

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				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y	M	P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dislocación de coyunturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas con vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desordenes al sist. reproductivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rotura de huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/ARC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desordenes con el riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	conmoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mal movimiento de intestinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cólicos menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	esclerosis en placas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
ocurrio: _____

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 concentramiento/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 zumbido en los oídos falta de
aire cuello tieso dolor de estómago

Firma del

Paciente_____Fecha_____