotting Disorder)  
 Transfusión de Sangre/Transfusion (¿Cuándo?) \_\_\_\_\_ Sí No

**Historia Familia/Family History**

<u>Miembro de la Familia/Family Member</u>	<u>Vivo/ Alive</u>	<u>Fallecido/ Deceased</u>	<u>Edad/ Age</u>	<u>Estatus de Salud o Causa de Muerte/Health Status or Cause of Death</u>
Padre	V	F		
Madre	V	F		
Hermano/Hermana	V	F		
Hermano/Hermana	V	F		
Hermano/Hermana	V	F		

Nombre de el paciente/Patient Name: \_\_\_\_\_

**Historia Social/Social History:**

Ocupación/Occupation: \_\_\_\_\_

Status Marital/Marital Status:     Soltero/Single     Casuado/Married  
    Divorciado/Divorced     Viudo/Widowed     Separados/Separated

¿Vive solo?/Do you live alone?     Sí     No

¿Quien vive con usted?/Who lives with you? \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos?/Do you have children?     Sí     No    ¿Cuantos?/How many? \_\_\_\_\_

**¿Fuma usted?/Do you smoke?**

- Sí, fumo \_\_\_\_\_ paquetes de cigarros por dia por \_\_\_\_\_ años. (Yes – pack/year hx)
- Sí, fuma cigarros o tubo. (Yes – cigars or pipe.)
- No, nunca he fumado. (No, I have never smoked.)
- No, deje \_\_\_\_\_ años atras. En ese tiempo fumaba \_\_\_\_\_ paquetes por dia por \_\_\_\_\_ años.  
(No, I quit \_\_\_\_\_ years ago – pack/year hx)

**¿Bebe alcohol?/Do you drink alcohol?**     No, pero yo solía/No, but I used to.

- Sí (Si sí)     Diariamente/Daily     1 o más veces a la semana/1 or more times a week
- 1 o más al mes/1 or more times a month
- No (Si no)     Nunca bebieron/Never drank     No - deje \_\_\_\_\_ años atras/Quit \_\_\_\_\_ years ago.

**¿Tiene un historial de abuso de drogas narcóticas?/Narcotic drug abuse?**     Sí/Yes     No

**¿Está en riesgo de SIDA?/AIDS risk?**     Sí     No

(por ejemplo orientación sexual, abuso de drogas, transfusión)    Si confirmativo, explique:

La información anterior es exacta de mi conocimiento/The above information is correct to the best of my knowledge.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Patient Signature**

\_\_\_\_\_  
**Fecha/Date**