



Información del Paciente Fecha: _____

Nombre: _____ Fiche De Nacimiento: _____

Sexo: M F Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a SS#: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ (Casa/Cell) Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencias

Nombre: _____ Teléfono Celular: _____

Relación con el Paciente: _____

Información del Seguro Médico Tiene Seguro Médico? SI NO

Seguro Médico Primario: _____ Numero de Póliza: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha De Nacimiento: _____

SS#: _____ Relación al Paciente: _____

¿Tiene Seguro Médico? SI NO

Seguro Médico Secundario: _____ Numero de Póliza: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha De Nacimiento: _____

SS#: _____ Relación al Paciente: _____

¿Como se enteró del médico que lo atenderá hoy? Doctor Internet Amigo/Familiar _____

¿Cuál es la razón de su visita? _____ ¿Accidente o Accidente de Trabajo? SI NO

¿Cuánto tiempo le ha molestado? _____ Días Semanas Meses Anos

¿Qué tratamientos ha usado? ¿Le han sido efectivos? _____

En una escala del 1-10, ¿1 es no dolor y 10 siendo el peor dolor, Cual es tu nivel de dolor? ____/ 10

¿Qué tipo de dolor tienes? Ardiente Constante Agudo Punzante Hormigueo _____

POR FAVOR LEA Y FIRME: La información anterior es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, a lo largo de mi tratamiento, soy responsable de notificar a mi médico y / o personal médico cualquier actualización de la información mencionada anteriormente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Etnicidad: Hispano/Latino NO Hispano/Latino Negarse A Especificar
Raza: Asiatico Indio Americano/Nativo de Alaska Afroamericano
 Raza Blanca Nativo de Hawái/ Isla del Pacifico Negarse A Especificar
Idioma preferido: _____ Negarse A Especificar

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección de la farmacia: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Preferencias de Información de Privacidad

¿Quieres estar exento de la información pública? Si No

¿Podemos llamar al número de teléfono en el archivo? Si No

¿Podemos enviar un correo a la dirección en el archivo? Si No

¿Podemos dejar el correo de voz en la máquina? Si No

¿Nos permitirá enviar correos electrónicos de recordatorios y boletines informativos? Si No

Si es así, por favor proporcione una dirección de correo electrónico: _____

¿Con quién podemos dejar mensajes? Esposa/o Hija/o Otra Persona: _____

Estado de Fumar

- Actual fumador de todos los días
 Fumador, estado actual desconocido Actual algunos días
 Fumador crónico Desconocido si alguna vez Ex fumador
 Nunca Fumé Negarse A Especificar

Signos Vitales

Presión sanguínea: _____ / _____

Niveles de azúcar: _____

Hemoglobin A1C: _____

Medicamento Actual

- No hay medicamentos conocidos
 Tomo los siguientes medicamentos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Alergias

- Sin alergias conocidas
 No hay alergias a medicamentos conocidos:

1. _____ Reacción: _____
2. _____ Reacción: _____
3. _____ Reacción: _____
4. _____ Reacción: _____
5. _____ Reacción: _____
6. _____ Reacción: _____

Fecha de la última vacuna contra la gripe: _____ ¿Recibiste una vacuna contra el neumococo? Si No

¿Te has caído en los últimos 12 meses? Si No ¿Fuiste herido por la caída? Si No

¿Ha completado alguna Directiva Anticipada? Si No

Por favor, lea y firme: La información en mi(s) formulario(s) de admisión es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, a lo largo de mi tratamiento, soy responsable de notificar al médico y / o personal médico de cualquier y todas las actualizaciones de la información enumerada anteriormente. *(Asignación de Beneficios):* Autorizo el pago de beneficios médicos a la práctica mencionada anteriormente. *(Liberación de Información):* Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación. *(HIPPA Privacy):* Reconozco que he recibido mi Aviso de Práctica de Privacidad de HIPPA. *(Historia Médica):* Autorizo al consultorio del Doctor a recuperar mi historia clínica.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Historial Médico Alcoholismo Desorden Sanguíneo Problemas de Circulación Musculoesquelético
 Problemas Respiratorios Hígado Apnea del Sueño Gota Alergias Enfermedades Cardíacas Asma
 Soplo Cardíaco Estómago / Intestino Depresión Ansiedad Enfermedad Mental Alergias Cáncer
 Enfermedades Renales Coágulo de Sangre Colesterol Alto Alta Presión Sanguínea Hepatitis Neuropatía
 Enfermedad de Tiroides (tipo: _____) Diabetes (Tipo 1/ Tipo 2) Artritis (tipo: _____)
 Derrame Cerebral Otra: _____ VIH SIDA
 ¿Estas Embarazada? Si No **¿Estás amamantando?** Si No

