**Nombre de Paciente**: **Numero de telefono**

**Fecha de Naciemento**

**Por favor la lista reciente los médicos implicados en el cuidado de su salud y su ubicación:**

Proveedor Ubicación

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Tienes una historia de las siguientes condiciones?** Si No Detalle

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diabetes |  |  |  |
| Enfermedad de corazon |  |  |  |
| Alta Presión Sanguínea |  |  |  |
| Colesterol Alto |  |  |  |
| Cáncer |  |  |  |
| Dolor crónico |  |  |  |
| Enfermedad pulmonar |  |  |  |
| Asma |  |  |  |
| Depresión |  |  |  |
| Otro |  |  |  |

**Por favor lista de cirugías anteriores y el año que se realiza:**

Cirugía Año de ejecución Ultimo Ciclo Menstrual

Fecha:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Por favor indique cualquier procedimiento médico preventivo**:

Procedimiento SI NO Fecha? (más reciente) Dónde? ¿Quién lo hizo?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| La colonoscopia |  |  |  |  |  |
| PAP |  |  |  |  |  |
| Mamografía |  |  |  |  |  |
| Densitometría ósea |  |  |  |  |  |

**Por favor lista medicamentos están actualmente tomando como suplementos y hierbas**:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

La Medicina Dosis Frecuencia

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Por favor una lista de alergias: ¿Cuál fue su reacción?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Por favor díganos acerca de usted:**

Estado Civil (por favor marque) Soltero/Divorciado Casado Viuda

Niños (Edad)

Ocupación (pasado o presente o discapacitado)

Tabaco: Si No Tipo Cantidad

Alcohol: Tipo (i.e. whisky , cerveza, etc.) Número de bebidas

Uso de drogas ilícitas

Cafeína: Si No Tipo Cantidad por día:

**Historia Familia**

Problemas de salud Relación con usted, la edad del miembro de la familia y causa de la muerte (si el fallecido)

|  |  |
| --- | --- |
| Cáncer |  |
| Enfermedad del corazón |  |
| Derrame Cerebral |  |
| Diabetes |  |
| Alta Presión Sanguínea |  |
| illnes mentales |  |
| Otro |  |

**Revisión de sistemas en los últimos 6 meses (circule las que apliquen)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CONSTITUTUIONAL  Fatiga  Fiebres  Sudores Nocturnos | CARDIACO  Pecho del dolor o latidos cardíacos irregulares o competir  con dolor en las piernas la presión al caminar | METABOLIC  Intolerancia al calor o frio  Excesivo hambre o sed | Piel  erupciones  Comezón  Los tumores de senos |
| OJOS  Descarga  Pérdida de la visión | GASTROINTESTINAL  Dolor abdominal  Estreñimiento  Diarrea | NEUROLÓGICO  Pérdida de memoria  trastornos de la marcha  Mareo  Los dolores de cabeza  convulsiones | MUSCULOESQUELÉTICO  Dolor en las articulaciones  Debilidad muscular  calambres |
| Oídos, nariz y garganta  Pérdida de la audición  drenaje del oído  drenaje nasal | GENITOURINARIAS  Dolor al orinar  Sangre en la orina  Pene o flujo vaginal  Exceso de orina | PSIQUIÁTRICO  Depresión  Ansiedad | HEMATOLÓGICA / LINFÁTICA  Moretones con facilidad  sangrado fácil |
| RESPIRATORIO  Dificultad para respirar  Tos  sibilancias |  |  | INMUNOLÓGICA  Las alergias estacionales  Alergias a los alimentos |

Este formulario será revisado por el médico que haya seleccionado antes de la aceptación como un nuevo paciente y antes de una cita está programada.

Libero la información adjunta al centro de salud del Condado de Adams. En caso de que yo no soy aceptado como paciente, entiendo que esta información será destruida. Si yo soy aceptado como paciente, esta información se almacenará en mi carta astral.

**Firma de Paciente**: **Fecha:**