

## Registro de Nuevos Pacientes: información Médica

Nombre del Paciente: Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Quines son sus Proveedores Medicos Actuales?	
Nombre del Proveedor	Especialidad, Condicion por la que te atienden

Cuidado Preventivo					
	Fecha		Fecha		Fecha
Fisico Annual		Prueba de Prostata		Prueba de Colesterol	
Colonoscopia		Prueba de Papanicolaou		Prueba de Diabetes	
Densidad Osea		Mamografia		Examen de la Vista	
Examen Dental					

Vacunas					
	Fecha		Fecha		Fecha
Tetanos (Td or Tdap)		VPH (Gardasil)		Influenza (gripe/flu)	
Hepatitis A		Hepatitis B		Meningitis	
Neumonia		Herpes		Otro (por favor escribe abajo )	

Alergias o Intolerancia a Medicamentos?	
Nombre	Reaccion

Enumere todos los medicamnetos, suplementos, medicamentosde venta libre, crema e inhaladores.				
Nombre	Condicion Medica	Dosis/Potencia	Frecuencia Tomada	Fecha de Inicio

Nombre del Paciente: Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Encierre en un Circulo todos los Problemas o condiciones Medica Actuales o Pasadas.		
Insuficiencia Cradiaca	Alta Presion Snguinea	TDA/TDAH
Enfermedad Pulmonar Cronica	Hypertiodismo	Alergias Estacionales
Enfermedad de las arterias del Corazon	Hipotirdismo	Anemia
Depresion	Nefropatia	Ansiedad
Diabetes Type 1	Migranas	Artritis
Diabetes Type 2	Infarto de Miocardio	Asma
Enfisema	Ulceras de Miocardio	Trastorno Bipolar
Acidez	Convulsiones	Coagulo de Sangre
Glaucoma	Infecciones de sustancia sexualmente	Transfucion de Sangre
Soplo Cardiaco	Derame cerebral	Cancer
VIH/SIDA	Abuso de Sustancia	Cataratas
Colesterol Alto	Fiebre del Valle	

Encierre en un Circulo todas las Operaciones o Cirugias Importantes.		
Niguna	Colon	Reemplazo de la articulaci3n
Apendectomia	Stent de la Arteria Coronaria	Columna vertebral
Aunmento de Senos	Cirugia Cosmetica	Cirugia de tiroides
Cirugia de Busto	Ojo	Amigdalectomía
Cesarea	Reparacion de Fracturas	tubos atados
Bypass de Corazon	Reparacion de Hernia	Cirugía de válvulas cardíacas
Vesicula Biliar	Histerectomia	ovarios

Historial Medico Familiar: Marque la casilla Correspondiente si existe o existio una afeccion.																		
	Abuso de Alcohol	Artritis Asma	Asma	Defecto de Nacimiento	Cancer	EPOC	Depression	Diabetes	Abuso de Droga	Muerta Prematura	Perdida de Audicion	Cholesterol Alto	Presion Arterial Alta	Enfermedad Renal	Enfermedad Mental	Abortos Spontaneous	Accidente cerebrovascular	Perdida la Vision
Padre																		
Madre																		
Hermanos																		
Niños																		
OTRO																		

