**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)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CONSTITUTUIONALFatigaFiebres Sudores Nocturnos | CARDIACOPecho del dolor o latidos cardíacos irregulares o competir con dolor en las piernas la presión al caminar | METABOLICIntolerancia al calor o frioExcesivo hambre o sed | PielerupcionesComezónLos tumores de senos |
| OJOSDescargaPérdida de la visión | GASTROINTESTINALDolor abdominalEstreñimientoDiarrea | NEUROLÓGICOPérdida de memoriatrastornos de la marchaMareoLos dolores de cabezaconvulsiones | MUSCULOESQUELÉTICODolor en las articulacionesDebilidad muscularcalambres |
| Oídos, nariz y gargantaPérdida de la audicióndrenaje del oídodrenaje nasal | GENITOURINARIASDolor al orinarSangre en la orinaPene o flujo vaginalExceso de orina | PSIQUIÁTRICODepresiónAnsiedad | HEMATOLÓGICA / LINFÁTICAMoretones con facilidadsangrado fácil |
| RESPIRATORIODificultad para respirarTossibilancias |  |  | INMUNOLÓGICALas alergias estacionalesAlergias 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:**