

INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO, POR FAVOR HABLE CON LA RECEPCIONISTA

INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Códgo Postal: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono trabajo: _____ Seguro Social No. _____ Edad: _____

Masculino Femenino Licencia de Conducir

No. _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Otro _____

Nombre de su esposo(a) ó epariente ercano: _____ Teléfono: _____

Hijos: _____ Edades: _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____

Su ocupación: _____ Su Empleador: _____

Peso requerido a levantar frecuentemente es 10 20 30 40 Lbs.

Referido a esta oficina por: T.V. Demonstration en centro comercial - Donde ? _____

Páginas Amarillas Correo En la Clínica Periódico Otro _____

Radio - Cual? _____ Amigo(a) - Nombre? _____

Pago será: Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

Seguro Médico Seguro de Automovil Indemnización de Trabajo

Nombre de Compañía de Seguro: _____ Empleador del Asegurado: _____

Seguro Social del Asegurado No: _____ No. de Teléfono del Empleador: _____

Esta cubierto por mas de una compañía de seguros? Si No Nombre: _____

HISTORIA MEDICA/FAMILIA Y=YO M=MADRE P=PADRE

(Favor de indicar en la espacio apropiado que condicion (es) ha(n) experimentado)

Y	M	P		Y	M	P		Y	M	P		
	Y	M	P		Y	M	P		Y	M	P	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dislocación de coyunturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor de cuello	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nerviosismo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	entumecimientos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	polio	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	circulación pobre	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas con vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desordenes al sist. reproductivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hepatitis	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rotura de huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fiebre reumática	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/ARC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reumatismo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desordenes con el riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	escarlatina	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	conmoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mal movimiento de intestinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	serios daños	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cólicos menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problema con seno	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	esclerosis en placas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tuberculosis	

Ha sido tratado por un doctor en el último año por alguna dolencia? Si No

Describe la condición _____ Fecha de último chequeo médico _____

HISTORIA QUIRURGICA:

1. _____ Fecha: _____

2. _____ Fecha: _____

3. _____ Fecha: _____

Ha tenido alguna vez un implante metálico? Si No Le han baleado alguna vez? Si No

HISTORIA DE ACCIDENTES: Trabajo Automovil Otro 1. _____ Fecha: _____

Trabajo Automovil Otro 2. _____ Fecha: _____

Trabajo Automovil Otro 3. _____

_____ Fecha: _____

POR FAVOR DESCRIBA SUS PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

SINTOMAS SON PEORES EN MAÑANA TARDE NOCHE

CUANDO Y COMO _UCEDIERON_____

SINTOMAS SE DESARROLLARON DE: LESION EN EL TRABAJO ACCIDENTE AUTO ACCIDENTE OTRO

ENFERMEDAD MOTIVO NO CONOCIDO OTRO_____ GRADUALMENTE Fecha que ocurrió:_____

SINTOMAS PERSISTEN POR No.____HORA(S) _____DIA (S) _____SEMANA (S) _____MES (ES) _____AÑO(S)

SINTOMAS/MALES: VIENEN Y SE VAN CONSTANTES

HA TENIDO ESTE MAL ANTES: NO SI CUANDO?_____

SI USTED FUERA ADIVINAR, QUE PIENSA LE ESTA CAUSANDO ESTE MAL?_____

NOMBRE Y DIRECCION DEL DOCTOR QUE LO HA TRATADO PREVIAMENTE DE ESTA CONDICION(ES):

ES ALERGICO A MEDICINAS NO SI DE QUE TIPO?_____

ESTA BAJO MEDICAMENTO NO SI DE QUE TIPO?_____

ESTA EMBARAZADA NO SI FECHA DE SU ULTIMA MENSTRUACION_____

POR FAVOR MARQUE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES QUE **AGRAVAN** SU CONDICION:

- INCLINARSE EXTENDERSE PUJAR TOSER SENTARSE DOBLAR LA CABEZA
 CARGAR ESTORNUDAR CAMINAR ESTAR PARADO

POR FAVOR MARQUE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES QUE **ALIVIA** SU CONDICION:

- INCLINARSE SENTARSE CARGAR ESTAR PARADO ECHARSE DOBLAR LA CABEZA
 EXTENDERSE CAMINAR

POR FAVOR MARQUE CUALQUIER **OTRO SINTOMA ADICIONAL** QUE ESTA EXPERIMENTANDO:

- visión borrosa zumbido en los oídos pies fríos manos frías sudores fríos
 pérdida de concentración/confusión estreñimiento depresión/llantos diarrea mareos cara roja
 desmayos fatiga fiebre cabeza pesada dolores de cabeza insomnia luz molesta los ojos
 perdida de equilibrio pérdida de olfato perdida de sabor no resiste el frío movimiento de músculos
 entumecimiento de las manos entumecimiento de los pies como agujas en los brazos
 como agujas en las piernas zumbido en los oídos falta de aire cuello tieso dolor de estómago

Firma del

Paciente_____Fecha_____