



VY TALISE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que llena el nombre de esta solicitud: _____

Fecha: _____

Información del paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Casa / Celular: _____ Correo electrónico: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Tipo de identificación del gobierno: _____ Número: _____ Exp. : _____

Médico de Atención Primaria

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Domicilio: _____

Información del Seguro

Nombre del seguro: _____ Identificación del suscriptor: _____

Número de política de grupo: _____

Información del empleador

Actualmente empleado Desempleado Jubilado Legalmente discapacitado

Nombre de la empresa: _____ Número de teléfono: _____

Domicilio: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación: _____

Farmacia Preferida

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de Farmacia: _____



720 Alamitos Ave
Long Beach, CA-90813



Contact@Vytalise.com
www.Vytalise.com



Tel: (562) 546-2496
Fax: (562) 546-2794



Porfavor complete todos los campos:

VYTALISE

Historial médico del paciente: (problema médico / fecha de diagnóstico)

_____	Resuelto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	Resuelto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	Resuelto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	Resuelto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	Resuelto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	Resuelto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Historia quirúrgica del paciente: (cirugía / fecha / motivo)



Lista de alergias (medicamentos, alimentos y productos):

LISTA DE MEDICAMENTOS (nombre y cantidad tomada / día):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Historia familiar:

1. _____

2. _____

Historia personal o familiar de coágulos de sangre o uso de anticoagulantes, súplicas elaboradas?



Historia social del paciente:

VYITALISE

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado

Ocupación: _____

¿Fumas? Sí No En caso afirmativo, ¿Cuántos por día y años? _____

¿Usas alguna droga de la calle? Sí No Especifique: _____

¿Bebes durante el embarazo? Sí No En caso afirmativo, ¿Cuánto? _____

¿Usted / otros tienen preocupaciones sobre su consumo de alcohol? Sí No

¿Hace ejercicio regularmente? Sí No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____

Violencia Doméstica / Abuso? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

Historia obstétrica pasada del paciente:

¿Estás embarazada? Sí No

Fecha de su último período menstrual: _____

¿Quiere una prueba de embarazo? Sí No

¿Hay problemas para quedar embarazada?: Sí No

Número de embarazos: _____ Número de abortos: _____ Número de abortos espontáneos: _____ Ectópico: _____

¿Ha tenido cesárea: Sí No En caso afirmativo, cuántos cesareas: _____

¿Ha tenido entregas de aspiradora o fórceps: _____ ¿Ha tenido epidural: _____

¿Desarrollaste preeclampsia o diabetes en un embarazo anterior? : Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

Otras complicaciones durante el último embarazo: _____

Transfusión de sangre: Sí No En caso afirmativo, cuántas unidades y fechas: _____

¿Es aceptable para usted la transfusión de sangre? Sí No En caso negativo, por qué: _____



720 Alamitos Ave
Long Beach, CA-90813



Contact@Vytalise.com
www.Vytalise.com



Tel: (562) 546-2496
Fax: (562) 546-2794



Historia ginecológica del paciente:

VY TALISE

Edad en el primer período _____ ¿Es su período regular Sí No

Frecuencia de períodos (en días) _____ Duración (en días) _____

Cantidad: Ligera Moderada Pesada, Cantidad de tuallas por día: _____

¿Actualmente eres sexualmente activo? Sí No ¿Cuánto tiempo con la pareja actual? _____

Secreción vaginal inusual Sí No Picazón / olor inusual Sí No

Método de anticonceptiva: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ Prueba de Papanicolaou anormal Sí No

Colonoscopia anormal Sí No, Fecha de la última colonoscopia: _____

Mamografía anormal Sí No, Fecha de la última mamografía: _____

Historial de Infecciones:

Positivo T.B. Prueba en pasado: Sí No

Vive con alguien con T.B. : Sí No

Sarpullido o enfermedad viral: Sí No

Herpes Genital: Sí No

Historia de la hepatitis: Sí No

Historia de la sífilis: Sí No

Historia del VIH: Sí No

Relaciones sexuales con una persona con VIH: Sí No

Otras ETS: Sí No

Otras infecciones: Sí No; En caso repuesta es SI por favor explique:

Preguntas o inquietudes al médico / Motivo de:



720 Alamitos Ave
Long Beach, CA-90813



Contact@Vytalise.com
www.Vytalise.com



Tel: (562) 546-2496
Fax: (562) 546-2794



¿Actualmente tiene algún problema relacionado con los siguientes sistemas? Encierra en un círculo Sí o No

VY TALISE

Síntomas constitucionales neurológicos

Fiebre Sí No Dolores de cabeza Sí No

Escalofríos Sí No Hechizos mareados Sí No

Pérdida / ganancia de peso Sí No Entumecimiento / hormigueo Sí No

Ojos Alérgicos / Inmunológicos

Alergias alimentarias Sí No Visión borrosa Sí No

Alergias a medicamentos Sí No Visión doble Sí No

Gastrointestinal Endocrino

Sed excesiva Sí No Dolor abdominal Sí No

Demasiado caliente / frío Sí No Náuseas / Vómitos Sí No

Cansado / lento Sí No Indigestión / acidez estomacal Sí No

Tegumentario cardiovascular (piel)

Dolor en el pecho Sí No Erupción cutánea Sí No

Problema de coagulación de la sangre Sí No Forúnculos Sí No

Hinchazón de las piernas Sí No Picazón persistente Sí No

Presión arterial alta / baja Sí No

Psicológica respiratoria

Sibilancias Sí No Satisfacción general con su vida

Sí No

Tos frecuente Sí No Depresión severa Sí No

Falta de aliento Sí No Considerando suicidio Sí No

Genitourinario de Senos

Dolor en los senos Sí No Retención de orina Sí No

Secreción del pezón Sí No micción dolorosa Sí No

Bultos en los senos Sí No Frecuencia urinaria Sí No

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____



720 Alamitos Ave
Long Beach, CA-90813



Contact@Vytalise.com
www.Vytalise.com



Tel: (562) 546-2496
Fax: (562) 546-2794



VYTALISE



720 Alamitos Ave
Long Beach, CA-90813



Contact@Vytalise.com
www.Vytalise.com



Tel: (562) 546-2496
Fax: (562) 546-2794