Nombre del Paciente: Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

History Social												
<b>Consumo de Alcohol: Encierre en un Circulo su respuesta.</b>												
Copas de vino por semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+	
Latas de cerveza por semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+	
Tragos de licor por semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+	
Bebidas mezcladas con 0.5 onzas de alcohol por semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+	
<b>Actividad Sexual Compruebe su respuesta.</b>												
Sexualmente Activo? <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Nuca <input type="checkbox"/> Actualmente No												
Compañeros? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ambos												
Se usa Control de la Natalidad? <input type="checkbox"/> Sacar <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Implante												
<input type="checkbox"/> Inserciones <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> La Pildora <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Ritmo												
<input type="checkbox"/> Espermicida <input type="checkbox"/> Esponja <input type="checkbox"/> Quirurgico <input type="checkbox"/> No Aplica												
<b>Uso de Drogas Verifique su respuesta.</b>												
<input type="checkbox"/> Niguna <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Benzdiacepinas <input type="checkbox"/> Cocaina "Crack" <input type="checkbox"/> Cocaina <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Gases Huff												
<b>Uso de Tabaco Verifique su respuesta.</b>												
<input type="checkbox"/> Fuma todos los días <input type="checkbox"/> Fuma algunos días <input type="checkbox"/> Exfumador <input type="checkbox"/> Fumador Empedernido <input type="checkbox"/> Fumador leve <input type="checkbox"/> Nuca Fumo <input type="checkbox"/> Exposion de Segunda mano												
Cuantos Paquetes /dia en promedio? <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1½ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o mas Cuantos años fumo?												
Alguna vez has masticado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No												
Si actualmente usa algun product de tabaco, esta listo para dejarlo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No												

Hospitalizaciones		
Razon	Años	Comentarios

Major Injuries		
Tipo	Años	Comentarios

Instrucciones anticipadas (testament en vida y poder notarial medico)		
Tiene una directive anticipada?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Desea informacion o una copia de los formularios de instrucciones anticipadas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

## Registro de Nuevos Pacientes:Datos Demograficos y seguros

**Paciente:** Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: M | F

Direccion del Paciente: \_\_\_\_\_

Direccion del paciente adicional: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero de telefono primario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mobil | Casa | Trabajo

Numero de telefono secundario : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mobil | Casa | Trabajo

Direccion: \_\_\_\_\_

Cual es tu idioma principal? \_\_\_\_\_ Require Interprete? SI | No

Estado Civil: Divorciado | Separados Legalmente | casado | Otro | Sig. Otro | Soltero | Viudo

Preferencia religiosa: Prefiero no contestar. \_\_\_\_\_ ☐ Prefiero no contestar

### El Gobierno de los EE.UU. Require que hagamos las siguientes dos preguntas:

1. Como Indentifica su etnia?

\_\_\_\_\_ Hispano o Latino

\_\_\_\_\_ No Hispano Latino

\_\_\_\_\_ Prefiero no Contestar.

2. Como Indentificas a tu raza ?

\_\_\_\_\_ Indio Americano o Nativo de Alaska

\_\_\_\_\_ Americano negro Africano

\_\_\_\_\_ Nativo Hawaiano

\_\_\_\_\_ Otro Isleno Pacifico

\_\_\_\_\_ Asiatico Blanco o caucasico

\_\_\_\_\_ Asiatico

\_\_\_\_\_ Prefiero no contestar

¿Quién es su médico de atención primaria?

Nombre de la práctica de atención primaria:

Situación laboral: Tiempo completo | Tiempo parcial | Jubilado | Deshabilitado | Estudiante | Nombre del empleador desempleado:

Cuantos empleados trabajan en su empresa?

☐ 1-19 ☐ 20-99 ☐ 100+ ☐ Nose

Nombre del Paciente: Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A quién le gustaría incluir como contacto de emergencia?

Nombre: \_\_\_\_\_

Direcion: \_\_\_\_\_

Relacion a usted: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mobil | Casa | Trabajo

Quién es el garante de su cuenta? ¿Quién es financieramente responsable de cualquier cantidad no pagada por la compañía de seguros? Por favor escriba "yo mismo" si es financieramente responsable.

Garante: Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M | F

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mobil | Casa | Trabajo

Nombre de la compania de Seguros : \_\_\_\_\_

Indentificacion de miembro / suscriptor #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Direcion de la compania de Seguro Medicos: \_\_\_\_\_

Relación del suscriptor del seguro con el paciente: Yo | Padre | Cónyuge | Otros: \_\_\_\_\_

Suscriptor: Pimer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M | F

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mobil | Casa | Trabajo