

Las Cruces Surgeons Group

925 S. Walnut, Las Cruces, NM 88001

575-523-6330

REGISTRATION FORM, i693 Physical

Nombre legal del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil (circle): Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)

¿Quién vive en casa con usted? _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Ocupación: _____

Diagnóstico Médico: _____

Medicamentos recetados: _____

Hospitalizaciones/Cirugías pasadas: _____

Alergias a medicamentos: _____

Fuma Ud.? NO Sí Paquetes por día: _____

Bebe Ud.? NO Sí Bebidas por semana: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Las Cruces Surgeons Group

Medical History: favor de verificar condiciones que son problemas Significativas para Ud.

General	Sí	Cardiovascular	Sí	Genitourinario	Sí
Fiebre o escalofríos		Dolor de pecho con actividad		Ardor o dolor al urinar	
Cambio de peso reciente		El corazón salta latidos		Miccrón frecuente	
Fatiga		El corazón late demasiado rápido		Sangre en la orina	
Intolerancia al calor o al frío		Desmayando hechizos		Infecciones de la vejiga	
Cabeza o cuello	Sí	Alta presión sanguínea		Incontinencia o goteo	
Hinchazón en el cuello		Soplo cardíaco		Calculos renales	
Ronquera prolongara		Válvula del corazón malo		Cambio en la corriente	
Dolor o rigidez en el cuello		Fiebre reumática		Menstruaciones irregulares	
Piel	Sí	Hinchazón de pies o tobillos		Gastrointestinal	Sí
Salpullido, sequedad, picazón		Dificultad para respirar en reposo		Sangrado rectal	
Cambio de las uñas o el color de la piel		Dificultad para respirar con el ejercicio		Sangre en las heces	
		Falta de aliento acostado		Pérdida de apetito	
Sangrado, tendencias a los moretones		Pulmones	Sí	Acidez estomacal o indigestión	
Ojos	Sí	Tos		Dolor abdominal crónico	
Anteojos o contactos		Tos con esputo o sangre		Constipación crónica	
Vision doble o defectuosa		Sibilancias		Heces negras o alquitranadas	
Ojos secos		Musculoeskuelético	Sí	Diarrea frecuente	
Dolor o sensibilidad a la luz		Articulaciones hinchados o rojas		Dificultad para tragar	
Oídos, Nariz, Boca	Sí	Debilidad en el brazo o la pierna		Náuseas o vómitos	
Pérdida del olfato		Calambres en las piernas		Vómitos de sangre	
Hemorragia nasal				Endocrina	Sí
Problemas de sinusitis		Neurológica	Sí	Sudores nocturnos	
Nariz que moquea		Aturdimiento o mareos		Sed excesiva	
Goteo postnasal		Trastarnos del habla		Psiquiátrica	Sí
Dolor de oído o drenaje		Convulsiones		Depresión	
Pérdida de la audición		Entumecimientos o hormigeos		Ansiedad	
Zumbido en los oídos		Dolores de cabeza frecuentes		Ataque de nervios	
Dentura postiza		Pérdida de memoria		Problemas con el alcohol	
Llagas en la boca		Parálisis o debilidad		Abuso físico, verbal, sexual	
		Trastornos del sueño		Problemas de drogas	

Pasado e historia familiar: favor de verificar si Ud. o su familia han tenido lo siguiente:

	Ud.	Fam.		Ud.	Fam.		Ud.	Fam.
Hipertensión			Depresión			Artritis reumatoide		
Enfermedad del Corazón			Trastorno de Sangre			Enfermedad de tiroides		
Úlceras estomacales			Tuberculosis			Fiebre rheumática		
Convulsiones/epilepsia			Coagulos de sangre			Enfermedad hepatica/ hepatitis		
Diabetes			Intestino Irritable			Problemas respiratorias		
Cancer			Lupus			Problemas escuchando		
Enfermedad Renal			Carrera (Stroke)			Problemos de la vista		
Colitis Ulcerosa			Ictericia			Glaucoma		
Otro			Otro					

Tipo de CANCER: _____

Firma: _____

Fecha _____