

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.		
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca	<input type="checkbox"/> Alta Presion Sanguinea	<input type="checkbox"/> TDA/TDAH
<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Cronica	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Alergias Estacionales
<input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias del Corazon	<input type="checkbox"/> Hipotirodismo	<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"/> Transfusion 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 articulación
<input type="checkbox"/> Apendectomia	<input type="checkbox"/> Stent de la Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Columna vertebral
<input type="checkbox"/> Aumento de Senos	<input type="checkbox"/> Cirugia Cosmetica	<input type="checkbox"/> Cirugía de tiroides
<input type="checkbox"/> Cirugia de Busto	<input type="checkbox"/> Ojo	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía
<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"/> Cirugía de válvulas cardíacas
<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.																				
	<input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol	<input type="checkbox"/> Artritis Asma	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Abuso de Drogas	<input type="checkbox"/> Muerte Prematura	<input type="checkbox"/> Perdida de Audicion	<input type="checkbox"/> Cholesterol Alto	<input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/> Abortos Spontaneous	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Perdida la Vision	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> 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"/>		
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"/>		
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"/>		
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"/>		
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"/>		

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"/> Heroina <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Metanfetamina	<input type="checkbox"/> Cocaina "Crack" <input type="checkbox"/> Cocaina <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. Require 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