

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Primer Nombre Legal: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido Legal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino Indiferenciada

Raza: Blanco Hispánico Afro Americano
 Indio Americano Asiático Otro: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Lenguaje: _____

Estado Civil: Nunca Casado Casado Separado
 Divorciado Viudo Compañero Doméstico
 Otro: _____

Embarazada: Sí No

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Situación Laboral: Empleada Desempleados
 Estudiante de Tiempo Completo Estudiante de Tiempo Parical
 Otra: _____

Nombre del Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

Teléfono de la Casa: _____

Teléfono del Trabajo _____ Ext. _____

Teléfono Celular: _____

Dirección Electrónica: _____

Preferencia de Contacto: : Dirección Electrónica Correo Postal

INFORMACIÓN DE CONTACTO EMERGENCIA

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Teléfono de Emergencia: _____

Relación al Paciente: _____

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

CUIDADOR PRIMARIO

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Relación: _____

TUTOR LEGAL

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Relación: _____

APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Relación: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial Médico: Por favor, marque las condiciones que ahora o alguna vez ha aplicado para usted:

- | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Carrera | <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la Próstata | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ataque del Corazón | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Problemas de Espalda | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca Congestiva |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> GERD | <input type="checkbox"/> Piedra Renal | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
- Cáncer de Mama Otro Cáncer Qué tipo? _____

Condiciones diferentes a los mencionados anteriormente? _____

Lista de Medicamentos: Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando actualmente:

¿Ha tenido alguna vacuna o inyecciones? (ex. vacuna contra la gripe, el covid, la neumonía, el tétanos, la hepatitis, etc.) Sí No

En caso afirmativo, indique: _____

Alergias: Sí No En caso afirmativo, indique: _____

Antecedentes Quirúrgicos: Por favor complete la historia quirúrgica pasado: _____

Historia Obstétrica: ¿Está embarazada? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? _____

Total de Embarazos	Término Completo	Prematuro	Aborto Inducido	Aborto Espontáneo	Ectópicos	Nacimientos Múltiples	Vida

Historia Social:

¿Fuma usted? Sí No En caso afirmativo, con qué frecuencia, cuánto? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No En caso afirmativo, marque todas las que apliquen: cerveza vino alcohol duro

¿Con qué frecuencia y cuánto? _____

¿Está tomando o ha tomado drogas ilegales o medicamentos recetados abusados? (ex. cocaína, la heroína, la oxicodona, anfetaminas, etc)

Sí No En caso afirmativo, con qué frecuencia, cuánto? _____

Historia Familiar: Compruebe las condiciones **PERTINENTES** relacionados con los miembros de la familia y rellenar en la relación. Marque "M" para la **Salud Materna** y "P" para la **Paternal** para especificar la madre o del lado del padre de la familia).

	✓ Sí	✓ No	Relación		✓ Sí	✓ No	Relación
<input type="checkbox"/> Asma			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Agrandamiento de la Próstata			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Anemia			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Ataque del Corazón			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Artritis			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Hepatitis			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Ansiedad			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Problemas de Espalda			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> COPD			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Glaucoma			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Demencia			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Migraña			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Dermatitis			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Gota			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Diabetes			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P

Vea el Otro Lado....

	✓ Sí	✓ No	Relación		✓ Sí	✓ No	Relación
<input type="checkbox"/> Epilepsia			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> GERD			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Úlcera			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Carrera			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Depresión			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Neumonía			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> VIH			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca Congestiva			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
<input type="checkbox"/> Piedra Renal			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P

Cáncer de Mama Otro Cáncer Qué tipo? _____

Llene los que han **FALLECIDO**. Si lo sabe, rellenar la edad a la muerte y la causa de la muerte.

Miembro de la Familia	Muerte Edad	Causa de Muerte	Miembro de la Familia (Hermanos y Hermanas)	Muerte Edad	Causa de Muerte
Padre			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Madre			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Abuela Materna			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Abuelo Materno			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Abuela Paterna			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Abuelo Paterno			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Aprobado Historia Desconocida

Otros Comentarios: _____

CUIDADO PREVENTIVO: (Por favor complete todo lo que corresponda)
¿Ha tenido alguno de los siguientes, si es así, fecha, nombre del médico/centro?

Colonoscopia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Date:	Doctora/Centro Médico:
<u>SOLO MUJERES:</u>	
Mamografía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Date:	Doctora/Centro Médico:
Prueba de Papanicolaou: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Date:	Doctora/Centro Médico:
<u>SOLO DIABÉTICOS:</u>	
Examen ocular de retina: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Date:	Doctora/Centro Médico:
Último A1c/análisis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Date:	Doctora/Centro Médico: