



Internal Medicine

Registro de Paciente

INFORMACIÓN DE PACIENTE:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____
Dirección de Correspondencia: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Núm. de Teléfono: Casa _____
Celular _____ Empleo _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F
Núm. de Seguro Social: _____ Estado Matrimonial: _____
Raza: _____ Etnico: _____
Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR DEL PACIENTE

Nombre de Compañía: _____
Núm. de Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO:

Primario:

Seguro: _____ Núm. de
Identificación: _____ Núm. de Grupo: _____
Apellido: _____ Primer
Nombre: _____ Inicial: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Núm. de Seguro
Social: _____ Estado Matrimonial: _____
Relación al
Paciente: _____

Secundario:

Seguro: _____ Núm. de
Identificación: _____ Núm. de Grupo: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: **M F**
Núm. de Seguro Social: _____
Estado Matrimonial: _____
Relación al Paciente: _____

*Contacto de Emergencia: _____
Núm. de Teléfono: _____

Como se enteró de nosotros (circule uno):
Familia Periódico Volante Televisión Empleado
Internet Al Pasar Letrero Amistad Médico
Entró Páginas Amarillas Referido por Empleador Paciente Enfermera de Escuela

Yo certifico que la información proveida arriba es completa y exacta según mi leal saber y entender.

Firma de paciente o representante de paciente

Fecha

HISTORIA DE SALUD DEL ADULTO

Fecha de hoy _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

1. ¿Tiene alergia a algún medicamento? ¿O a otras cosas? (Abejas, látex, etc.)
 Por favor nombre los: _____

2. Por favor liste todos los medicamentos que esta tomando ahora (Incluyendo píldoras anticonceptivas, laxativos, aspirina, etc...) _____

3. Por favor díganos la fecha de sus últimas vacunas: Td. Tétanos Difteria
 _____ MMR(Sarampión, Paperas, Rubéola) _____

4. Prueba de la Tuberculosis: Fecha _____ Resultados: Positivo _____
 Negativo _____

5. ¿Tiene algún problema de vista? Si__ No__ ¿Lleva lentes de contacto? Si__ No__

6. ¿Fuma o mastica tabaco? Si__ No__ Si fuma, ¿cuanto y durante cuanto tiempo? _____ ¿Le gustaría información acerca de cómo dejarlo? Si__ No__

7. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez por enfermedad o cirugía? Si si, ¿por que? _____ ¿Donde y Cuando? _____

8. ¿Tiene o ha tenido alguna vez un desorden alimentario? Si responde si, ¿de que tipo (Anorexia, bulimia, etc...)? _____

	Yo	Madre	Padre	Hermanos	Hijos	Otro	Comentarios
Diabetes							
Presión arterial alta/ Presión arterial baja							
Embolia cerebral							
Cáncer (De que tipo y quien)							
Hipotiroidismo o Hipertiroidismo							
Fiebre Reumática, soplo en el corazón, ataque al corazón, Válvula del corazón dañada o sustituida, Válvula mitral u otra condición del corazón, marcapasos.							
Ataques/Epilepsia, periodos de							