

Información del paciente

Nombre (apellido, primer nombre)		Numero de Historia CLINICA	Numero de seguridad social	Fecha de nacimiento	Idioma	El Sexo
Dirección local		Código postal	Médico remitente	Dirección de facturación secundaria		Etnicidad
Teléfono de casa	Teléfono del día	Dirección de correo electrónico	Proveedor de atención primaria	Código postal	Raza	
Estado civil	Estado del estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo	¿Fumadora?	Veterana	Nombre del contacto de emergencia	Teléfono de contacto	
Orientación sexual		Pronombre preferido	Identidad de género			
Empleador primario						
Dirección						
Código postal						
Teléfono del trabajo						

Información de la parte responsable

Nombre (apellido, primer nombre)			Fecha de nacimiento	Idioma	El sexo
Dirección local		Código postal	Facturación secundaria		
Teléfono de casa			Código postal		
Relación con el paciente					

Seguro primario

Nombre de la compañía de seguros.		Política #			
Nombre del asegurado	Dirección de la compañía de seguros		Grupo #		
Dirección de la compañía de seguros		Monto del copago \$			
Código postal		Deducible \$			
Relación con el paciente		Fecha efectiva	Fecha de caducidad		

Seguro Secundario (si corresponde)

Nombre de la compañía de seguros.		Política #			
Nombre del asegurado	Numero de seguridad social	Fecha de nacimiento	Grupo #		
Dirección de la compañía de seguros		Copago \$			
Código postal		Deducible \$			
Relación con el paciente		Fecha efectiva	Fecha de caducidad		

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo, el paciente designado abajo firmante, autorizo a la clínica y al proveedor y a quien él / ella designe como su asistente para administrar dicho tratamiento y realizar la atención que se considere terapéuticamente necesaria.

Por la presente certifico que he leído y entiendo completamente la autorización para Tratamiento / Atención. También certifico que no se han hecho garantías ni garantías sobre los resultados del tratamiento y la atención recibidos.

Firma del paciente / tutor

Fecha

Historia médica pasada

1) Indique cuál de las siguientes condiciones ha tenido en el pasado

Condición médica	Condición médica
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Endocarditis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Vesícula
<input type="checkbox"/> Reacción de anestesia	<input type="checkbox"/> ERGE
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza o migraña
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Hepatitis o enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Intestinal
<input type="checkbox"/> Desorden sangrante	<input type="checkbox"/> Hipertermia Maligna
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> MRSA
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Infarto de Miocardio
<input type="checkbox"/> Paro cardíaco	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> La enfermedad de úlcera péptica
<input type="checkbox"/> Enfermedad Valvular Cardíaca	<input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Desorden del sueño
<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda	<input type="checkbox"/> Carrera
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> VRE
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Lípidos elevados	

Revisión de Medicamentos

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Historial Médico: _____

Medicamentos Actuales

Paciente sigue tomando (S/N)

Medicamentos Adicionales

Dosis

Frecuencia

Firma:

Fecha:

Alergias del Paciente

Por favor de responder las siguientes preguntas sobre posibles alérgenos:

1) Tienes alguna alergia?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

2) Por favor indique a cuál de las siguientes sustancias es alérgico:

