

INFORMACION del PACIENTE

¡Muchas Gracias por elegir nuestra Clínica! Para servirlo apropiadamente y en orden, necesitamos la información que sigue a continuación. Por favor **escriba claramente** con letra de imprenta. Toda la información será confidencial.

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ____M ____F Estado Civil: ____S ____C ____D ____V
Dirección: _____ No. Dpto.: ____ Ciudad: _____ Zip: _____
No. Seguro Social: _____ Correo Electrónico: _____
Teléfono Casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

ETNIA:	LENGUAJE:	RAZA: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Isleño
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Hawaiano o Del Pacifico
<input type="checkbox"/> No sabe o declina	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe o declina

Seguro Médico: _____ No. de Póliza: _____
No. Medicare: _____ No. Medicaid: _____

Doctor Familiar (Primario): _____ fecha de su última visita: ____/____/____
Nombre de su esposo(a): _____
Nombre de su farmacia: _____ Teléfono: (____) _____
Empleador: _____ Posición: _____
Dirección de su trabajo: _____

PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____
Dirección: _____ No. Dpto.: ____ Ciudad: _____ Zip: _____
Teléfono Casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Persona responsable de la cuenta (use "igual" si es Usted misma)

Nombre de la persona responsable de la cuenta: _____
No. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Dirección: _____ No. Dpto.: ____ Ciudad: _____ Zip: _____
Teléfono Casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

¿Cómo escucho acerca de nuestra Clínica? _____
¿Es nuestro paciente? ____ Si ____ no Nombre: _____

Historial Medico

Fecha: ____/____/____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Es Diabetico? Si No Si lo es, toma Insulina? Si No

Por favor describa el problema que lo trajo a nuestra oficina hoy y que causo su problema si es que lo sabe: _____

Mi mayor problema es: en el pie izquierdo en el pie derecho en ambos pies Otro: _____

Hace cuanto tiempo tiene el problema? _____ dias _____ semanas _____ meses _____ años

En la escala del 1 al 10 (10 es el peor) Cuanto dolor tiene: _____

Mi dolor es : Punzante Arde, quema Comezon Otro (describa): _____
 Latente Persistente Hormigueo _____
 Agudo Penetrante Se duerme _____

Cuando se pone peor su problema?: _____

Describe si usted ha seguido algun tratamiento: _____

Usted ha sido tratado por alguien por este problema? Si No, Por quien?: _____

Cuando lo hizo? _____

Fue un accidente? Si No, Si lo es denos la fecha del accidente: ____/____/____

Es un accidente relacionado con el trabajo? Si No

Usted tiene o ha sido tratado por:

- Higado Problemas del corazon Presion Alta
 - Flebitis Problemas Vasculares Sangrado
 - Diabetes Circulation Pobre Dolores de Cabeza
 - Hepatitis Ataque al corazon Anemia
 - Gota Artritis Osteoporosis
 - Siatica Fiebre Reumatica Lyme's Disease
 - Alzaimers Cicatriz Gruesa Problemas de Oido
 - Epilepsia Desorden Nervioso Problemas Siquiatricos
 - Glaucoma Rinones Tiroides
 - Asma Pulmones Tuberculosis
 - Cancer Ulcera Estomacal
- Otro (s): _____

Usted tiene algun tipo de injerto, implante artificial, valvula para el corazon, otro?: _____

Si ha tenido Cirugias por favor haga una lista: _____

Alergias: esta en su historial alguna reaccion de la piel u otra reaccion o enfermedad al administrarle alguna inyeccion, oral o topica de:

	Si	No		Si	No
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codeina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NSAID's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adhesivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demerol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Camarones, Iodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro _____

Miembros de su familia que hayan tenido:

- Diabetes _____
- Artritis _____
- Presion Alta _____
- Cancer _____
- Ataque al corazon _____
- Problemas del corazon _____
- Problemas de los pies _____
- Defectos de Nacimiento _____

Actualmente Fuma? Si No # de pqts/dia ____ x ____ años

Ha fumado? Si No # de pqts/dia ____ x ____ años

Si ya no fuma cuando lo dejo? _____

Bebidas alcoholicas? Que tipo y cuanto?: _____

de hijos _____ Actualmente esta embarazada? _____

Por favor haga una lista de los medicamentos que toma:

Si tiene informacion adicional relacionada con su salud por favor digala: _____

Peso: _____ Altura: _____ Medida de Pie: _____

FIRMA _____

FECHA ____/____/____