

FORMA DE REGISTRO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Primer Nombre		Apellido	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa ()	Teléfono de Trabajo ()		Teléfono de Celular ()	
Preferencia de Contacto <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono de Trabajo <input type="checkbox"/> Teléfono de Celular		¿Podemos dejar un mensaje sobre el cuidado medico y resultados de laboratorio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Dirección de Correo Electrónico		Número de Seguro Social	Género Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)	Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Mas de uno		Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispano/Ascendencia Latina <input type="checkbox"/> No-Hispano/Ascendencia Latina	
Médico de Atención Primaria		Médico de Referencia		
La razón de su visita de hoy				
Otros médicos involucrados en su cuidado				
Nombre de la Farmacia	Dirección de la Farmacia		Teléfono de la farmacia ()	
Ocupación		Empleador		
Contacto de Emergencia	Teléfono de Contacto de Emergencia ()		Relación con el Paciente	

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA			<input type="checkbox"/> No divulgar mi información a nadie
Nombre	Teléfono ()	Relación	
Nombre	Teléfono ()	Relación	

INFORMACIÓN DE SEGUROS		
Compañía de Seguros Primaria		Dirección de la Compañía de Seguros
Nombre del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	Empleador del Titular de la Póliza
Número de Identificación		Grupo/Número de Póliza
Compañía de Seguros Secundaria		Dirección de la Compañía de Seguros
Nombre del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	Empleador del Titular de la Póliza
Número de Identificación		Grupo/Número de Póliza

ANTECEDENTES MÉDICOS (Marque todo lo que corresponda; incluir las fechas pertinentes)

Riñones /Vejiga /Próstata

- Infecciones de Tracto Urinario (>2-3/año)
- Episodios de Pielonefritis (Infección Renal)
- Cálculos Renales
- Próstata Agrandada
- Antecedentes de Insuficiencia Renal Aguda, Fecha: _____
- Sangre en la Orina, Fecha: _____
- Proteína en la Orina, Fecha: _____
- Incontinencia
- Overactive Bladder
- Quistes Renales / Riñones Poliquisticos

Cabeza, Oídos, Nariz, Garganta

- Pérdida de Audición
- Pérdida de Visión
- Glaucoma
- Cataratas
- Degeneración Macular
- Ojos Excesivamente Secos
- Sangrado de Nariz
- Congestión Nasal/Alergias
- Dolores de Cabeza
- Traumatismo Craneal

Cardiovascular

- Hipertensión, Año de Diagnóstico: _____
- Enfermedad de la Arteria Coronaria
- Infarto de Miocardio (Ataque al Corazón), Fecha: _____
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Fibrilación Auricular
- Arritmias Ventriculares
- Marcapasos/Colocación de Desfibrilador
- Enfermedad Vasculat Periférica (mala circulación en las piernas)
- Enfermedad Valvular:
 - Aórtica Mitral Tricúspide Pulmonar
- Edema (Hinchazón)
- Aneurisma

Pulmones

- Emfisema/Bronquitis/EPOC Asma
- Tuberculosis Hipertensión Pulmonar

Desórdenes Endocrinos y Glandulares

- Diabetes Mellitus, Tipo: I II
Año de Diagnóstico: _____
- Tiroides Poco Activa Tiroides Hiperactiva
- Colesterol Alto Obesidad

Gastrointestinal

- Úlcera Estomacal
- Reflujo Ácido/Acidez
- Diverticulosis/Diverticulitis
- Sangrado Gastrointestinal
- Enfermedad de Hígado/Cirrosis
- Hepatitis A B C /Ictericia
- Pancreatitis
- Pólipos de Colon
- Hemorroides

Sangre y Oncología

- Cáncer/Tumor, Ubicación: _____
Fecha: _____
Quimioterapia? Si No , Radiación? Si No
- Coágulos de Sangre
- Anemia
- Transfusión de Sangre
- Trastorno Hemorrágico
- Trombocitopenia
- Leucemia /Linfoma

Desórdenes Musculoesqueléticos

- Artritis: Osteoartritis Reumatoide
- Lupus
- Gota
- Dolor Lumbar
- Osteoporosis
- Uso de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINE)

Problemas de la Piel

- Psoriasis
- Piel Reseca
- Úlceras en la Piel

Neurológico / Psiquiátrico

- Convulsiones
- Ataques Cerebrales
- AIT (Mini Derrames Cerebrales)
- Migrañas
- Temblor
- Neuropatía
- Vértigo
- Depresión
- Ansiedad o Ataques de Pánico
- Trastorno Bipolar
- Consumo de Alcohol en Exceso/Alcoholismo
- Uso de Drogas Ilegales

