

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:

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

Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente _____

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