



Nombre (Apellido, Nombre, S.N.): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: H M Seguro Social #: _____

La siguiente informacion ahora es requerido por el soporte de archivos electronicos y de ninguna manera sera utilizado para discriminacion.

Senale la caja en cual prefiere ser contactado:

☐ Email: _____ ☐ Trabajo: _____

☐ Telefono de casa: _____ ☐ Cell: _____

Direccion: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Contacto de Emergencia: _____ Telefono: _____

Seguro Primario: _____

Seguro Secundario: _____

Nombre de Farmacia: _____

Telefono de Farmacia: _____

Direccion de Farmacia: _____

Origen Etnico:

☐ No-Hispano

☐ Hispano

Idioma de Preferencia:

☐ Ingles

☐ Espanol

☐ Otro: _____

Raza:

☐ Africano

☐ Asiatico

☐ Blanco

☐ Americano Nativo

☐ Islenos Pacifico

☐ Otro: _____

Doctor de Cabejera:

Ultima Fecha de Cita:

Referido por:

CIRUGIAS: _____

HERIDAS/TRAUMAS: _____

HOSPITALIZACIONES: _____

HISTORIA FAMILIAR: ☐ Diabetis ☐ Hipertension Arterial ☐ Problemas de Corason ☐ Cancer

☐ Otro: _____

FIRM DE PACIENTE: _____ DATE: _____



Altura: _____ Peso: _____ Talla de Zapato: _____ Esta Embarazada?: _____

Estado Civil: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)

Situacion en que vive: ☐ Solo(a) ☐ Con Familia/Amigos ☐ Residencia de personas mayores/ Rehab

Usted Usa?: ☐ Alcohol ☐ Tabaco ☐ Drogas Illicitas Ocupacion: _____

Usted actualmente fuma? ☐ Yes ☐ No Paquetes al dia?: _____ Anos?: _____

Si no, Alguna ves a fumado? ☐ Yes ☐ No Cuando dejo de fumar?: _____

CONDICIONES MEDICAS PREVIAS:

☐ Ningun problema medico conosido

☐ Diabetes ☐ Otro: _____

☐ Hipertension arterial _____

☐ Circulacion pobre _____

☐ Problemas de corazon _____

☐ Problemas de rinon _____

☐ Problemas de higado _____

☐ Gota _____

☐ Ataque al corazon _____

☐ Derame Cerebral _____

☐ SIDA _____

☐ Hepatitis _____

☐ Ulcera de estomago _____

MEDICINAS:

Dosis / Cuantas Veces

☐ No tomo ningunas medicinas

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

☐ No soy alergico(a) a cualquier medicamento que yo sepa

☐ Yodo (IV) ☐ Penicillina ☐ Aspirina ☐ Anestesia / Novocaina

☐ Codeina ☐ Sulfato ☐ Cortisona ☐ Adhesivo / Cinta en piel

☐ OTRO: _____

Explique en detalle que le sucede cuando es expuesto a los medicamentos de arriba cuando esta espuesto:

Primer dia que ocurio: _____

FIRM DE PACIENTE: _____ DATE: _____

REVISION DE SISTEMAS (Mark S para Si y N para No)



Fecha: