

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.		
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cradiaca	<input type="checkbox"/> Alta Presion Snguinea	<input type="checkbox"/> TDA/TDAH
<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Cronica	<input type="checkbox"/> Hypertiodismo	<input type="checkbox"/> Alergias Estacionales
<input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias del Corazon	<input type="checkbox"/> Hipotirdismo	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Nefropatia	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Diabetes Type 1	<input type="checkbox"/> Migranas	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Diabetes Type 2	<input type="checkbox"/> Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Ulceras de Miocardio	<input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar
<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Coagulo de Sangre
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Infecciones de substancia sexualmente	<input type="checkbox"/> Transfucion de Sangre
<input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> Derame cerebral	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Abuso de Sustancia	<input type="checkbox"/> Cataratas
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Fiebre del Valle	

Encierre en un Circulo todas las Operaciones o Cirugias Importantes.		
<input type="checkbox"/> Niguna	<input type="checkbox"/> Colon	<input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulaci3n
<input type="checkbox"/> Apendectomia	<input type="checkbox"/> Stent de la Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Columna vertebral
<input type="checkbox"/> Aunmento de Senos	<input type="checkbox"/> Cirugia Cosmetica	<input type="checkbox"/> Cirug3a de tiroides
<input type="checkbox"/> Cirugia de Busto	<input type="checkbox"/> Ojo	<input type="checkbox"/> Amigdalectom3a
<input type="checkbox"/> Cesarea	<input type="checkbox"/> Reparacion de Fracturas	<input type="checkbox"/> tubos atados
<input type="checkbox"/> Bypass de Corazon	<input type="checkbox"/> Reparacion de Hernia	<input type="checkbox"/> Cirug3a de v3lvulas card3acas
<input type="checkbox"/> Vesicula Biliar	<input type="checkbox"/> Histerectomia	<input type="checkbox"/> 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	Alzheim	Otro
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10+
Latas de cerveza por semana	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10+
Tragos de licor por semana	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10+
Bebidas mezcladas con 0.5 onzas de alcohol por semana	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 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"/> Heroína <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 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 /día 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