

Checked-in: _____ Updated: _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: M / F
(Primero) (Segundo) (Apellido)

Dirección de Casa: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ NSS #: ____-____-____

Información Garante (persona financieramente responsable de paciente):

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección de Casa: _____

NSS #: ____-____-____ Relación: _____ Estado Civil: _____

E-mail: _____ Teléfono de Casa: () _____

Teléfono del Trabajo: () _____ Celular: () _____

Estado de Empleo: Sí / No / Jubilado Empleador: _____

Dirección de Empleado: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ NSS #: ____-____-____

Empleador Asegurado: _____ Teléfono Empleador: () _____

Contacto de Emergencia (Paciente más cercano oa un amigo que no viva con usted en caso de emergencia)

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Teléfono #: () _____

Médico Solicitante / Médico de Referencia: _____
(por favor incluya nombre y apellido)

Médico de Cabecera: _____
(por favor incluya nombre y apellido)

Información Alternativa Padres

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección de Casa: _____ NSS #: ____-____-____

Teléfono #: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Empleador: _____ Dirección de Empleado: _____

Información de Seguros de Salud

Seguro Primario: _____ Tenedor de una Póliza: _____

Política (ID) #: _____ Grupo #: _____

Seguro Secundario: _____ Tenedor de una Póliza: _____

Política (ID) #: _____ Grupo #: _____

Seguro de Auto (si accidente automovilístico): _____

Tenedor de una Póliza: _____ Reclamación #: _____

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

Teléfono #: () _____ Accidente Fecha: _____

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

Cirugías/Hospitalizaciones (Surgeries/Hospitalizations)	Año/Year	Complicaciones/Complications

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: _____

Medicinas Actuales/Medications	Dosis/Dose	Frecuencia/Frequency

Alergias a Medicamentos/Allergies to Medications:

Medicamento/Medication	Reacción/Reaction

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 Círculo: izquierda / derecho / los dos	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 Irregular/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 (Círculo Uno)	Sí	No
Dolor de Pechos, Adolorados o Flujo/Breast pain, tenderness, discharge	Sí	No
Fecha de la Última Mamografía/Last mammogram: _____		

Gastrointestinal

Indigestion	Sí	No
Dolor al Comer/Pain with eating	Sí	No
Náuseas o Vómito/Nausea or Vomiting (Círculo Uno)	Sí	No
Dolor Abdominal/Abdominal pain	Sí	No
Cambio en sus Hábitos Intestinales/Change in bowel habits	Sí	No

Genitourinario/Genitourinary

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

Musculoesquelético/Musculoskeletal

Fractura en los Huesos/Fractures (Explique): _____	Sí	No
Dolor de Brazos/Arm pain Círculo: izquierda / derecho / los dos	Sí	No
Debilidad en los Brazos/Arm weakness izquierda / derecho / los dos	Sí	No
Dolor de Pierna/Leg pain izquierda / derecho / los dos	Sí	No
Debilidad en la Pierna/Leg weakness izquierda / derecho / los dos	Sí	No
Dolor de Espalda/Lower back pain	Sí	No
Dolor de Cuello/Neck pain	Sí	No
Dolor en Conyunturas/Joint pain (Explique): _____	Sí	No
Hinchazón en Conyunturas/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)

Transfucion de Sangre/Transfusion (¿Cuando?) _____ 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