<input type="checkbox"/> Accupril (Quinapril)	<input type="checkbox"/> Glucotrol (Glipizide)
<input type="checkbox"/> Acetaminopher (Paracetamol)	<input type="checkbox"/> Heparin
<input type="checkbox"/> Acyclovir (Aciclovir)	<input type="checkbox"/> Ibuprofen
<input type="checkbox"/> Advil (Ibuprofen)	<input type="checkbox"/> Inderal (Propranolol)
<input type="checkbox"/> Altace (Ramipril)	<input type="checkbox"/> Indocin (Indomethacin)
<input type="checkbox"/> Ampicilina	<input type="checkbox"/> Insulin (Animal)
<input type="checkbox"/> Amaryl (Glimepirida)	<input type="checkbox"/> Iodine or Shellfish
<input type="checkbox"/> Augmentin (Amoxicillin)	<input type="checkbox"/> Keflex (Cephalexin)
<input type="checkbox"/> Aspirin (Aspirina)	<input type="checkbox"/> Klonopin
<input type="checkbox"/> Bactrim (Sulfamethoxazole)	<input type="checkbox"/> Lasix (Furosemide)
<input type="checkbox"/> Biaxin (Clarithromicina)	<input type="checkbox"/> Latex
<input type="checkbox"/> Carafate (Sucralfato)	<input type="checkbox"/> Levofloxacin
<input type="checkbox"/> Ceclor (Cefaclor)	<input type="checkbox"/> Lidocaine
<input type="checkbox"/> Celebrex	<input type="checkbox"/> Lipitor
<input type="checkbox"/> Cephalosporins	<input type="checkbox"/> Lodine
<input type="checkbox"/> Cipro (Ciprofloxacin)	<input type="checkbox"/> Lopressor (Metoprolol)
<input type="checkbox"/> Clinoril (Sulindac)	<input type="checkbox"/> Micronase (Glyburide)
<input type="checkbox"/> Contrast Media (Ioversol)	<input type="checkbox"/> Minocin (Minocycline)
<input type="checkbox"/> Codeine	<input type="checkbox"/> Morphine
<input type="checkbox"/> Coumadin	<input type="checkbox"/> Motrin (Ibuprofen)
<input type="checkbox"/> Darvon	<input type="checkbox"/> Naprosyn (Naproxen)
<input type="checkbox"/> Demerol	<input type="checkbox"/> Neptazane
<input type="checkbox"/> Depakote	<input type="checkbox"/> Niacin
<input type="checkbox"/> Diabeta (Glyburide)	<input type="checkbox"/> Oxycodone
<input type="checkbox"/> Diamox	<input type="checkbox"/> Cacahuates
<input type="checkbox"/> Dicloxacillin	<input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> Doxycycline	<input type="checkbox"/> Percocet (Oxycodone)
<input type="checkbox"/> Huevo	<input type="checkbox"/> Persantine
<input type="checkbox"/> Erythromycin	<input type="checkbox"/> Phenytoin
<input type="checkbox"/> Famotidine	<input type="checkbox"/> Plavix
<input type="checkbox"/> Flagyl	<input type="checkbox"/> Pravachol
<input type="checkbox"/> Floxin	

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prevacid | <input type="checkbox"/> Zithromax |
| <input type="checkbox"/> Prilosec | <input type="checkbox"/> Zocor (Simvastatin) |
| <input type="checkbox"/> Prinivil | <input type="checkbox"/> Zestril |
| <input type="checkbox"/> Quinolones | <input type="checkbox"/> Zyloprim (Allopurinol) |
| <input type="checkbox"/> Ranitidine | <input type="checkbox"/> Otro #1: _____ |
| <input type="checkbox"/> Septra (Sulfamethoxazole) | |
| <input type="checkbox"/> Sulfa | |
| <input type="checkbox"/> Tagamet (Cimetidine) | |
| <input type="checkbox"/> Tegretol (Carbamazepine) | |
| <input type="checkbox"/> Tenormin (Atenolol) | |
| <input type="checkbox"/> Tetanus Toxoid | |
| <input type="checkbox"/> Tetracycline | |
| <input type="checkbox"/> Ticlid | |
| <input type="checkbox"/> Valium (Diazepam) | |
| <input type="checkbox"/> Vancomycin | |
| <input type="checkbox"/> Vasotec | |

Historial de Tabaco

Por favor de responder las siguientes preguntas con respecto a su historial de uso de vapedor/tabaco:

1) Usas tabaco?

- Si
- No
- Antes

2) Por favor de indicar que tipos de tabaco usa (do), con qué frecuencia los usa (do) y en qué año dejo de usarlos, si corresponde:

Tipo de Tabaco	Promedio # de unidades usadas por día	Año que dejo de usar
<input type="checkbox"/> Masticar	_____ Veces usadas por día	_____
<input type="checkbox"/> Cigarros	_____ Cigarros por día	_____
<input type="checkbox"/> Cigarrillos	_____ Paquetes por día	_____
<input type="checkbox"/> Pipa	_____ Pipas por día	_____
<input type="checkbox"/> Sin Humo	_____ Veces usadas por día	_____
<input type="checkbox"/> Rapé	_____ Veces usadas por día	_____

3) Ha estado expuesto al humo de segunda mano?

- Si
- No

Historial de Alcohol

Por favor de responder las siguientes preguntas con respecto a su historial de consumo de alcohol:

1) Usted bebe alcohol?

- Si
- No
- Antes
En que año dejaste de beber alcohol? _____

2) Por favor indique que tipos de alcohol bebe, con qué frecuencia los bebe, y la cantidad de tragos que consume en el lapso de tiempo indicado:

Tipo de Alcohol	Con que frecuencia usted bebe?	Cuantas bebidas?
<input type="checkbox"/> Cerveza	<input type="checkbox"/> A diario	_____
<input type="checkbox"/> Licor fuerte	<input type="checkbox"/> semanalmente	
<input type="checkbox"/> Vino	<input type="checkbox"/> Mensual	

3) Por favor elija la opción que mejor describa la última vez que tomó una bebida alcohólica:

- En las últimas 24 horas
- En las última semana
- En las últimas 2 semanas
- En el ultimo mes
- En los últimos 3 meses
- En los últimos 6 meses
- Más de un año