

Registro de Nuevos Pacientes: información Médica

Nombre del Paciente: Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Quines son sus Provedores 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 medicamentos, suplementos, medicamentos de 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	Hypertiroidismo	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 substancia sexualmente	Transfusion 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 articulación
Apendectomia	Stent de la Arteria Coronaria	Columna vertebral
Aumento de Senos	Cirugia Cosmetica	Cirugía 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	Histerectomy	ovarios

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

Nombre del Paciente: Nombre _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: / /

History Social											
Consumo de Alcohol: Encierre en un Circulo su respuesta.											
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+
Actividad Sexual Compruebe su respuesta.											
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										
Uso de Drogas Verifique su respuesta.											
<input type="checkbox"/> Niguna	<input type="checkbox"/> Anfetaminas	<input type="checkbox"/> Benzdiacepinas	<input type="checkbox"/> Cocaina "Crack"	<input type="checkbox"/> Cocaina							
<input type="checkbox"/> Heroina	<input type="checkbox"/> Marihuana	<input type="checkbox"/> Metanfetamina	<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> Gases Huff							
Uso de Tabaco Verifique su respuesta.											
<input type="checkbox"/> Fuma todos los dias	<input type="checkbox"/> Fuma algunos dias	<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 directiva 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 principial? _____ 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. Requiere que hagamos las siguientes dos preguntas:

1. Como Identifica su etnia?

Hispano o Latino No Hispano Latino
 Prefiero no Contestar.

2. Como Identificas 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: _____

Direccion: _____

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 compañia de Seguros : _____

Indentificacion de miembro / suscriptor #: _____ Gropo #: _____

Direccion de la compañia 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