



Por favor complete el formulario en su totalidad

Información del paciente	Información del paciente:			
	apellido:		nombre:	
			M.I.:	Fecha de nacimiento:
	Dirección postal:		apropiado #	
	Ciudad/Estado/Zip:			
	Teléfono de casa:		teléfono celular:	Teléfono del trabajo:
	Dirección de correo electrónico:		Método preferido de contacto: <input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
	sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero		Número de Seguro Social:	
	estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Solteros <input type="checkbox"/> Otros _____		Nombre del empleador:	
	Nombre de contacto de emergencia y teléfono:		Relación con el paciente:	
Información adicional y parte responsable	Parte responsable- Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre o tutor que traiga al paciente aparecerá como garante:			
	apellido:		nombre:	
	Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social:	Teléfono:
	Dirección del Responsable:			
	Ciudad/Estado/Zip:		Relación con el paciente:	
	Información adicional (POR FAVOR LLENE TODAS LAS SECCIONES A CONTINUACIÓN):			
	Raza (por favor seleccione): <input checked="" type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input checked="" type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro o africano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico americano <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Declive		Etnicidad (por favor seleccione uno): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No es hispano o latino <input type="checkbox"/> Declive	
	Idioma preferido (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Bosnio <input type="checkbox"/> Indio (incluyendo hindi y tamil) <input type="checkbox"/> Lengua de Señas <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso			
	Nombre preferido de la farmacia y ubicación:			
	Información de seguros	Seguro Médico Primario		Seguro Médico Secundario
Ins. Co. Nombre:		Ins. Co. Nombre:		
Id. de miembro y número de grupo:		Id. de miembro y número de grupo:		
Nombre del titular de la póliza:		Nombre del titular de la póliza:		
Titular de la póliza Fecha de nacimiento:		Titular de la póliza Fecha de nacimiento:		
Relación del paciente con el titular de la póliza:		Relación del paciente con el titular de la póliza:		

Nombre: _____ Alergias _____

Por favor, enumere TODOS los medicamentos que está tomando actualmente, recetados y/o de venta libre. Por favor, trate de ser lo más específico posible.

medicación	dosificación	ruta	frecuencia

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL: (Por favor, rodee todo lo que se aplica)

- | | | | |
|--|-------------------------|----------------------------------|----------------------|
| TDAH | EPOC/ Enfisema | Colesterol alto | artritis reumatoide |
| alcoholismo | demencia | VIH | Trastorno convulsivo |
| Alergias estacionales | depresión | hepatitis | apnea del sueño |
| anemia | Diabetes: 1 o 2 | Síndrome del intestino irritable | Golpe |
| ansiedad | diverticulitis | lupus | Trastorno tiroideo |
| Arritmia (latidos irregulares del corazón) | TVP (coágulo de sangre) | Enfermedad hepática | Colitis ulcerosa |
| artritis | ERGE (reflujo ácido) | Degeneración macular | |
| asma | glaucoma | neuropatía | |
| bipolar | enfermedad cardíaca | Osteopenia/Osteoporosis | |
| Problemas de vejiga / incontinencia | Ataque al corazón (MI) | Enfermedad de Parkinson | |
| Problemas de sangrado | Hiatal Hernia | Enfermedad vascular periférica | |
| cáncer: _____ | Presión arterial alta | Úlcera péptica | |
| cefaleas | Cálculos renales | psoriasis | |
| Enfermedad de Crohn | nefropatía | Embolia pulmonar (EP) | |

Último período menstrual	fecha: _____	Normal anormal
colonoscopia	Sí/No fecha: _____	normal anormal
Mamografía	Sí/No fecha: _____	normal anormal
Dexa (Hueso Densidad)	Sí/No fecha: _____	normal anormal
papila	Sí/No fecha: _____	normal anormal

Otros problemas médicos no mencionados anteriormente:

Historia quirúrgica: Por favor, enumere todas las cirugías anteriores y las fechas aproximadas realizadas.

HISTORIA SOCIAL / CULTURAL:

- ¿Hay algún problema de visión que afecte su comunicación? Sí No
- ¿Hay algún problema de audición que afecte su comunicación? Sí No
- ¿Hay alguna limitación para entender o seguir las instrucciones (ya sea escritas o verbales)? Sí No

Situación de vida actual (Compruebe todo lo que se aplica):

- Hogar unifamiliar
 Hogar multigeneracional
 Refugio
 parapersonas sin hogar
 enfermería especializada
 Otro: _____
- facilidad

Consumo de tabaco/ tabaco: actual pasado nunca de años: _____

Tipo: _____ Cantidad/día: Número _____

Alcohol: actual pasado nunca bebidas /

semana: _____

Uso recreativo de drogas: actual pasado nunca tipo: _____

¿Eres sexualmente activo? Sí No

¿Hay algún problema o preocupación personal en el hogar, el trabajo o la escuela que le gustaría discutir?

Sí No ¿Hay alguna preocupación cultural o religiosa que tenga relacionada con nuestra

prestación de atención?

Sí No

¿Hay algún problema financiero que afecte directamente su capacidad para manejar su salud? Sí No

¿Con qué frecuencia obtienes el apoyo social y emocional que necesitas?

Siempre Por lo general, a veces rara vez nunca

Comentarios (Por favor, siéntase libre de comentar sobre cualquier respuesta marcada como "sí" arriba):

HISTORIA AMILY:

PADRE: Vivo: Edad _____

Fallecido: Edad _____

alcoholismo
anemia
asma
artritis

trastorno bipolar
cáncer: _____
EPOC/Enfisema
demencia

depresión
Diabetes 1 o 2
TVP (coágulo de sangre)
enfermedad cardíaca

Colesterol alto
Presión arterial alta
nefropatía
Migrañas

osteoporosis
Golpe
Trastorno tiroideo

Otro: _____

MADRE: Vivo: Edad _____

Fallecido: Edad _____

alcoholismo
anemia
asma
artritis

trastorno bipolar
cáncer: _____
EPOC/Enfisema
demencia

depresión
Diabetes 1 o 2
TVP (coágulo de sangre)
enfermedad cardíaca

Colesterol alto
Presión arterial alta
nefropatía
Migrañas

osteoporosis
Golpe
Trastorno tiroideo

Otro: _____

hermanos:

Enumere otros proveedores médicos que vea regularmente (es decir, cardiólogo, proveedor de salud mental, médico renal, dentista, etc.)

Firma del paciente _____