

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. : \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Seg. Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado Marital: M/Casado(a) S/Soltero(a) D/Divorciado(a) W/Viudo(a)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Hogar: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Persona de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ TEL # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Doctor de Cabecera: \_\_\_\_\_ TEL # \_\_\_\_\_

Doctor que lo(a) refirió (si no es el mismo) : \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ TEL # \_\_\_\_\_

---

### Seguro Primario

### Seguro Secundario

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

TEL Trabajo: \_\_\_\_\_

TEL Trabajo: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_

**Autorización para dar información: Yo autorizo al el Doctor a dar cualquier información medica que sea necesaria para procesar mi forma de reclamo.**

**Autorización para pagos de beneficios al Medico: Yo autorizo pagos quirúrgicos y/o médicos directamente al doctor. Yo entiendo que yo soy responsable de pagar servicios no cubiertos.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Yo entiendo que el padre o la persona encargada de un paciente menor de edad es responsable por todos los servicios que sean recibidos.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre letra de molde

Yo, como miembro de \_\_\_\_\_ Seguro/Plan, soy responsable de tener un referido valido por cada visita para un medico especialista.

Si, yo no tengo un referido valido por alguna visita, yo retiro los derechos de usar este seguro, y pagare por la visita.

Firma: \_\_\_\_\_

Relación (si no es el paciente) \_\_\_\_\_

Acct # \_\_\_\_\_

# Historia Medica

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Genero F M Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

RAZON DE SU VISITA: \_\_\_\_\_

DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_ OTROS DOCTORES QUE LO(A) ESTEN TRATANDO: \_\_\_\_\_

**Historia Medica:** Favor de **circular** sus problemas medicos corrientes y pasados. NONE

Alta Presion	Insuficiencia cardiaca congestiva	Ataque Cardiaco	Angina	Soplo Cardiaco
Prolapso de la válvula mitral	Diabetes	Asma	Hernia hiatal	Acidez/Reflujo estomacal
Neumonia	Enfisema/EPOC	Problemas con la Próstata	Problemas con la vejiga	Enfermedad de Tiroideo
Problemas de la espalda o conjunturas	Epilepsia	Hepatitis	Decoloración amarilla de la piel	Glaucoma

Otro: \_\_\_\_\_

**Resumen del Sistema** **Circule** cualquier sintoma que este experimentando actualmente. NONE

Fiebre	Cambios de Vision	Dificultad Tragando	Ronquera	Sibilancias al respirar
Falta de Respiracion	Dolores del Pecho	Nausea/Vomitos	Dolor al orinar	Dolor de las conjunturas
Sarpullido	Adormecimiento de la cara	Depresion	Sed frecuente	Sangrado Prolongado
(Para las féminas)	Posibilidad de embarazo	Si No	Ultimo día menstrual: _____	

## Historial Quirurgico:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Numere todas sus cirugias con fechas

**Allergias** Numere todas sus alergias y indique la reaccion 1. \_\_\_\_\_

Alergia al Látex Si No 2. \_\_\_\_\_

**Medicamentos** Numere todas sus medicinas recetadas y no recetadas y las dosis.

Receta: 1. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_

Sin-Receta: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

¿Usted toma aspirina, advil, nuprin, /o algún medicamento que contenga aspirina? Si No Nombre \_\_\_\_\_

**Historia Social** Ocupacion: \_\_\_\_\_

¿Usted fuma?: Si No SI, si, \_\_\_\_\_ paquetes al día Si usted dejo de fumar, ¿ Que ano? \_\_\_\_\_

Alcohol \_\_\_\_\_ bebidas al día Cafeína \_\_\_\_\_ tazas al día Mastica Tabacco: Si No

**Historia Familiar** ¿Usted o algún familiar ha tenido problemas con anestesia o problemas de sangrado? Si, sí, Explique.

Yo he contestado todas las preguntas de arriba, en lo mejor de mis habilidades.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Discussed with patient/Doctor Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_