

Nombre: _____ Fecha de Nac. : _____ Genero: _____

Seg. Social #: _____ - _____ - _____ Estado Marital: M/Casado(a) S/Soltero(a) D/Divorciado(a) W/Viudo(a)

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono Hogar: (_____) _____ - _____ Celular #: (_____) _____ - _____

Persona de contacto de emergencia: _____

Relación _____ TEL # (_____) _____ - _____

Doctor de Cabecera: _____ TEL # _____

Doctor que lo(a) refirió (si no es el mismo) : _____

Farmacia: _____ TEL # _____

Seguro Primario

Seguro Secundario

Nombre de la Persona: _____

Nombre de la Persona: _____

Empleador: _____

Empleador: _____

TEL Trabajo: _____

TEL Trabajo: _____

Seguro Social #: _____

Seguro Social #: _____

Fecha de Nac.: _____

Fecha de Nac.: _____

Nombre de Seguro Primario: _____

Nombre de Seguro Secundario: _____

Póliza # _____

Póliza # _____

Autorización para dar información: Yo autorizo al el Doctor a dar cualquier información medica que sea necesaria para procesar mi forma de reclamo.

Autorización para pagos de beneficios al Medico: Yo autorizo pagos quirúrgicos y/o médicos directamente al doctor. Yo entiendo que yo soy responsable de pagar servicios no cubiertos.

Firma _____ Fecha: _____

Yo entiendo que el padre o la persona encargada de un paciente menor de edad es responsable por todos los servicios que sean recibidos.

Firma

Nombre letra de molde

Yo, como miembro de _____ Seguro/Plan, soy responsable de tener un referido valido por cada visita para un medico especialista.

Si, yo no tengo un referido valido por alguna visita, yo retiro los derechos de usar este seguro, y pagare por la visita.

Firma: _____

Relación (si no es el paciente) _____

Acct # _____

Historia Medica

Nombre _____ Edad _____ Genero F M Estatura _____ Peso _____

RAZON DE SU VISITA: _____

DOCTOR PRIMARIO: _____ OTROS DOCTORES QUE LO(A) ESTEN TRATANDO: _____

Historia Medica: Favor de **circular** sus problemas medicos corrientes y pasados. NONE

Alta Presion	Insuficiencia cardiaca congestiva	Ataque Cardiaco	Angina	Soplo Cardiaco
Prolapso de la válvula mitral	Diabetes	Asma	Hernia hiatal	Acidez/Reflujo estomacal
Neumonia	Enfisema/EPOC	Problemas con la Próstata	Problemas con la vejiga	Enfermedad de Tiroideo
Problemas de la espalda o conjunturas	Epilepsia	Hepatitis	Decoloración amarilla de la piel	Glaucoma

Otro: _____

Resumen del Sistema **Circule** cualquier sintoma que este experimentando actualmente. NONE

Fiebre	Cambios de Vision	Dificultad Tragando	Ronquera	Sibilancias al respirar
Falta de Respiracion	Dolores del Pecho	Nausea/Vomitos	Dolor al orinar	Dolor de las conjunturas
Sarpullido	Adormecimiento de la cara	Depresion	Sed frecuente	Sangrado Prolongado
(Para las féminas)	Posibilidad de embarazo	Si No	Ultimo día menstrual: _____	

Historial Quirurgico:

1. _____
2. _____
3. _____

Numere todas sus cirugias con fechas

Allergias Numere todas sus alergias y indique la reaccion 1. _____
Alergia al Látex Si No 2. _____

Medicamentos Numere todas sus medicinas recetadas y no recetadas y las dosis.

Receta: 1. _____ 6. _____
2. _____ 7. _____
3. _____ 8. _____
4. _____ 9. _____
5. _____ 10. _____

Sin-Receta: 1. _____ 2. _____

¿Usted toma aspirina, advil, nuprin, /o algún medicamento que contenga aspirina? Si No Nombre _____

Historia Social Ocupacion: _____
¿Usted fuma?: Si No SI, si, _____ paquetes al día Si usted dejo de fumar, ¿ Que ano? _____
Alcohol _____ bebidas al día Cafeína _____ tazas al día Mastica Tabacco: Si No

Historia Familiar ¿Usted o algún familiar ha tenido problemas con anestesia o problemas de sangrado? Si, sí, Explique.

Yo he contestado todas las preguntas de arriba, en lo mejor de mis habilidades.

Firma del Paciente _____ Fecha _____ Discussed with patient/Doctor Signature _____ Date _____