

Información de paciente			
Fecha:		Médico de cabecera:	
Apellido:	Primer nombre:		Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Estado civil:	Correo electrónico:
Número de seguro social:	Número de teléfono (casa):		Número de teléfono (celular):
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)			
Empleador:	Ocupación:		Teléfono de empleador:
Quién lo refirió a la clínica:			
Si el paciente es menor de edad, por favor complete la información de los padres o guardianes:			
Nombre de padres/guardian: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Relación al paciente: _____		Número de seguro social: _____	
Empleador de padres/guardianes: _____		Ocupación: _____	
Teléfono de casa: _____	Teléfono de celular: _____	Teléfono de empleador: _____	
Información de seguro			
Favor de presentar su tarjeta de seguro e identificación a la recepcionista			
En caso de emergencia			
Nombre de contacto local:	Relación al paciente:	Teléfono de casa:	Teléfono de empleador:

Historial Médico

Circule 'Si' o 'No' para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes:

SIDA/VIH	Yes No	Problemas circulatorios	Yes No	Úlceras de estómago	Yes No
Artritis (Reumatoide)	Yes No	Diabetes Tipo I	Yes No	Problemas de riñon	Yes No
Anemia	Yes No	Diabetes Tipo II	Yes No	Enfermedad de hígado	Yes No
Angina de pecho	Yes No	Epilepsia	Yes No	Baja presión	Yes No
Válvula cardiaca artificial	Yes No	Problemas con los ojos	Yes No	Neuropatía	Yes No
Asma	Yes No	Desmayos	Yes No	Cuidado psiquiátrico	Yes No
Problema de espalda	Yes No	Gota	Yes No	Tratamiento de radiación	Yes No
Desorden de sangre/coagulación	Yes No	Dolores de cabeza	Yes No	Enfermedad respiratoria	Yes No
Cancer (Tipo)	Yes No	Enfermedad de corazón	Yes No	Falta de aliento	Yes No
Dependencia Química	Yes No	Hemofilia	Yes No	Embolio/Infarto cerebral	Yes No
Diarrea crónica	Yes No	Hepatitis (Tipo: __)	Yes No	Tuberculosis	Yes No
Enfermedad veneria (tipo)	Yes No	Alta presión	Yes No	Otro (especificar)	

Cirugías Previas

Liste cualquier tipo de cirugía que haya tenido (indique fecha y lugar de cirugía): _____

Alergias

Cinta Adhesiva: Si No	Anticoagulantes: Si No	Aspirina: Si No	Codeina: Si No	Yodo tópico: Si No	Sulfa: Si No	Anestesia local: Si No
Penicilina: Si No	Otros medicamentos (por favor especifique):					

Uso de Medicamentos/Sustancias

Uso de tabaco (paquetes/día): _____ # de años: _____ Si ya no fuma, que fecha dejo de fumar: _____

Uso de alcohol (Bebidas/semana): _____ Uso de droga/sustancia recreacional: _____

Indique los medicamentos que tome con la dosis y frecuencia. Si trajo una lista, favor de darsela al asistente de médico

Información de farmacia

Nombre de farmacia preferida: _____ Ciudad: _____