



**REGISTRO CLIENTE NUEVO (ADULTOS)**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Información del paciente:	
Apellido: Fecha Nacimiento:	Nombre: SS#
Domicilio: Ciudad:	Género: M H Religión:
Estado: CP:	Estado civil: Etnia:
Contact Information:	
Teléfono de casa: _____	Podemos dejarle mensaje a este número? SI NO
Teléfono de trabajo: _____	Podemos dejarle mensaje a este número? SI NO
Celular: _____	Podemos dejarle mensaje a este número? SI NO
Email: _____	Podemos contactarlo vía Email? SI NO
Cómo prefiere ser contactado? _____	
Información del seguro:	
Aseguradora: _____	ID # _____
Nombre del titular: _____	Relación: _____
Grupo: _____	Fecha de nacimiento del titular: _____
Emergency Contact Information:	
Contacto de emergencia: _____	Teléfono # _____
Relación: _____	
Información General:	
Alergias: _____	
Farmacia: _____	

<b>Motivo de la visita:</b>		
<b>Cuál es el motivo (s) para solicitar nuestros servicios?</b>		
<b>Información Médica:</b>		
Doctor primario: _____ Teléfono: _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____		
<b>HISTORIAL MÉDICO:</b>		
Por Favor marca cualquier experiencia actual o pasada según lo siguiente:		
Anemia Fibrilación auricular Asma VIH / SIDA Dificultad para respirar COPD Dolor crónico Tos crónica Problemas de la piel Glaucoma Célula falciforme Fatiga Ataque al corazón Convulsiones Sexual Disfunction Transfusiones _____ _____ _____	Problemas de la vista Problemas del oído Entumecimiento / Hormigueo Heridas en la cabeza Úlcera estomacal Nauseas / Vómitos Cáncer Acidez / Reflujo Stroke Enfermedad pulmonary crónica Hernias Enfermedad de la tiroides Pólipos de Colon Dolores de cabeza High Blood Pressure Otras _____ _____ _____	Insuficiencia cardiaca congestiva Inflamación intestinal Síndrome Ganancia de peso Síndrome de intestino irritable Pérdida de peso Dificultad para dormir Diabetes Ictericia Problemas de riñón / vejiga Diverticulitis Marcapasos Enfisema Pancreatitis Liver Disease _____ _____ _____
<b>HISTORIAL QUIRÚRGICO:</b> Por favor menciona cualquier cirugía relevante.		

**Lista de Medicamentos:**

Medicamento	Dosis / Frecuencia	Condición	Médico prescriptor
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL:**

Tal como con un psicólogo, trabajador social, psiquiatra, Consejero o prueba psicológica.

Con quién?	Cuándo?	Tipo de tratamiento?	Fue hospitalizado? Dónde?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**SITUACION ACTUAL:** Quién (es) viven con usted?

Persona:	Edad:	Relación:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____