Historia Quirúrgica Ninguna Apendectomía Cesárea Angioplastia Bypass Cataratas Colectomía
¿Alguna vez ha tenido algún procedimiento quirúrgico en el pie / tobillo o en algún otro lugar de su cuerpo? Si No
Si es así, describa: _____
¿Tienes articulaciones artificiales? Si (dónde: _____) No ¿Tienes válvula cardíaca artificial? Si No

Historia Social

¿Fumas? Si No Si es así, ¿cuántos paquetes al día? 1 2 3 4 5 ¿por cuánto tiempo? _____
¿Bebes alcohol? Si, Cada día Si, Ocasionalmente No, Raramente
Abuso de sustancias: Sí, tengo un problema actual de abuso de sustancias. Por favor especifica: _____
 No, nunca he tenido un problema de abuso de sustancias.
¿Cuál es tu ocupación? _____ ¿Implica principalmente estar Parada/o Sentada/o
¿Haces ejercicio regularmente? No, no hago ejercicio regularmente.
 Si, hago el siguiente ejercicio regular _____

Historia Familiar ¿hay alguna historia familiar (parientes de sangre) de? (Por favor indique el miembro de la familia)

<input type="checkbox"/> Alzheimer _____	<input type="checkbox"/> Depresión _____
<input type="checkbox"/> Artritis _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____
<input type="checkbox"/> Desorden sangrante _____	<input type="checkbox"/> Enfisema _____
<input type="checkbox"/> Coágulo de Sangre _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón _____
<input type="checkbox"/> Cáncer _____	<input type="checkbox"/> Alta Presión _____
<input type="checkbox"/> Cataratas _____	<input type="checkbox"/> Neurológico _____
<input type="checkbox"/> Problemas de circulación _____	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral _____

Revisión de Sistemas (Marque la casilla si actualmente tiene alguno de estos síntomas o no marque ninguno)

Cardiovascular: Dolor en las piernas al caminar Fiebre Dolor de pecho / Presión Hinchazón de la pierna Manos /Pies fríos
 Desmayo Palpitaciones Enfermedad Vasculare Problemas Valvulares **NINGUNA**

Genitourinario: Sangre en la orina Incontinencia Mayor Urgencia Frecuencia Disminuida Exceso de Orina
 Enfermedad del Riñón Piedra del Riñón **NINGUNA**

Gastrointestinal: Dolor abdominal Acidez Sangre en las Heces Vómito Úlceras Estreñimiento Diarrea
 Dificultad al Tragar Disminución del Apetito Apetito Incrementado **NINGUNA**

Integumentario: Pie de Atleta Anomalías de las unas Queloides Comezón Piel Seca Y Escamosa **NINGUNA**

Hematológico: Úlceras en la Pierna Enfermedad de Célula Falciforme Anemia Anticoagulantes
 Trastornos de la Coagulación **NINGUNA**

Neurológico: Estremecimiento Debilidad Convulsiones Entumecimiento Dolores de Cabeza Temblores Parálisis **NINGUNA**

Musculoesquelético: Dolor De Espalda Inflamación de Articulaciones Debilidad Muscular Dolor Muscular Dolor De Cuello
 Ciática Rigidez Articular Dolor en las Articulaciones Inestabilidad Articular Artritis **NINGUNA**

Respiratorio: Dolor De Pecho Sibilancias COPD Toser Ronquidos Falta de Aliento Enfisema **NINGUNA**

POR FAVOR LEA Y FIRME: La información anterior es correcta según mi saber y entender. Entiendo que, a lo largo de mi tratamiento, soy responsable de notificar a mi médico y / o personal médico cualquier actualización de la información mencionada anteriormente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____