HISTORIA FAMILIAR

Familiar	Vivo	Edad o Edad de Fallecimiento	Lista de enfermedades y / o causas de fallecimiento
Madre	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Padre	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
# Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		

HISTORIA SOCIAL

Ocupación Actual: _____

El Empleador: _____ Horas trabajadas por semana: _____

Ocupación previa: _____

¿Está incapacitado? Si No Si es así, fecha y por qué: _____

Nivel de Educación Completado: _____

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

¿Con quien vive? _____

¿Bebe alcohol? Si No Si es así, ¿qué bebe? Cerveza Vino Licor ,
En promedio, ¿cuántas bebidas toma por semana? _____

¿Ha dejado de beber? Si No Si es así, ¿cuándo renunció? _____ En promedio, ¿cuántas bebidas tomaba por semana? _____

¿Fuma? Si No Si es así, ¿cuántas cajetillas / día? _____

¿Ha dejado de fumar? Si No Si es así, ¿cuántas cajetillas / día? _____ Edad que comenzó _____ Edad que lo dejó _____

¿Fuma o fumo alguna vez cigarros, pipas o masco tabaco? Si No

¿Usó o alguna vez usó drogas ilegales? (Cocaína, Marihuana, LSD, Ácido, Drogas IV, etc.)? Si No

¿Bebe café o refrescos con cafeína con frecuencia? (< 2 al día)? Si No Si es así, ¿cuántos cada día? _____

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Colonoscopia, Fecha: _____ Mamografía, Fecha: _____

Vacuna contra la gripe, Fecha: _____ Vacuna contra la neumonía, Fecha: _____

REVISIÓN DE SÍNTOMAS (marque todo lo que corresponda, aclarar a continuación si es necesario)

General

- Fiebre
- Resfriado
- Fatiga
- Aumento de Peso/Pérdida (> 10 lbs.)
- Hospitalización Reciente
- Enfermedad Reciente
- Poco Apetito

Piel

- Salpullido
- Comezon Excesiva
- Úlceras en la Piel
- Cambios de Color en la Piel
- Sudoración Excesiva

Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta

- Dolores de Cabeza
- Visión Borrosa
- Cambio Repentino en la Visión
- Ojos Excesivamente Secos
- Sangrado de Nariz Frecuente
- Congestión Nasal Recurrente
- Úlceras en la Boca/Labios
- Boca Seca

Cuello

- Masa en el Cuello
- Cuello Inflamado
- Glándulas Inflamadas

Pulmones

- Dificultad para Respirar
- Jadeos
- Tos Crónica
- Mucosidad con Sangre

Corazón

- Dolor de Pecho
- Inflamación de Pies
- Latido de Corazón Irregular
- Calambres en las Piernas con Caminar
- Soplos Cardíacos
- Desmayos o Pérdida de Conciencia
- Alta Presion Sanguinea
- Presión Sanguínea Excesivamente Baja
- Stent de Corazón
- Marcapasos
- Despierta en la Noche Sin Aliento
- Falta de Aliento Tendido en Cama

Estómago/Intestino

- Dolor Abdominal
- Sangre en Heces
- Heces Alquitranadas Negras
- Náuseas y/o Vómitos
- Diarrea
- Acidez Estomacal Frecuente
- Ictericia
- Pólipos

Riñones/Vejiga

- Sangre en la Orina
- Urgencia o Vejiga Hiperactiva
- Ardor o Dolor al Orinar
- Orinar con Frecuencia (más de usual)
- Dolor en el Costado
- Dificultad para Comenzar o Vaciado Incompleto
- Incontinencia
- Evacuación Urinaria Frecuente de Noche
- Orina Espumosa

Hombres

- Problemas de Erección
- Sistema Urinario Flojo o Débil

Mujeres

- Bulto o Masa en el Seno
- Secreción de Pezón
- Sangrado Menstrual Excesivo

Músculos/Articulaciones/Huesos

- Ataques Frecuentes de Gota
- Dolor en las Articulaciones
- Rigidez Articular
- Inflamación de Articulaciones
- Dolor Muscular
- Debilidad Muscular

Nervios/Cerebro

- Entumecimiento o Hormigueo
- Mareos o Vértigo
- Convulsiones
- Sacudidas o Temblores
- Pérdida de Memoria
- Problemas de Equilibrio/Caídas

Psiquiátrico

- Depresión
- Ansiedad
- Insomnio/Problemas para dormir

Endocrino/Glándulas

- Problemas de Tiroide
- Intolerancia al Frío
- Intolerancia al Calor
- Sed excesiva

Sangre/Ganglios linfáticos

- Anemia/Bajo Conteo de Sangre
- Moretones con facilidad
- Sangra con Facilidad
- Nodos Linfáticos Agrandados

Explicación: _____

