

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Formulario de Información del Paciente

Fecha: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: Hombre/Mujer

Dirección de Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Residencial: (____) _____ - _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____ - _____

Teléfono Celular: (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Lenguaje Primario: _____

Tiene usted un tutor legal u un apoderado sanitario? Si/No

-Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: (____) _____ - _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: (____) _____ - _____

Doctor/a Primario/a: _____ Número de Teléfono: (____) _____ - _____

Número de Teléfono de Fax: (____) _____ - _____ Fecha de la última visita con su doctor primario/a: ____/____/____

Farmacia: _____ Dirección: _____ Numero de Teléfono: (____) _____ - _____

Hay algún familiar u otra persona con quien le gustaría que compartamos su información médica? Si/No

-Nombre: _____ Número de Teléfono: (____) _____ - _____

Quien es responsable del pago? _____ Relación: _____ Número de Teléfono: (____) _____ - _____

Dirección de Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Información de Seguro Medico

Nombre de la Compañía de Seguro Principal: _____ Número de Teléfono del Proveedor: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Empleador/a: _____

Identificación de Miembro: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre de la Compañía de Seguro Secundaria: _____ Número de Teléfono del Proveedor: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Empleador/a: _____

Identificación de Miembro: _____ Numero de Grupo: _____

Tiene usted antecedentes familiares de:

*Diabetes	*Cáncer	*Cardiopatía	*Hipertensión	*Ataque
*Arteropatía Coronaria	*Enfermedad de la Tiroides		*Artritis Reumatoide	
*Otro Tipo: _____				

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Tu Historial Médico

Alergias: (Ninguno/a) Medicamentos: _____ Anestesia: _____

Látex: _____ Yodo: _____

Mariscos: _____ Otro Tipo: _____

Alguna vez ha tenido uno de los siguientes:

- | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|
| -Reflujo Acido: Si/No | -Diabetes: Si/No | -Neuropatía: Si/No |
| -Anemia: Si/No | -Fibromialgia: Si/No | -Llagas Abiertas: Si/No |
| -Artritis: Si/No | -Gota: Si/No | -Neumonía: Si/No |
| -Asma: Si/No | -Infarto de Miocardio: Si/No | -Polio: Si/No |
| -Problemas de la Espalda: Si/No | -Enfermedad/Insuficiencia Cardíaca: Si/No | -Fiebre Reumática: Si/No |
| -Infecciones de la Vejiga: Si/No | -Hepatitis: Si/No | -Anemia Drepanocítica: Si/No |
| -Sangrado Anormal: Si/No | -VIH/Sida: Si/No | -Trastorno de la Piel: Si/No |
| -Coágulos de Sangre: Si/No | -Hipertensión: Si/No | -Apnea del Sueño: Si/No |
| -Transfusiones de Sangre: Si/No | -Nefropatía: Si/No | -Úlceras del Estómago: Si/No |
| -Bronquitis/Enfisema: Si/No | -Enfermedad Hepática: Si/No | -Ataque: Si/No |
| -Cáncer: Si/No | -Presión Arterial Baja: Si/No | -Enfermedad de la Tiroides: Si/No |
| -Dolores de Cabeza: Si/No | -Prolapso de la Válvula Mitral: Si/No | -Tuberculosis: Si/No |
| -Otras Condiciones: _____ | | |

Enumere cualquier síntoma que haya tenido o tenga actualmente, incluyendo:

*Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta: _____

*Respiratorio: _____

*Cardiovascular/Hematológico/a: _____

*Gastrointestinal: _____

*Genitourinario/a: _____

*Músculo Esquelético: _____

*Neurológico/a: _____

*Piel: _____

*Psicológico/a: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Hasta donde yo sé, he respondido las preguntas de este formulario con precisión.
Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.
Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico y al personal del consultorio
sobre cualquier cambio en mi estado médico.

Escriba en Letra de Imprenta el/ la Paciente, Padre o Tutor

Firma del Doctor/a

Si no es Paciente, Relación con el/la Paciente

Fecha

Firma

Fecha

