

# 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: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

<b>ETNIA:</b>	<b>LENGUAJE:</b>	<b>RAZA:</b> <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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_