

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Menor  Sí  No Sexo  M  F

Casado  Viudo  Soltero  Separado  Divorciado  Asociado

Nombre del cónyuge o padre \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por referirle? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la mejor manera de llegar a ti? \_\_\_\_\_

Persona a contactar en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado alguna de las drogas colectivamente conocidas como "fen-phen"? Estos incluyen combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marca de fentermina), Pndimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina)?  Sí  No

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad u operaciones graves?  Sí  No IEn caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?  Sí  No En caso afirmativo, indique la fecha aproximada \_\_\_\_\_

**(Mujeres) ¿Estás embarazada?**  Sí  No **¿Enfermería?**  Sí  No **¿Tomar píldoras anticonceptivas?**  Sí  No

Verifique( ✓) si tiene o ha tenido problemas con alguno de los siguientes:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>S N</b>   | <b>S N</b>   | <b>S N</b>   | <b>S N</b>  |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                  | <input type="checkbox"/> Lesiones cardíacas congénitas | <input type="checkbox"/> Hepatitis                     | <input type="checkbox"/> Escarlatina                  |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo                    | <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona    | <input type="checkbox"/> Reparación de hernias         | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar     |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales         | <input type="checkbox"/> Tos persistente               | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta         | <input type="checkbox"/> Erupción                     |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales, alfileres, | <input type="checkbox"/> Tos con sangre                | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                      | <input type="checkbox"/> Infarcto/Thrombosis Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Asmaa                                   | <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula         | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o tobillos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia                     | <input type="checkbox"/> Nefropatía                    | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides        |
| <input type="checkbox"/> Abnormalidad sangrante                  | <input type="checkbox"/> Desmayo                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática           | <input type="checkbox"/> Hábito Tabacco               |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre                 | <input type="checkbox"/> Glaucoma                      | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Amigdalitis                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                  | <input type="checkbox"/> Cefaleas                      | <input type="checkbox"/> Marcapasos                    | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                 |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química                     | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación      | <input type="checkbox"/> Úlcera                       |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                           | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos           | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria       | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea           |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios                 | <input type="checkbox"/> Hemofilia                     | <input type="checkbox"/> Fiebre Rhuemática             |   |

Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Alergias**
- |                                       |   |                                  |                                     |
|---------------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>S N</b>                            | <b>S N</b>                                | <b>S N</b>                       | <b>S N</b>                          |
| <input type="checkbox"/> Aspirina     | <input type="checkbox"/> Anestésico local | <input type="checkbox"/> Yodo    | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Penicilina       | <input type="checkbox"/> Látex   | _____                               |
| <input type="checkbox"/> Codeína      | <input type="checkbox"/> Sulfá            | <input type="checkbox"/> Ninguno |                                     |

Hasta donde yo sé, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo, o mi hijo menor de edad, alguna vez tenemos un cambio en la salud o los medicamentos para informar a la oficina.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente, padre, tutor o representante personal \_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Por favor, imprima el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente

**El pago se debe realizar en su totalidad en el momento del tratamiento, a menos que se hayan aprobado arreglos previos.**

