



## Formulario De Registro De Paciente

Quien está acompañado el paciente hoy? \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Tiene decisión legal del paciente? \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de trabajo: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_

Quien refferio al paciente? \_\_\_\_\_ Raza:(Marque uno) \_\_\_\_\_ Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_\_\_

Asiático/Oriental \_\_\_\_\_ Negro/Africano Americano \_\_\_\_\_ Hawaiano Nativo/Isleño del Pacífico \_\_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_ Rechazado \_\_\_\_\_

Ethnicidad:(Marque uno) \_\_\_\_\_ América Central \_\_\_\_\_

Cubano \_\_\_\_\_ Dominicano \_\_\_\_\_ Hispano/Latino \_\_\_\_\_ Mexicano \_\_\_\_\_ Puerto Ricano \_\_\_\_\_ Sur America \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Espanol \_\_\_\_\_ No Hispano/Latino \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Rechazado \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Otro(Viuda,Divorciado,Separado) Nombre de Esposo \_\_\_\_\_

Trabajo de Esposo \_\_\_\_\_ Numero de Telefono de trabajo \_\_\_\_\_

Doctor Primario del Paciente \_\_\_\_\_ Pharmacia Preferible(Calle y numero de telefono si disponible) \_\_\_\_\_

\*\*\*Email: \_\_\_\_\_

### Información de Guardian (Si Disponible)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Codigo Postal \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección de Trabajo \_\_\_\_\_ Número de Trabajo: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Relación a Paciente: \_\_\_\_\_

### Información de Trabajo

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Informacion de Garante

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Numero de

Celular: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Fecha de

Nacimiento: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección de Trabajo: \_\_\_\_\_

Número de Trabajo: \_\_\_\_\_

### Información de Aseguranza

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Número de Aseguranza: \_\_\_\_\_ #Poliza: \_\_\_\_\_

Relación de Paciente a el que esta en la Aseguranza: \_\_\_\_\_

## Formulario De Antecedentes Medicos

<b>Nombre:</b>	<b>Fecha De Nacimiento:</b>
----------------	-----------------------------

**Alguna vez han dicho que tenía uno de los siguientes? En caso afirmativo marca Si**

Enfermedad Suprarenal	S	N	Dolores de Cabeza/Migraña	S	N
Alergias	S	N	Pérdida de la Audición	S	N
Anemia	S	N	Enfermedad de Corazón	S	N
Asma	S	N	Desorden del Ritmo del Corazón	S	N
Enfermedad Autoinmune	S	N	Hipertension	S	N
Desorden de Sangre	S	N	Hiperlipidemia	S	N
Desorden de calcio/huesos	S	N	Enfermedad de Riñones/Piedras	S	N
Enfermedad de la arteria coronaria	S	N	Enfermedad del Hígado/Hepatitis	S	N
Desorden de Desarrollo	S	N	Enfermedad de Pulmones	S	N
Depresion	S	N	Desorden de Menstruación	S	N
Diabetes, Tipo 1 or 2	S	N	Enfermedad Mental	S	N
Complicaciones Diabéticas	S	N	Enfermedad de Nervios	S	N
Enfermedad Endocrina	S	N	Osteopenia/Osteoporosis	S	N
Problemas de Ojos	S	N	Sobrepeso/Obesidad	S	N
Destrozo en el Desarrollo	S	N	Enfermedad de las Hipófisis	S	N

**Aruna D Poduval, MD**  
Pediatric Endocrinologist

**Francine Marran, RN, CDE**  
Registered Nurse, Certified Diabetes Educator

Gastritis/Ulcera	S	N	Neumonia	S	N
GERD/Reflujo Acido	S	N	Sindrome de Ovario Poliquistico	S	N
Pre-Diabetes	S	N	Bajo Peso	S	N
Nacimiento Prematuro	S	N	Problemas Urinarios	S	N
Desorden de la Pubertad	S	N	Enfermedad Viral	S	N
Enfermedad de la Tiroides	S	N	Palpitcaiones	S	N
Tuberculosis/PPD	S	N	Enfermedad Cardiaca Valvular	S	N
Sindroma de Turner	S	N	Otro:	S	N

### Historia de Cirugías

Cirugia	Razon	Ano	Hospital

### Medicamentos

Nombre de Medicamentos	Fuerza	Frecuencia Tomada

### Alergias/Sensitivos a Medicamentos/Reacción

**Aruna D Poduval, MD**  
Pediatric Endocrinologist

**Francine Marran, RN, CDE**  
Registered Nurse, Certified Diabetes Educator

**Porfavor Notar:**

**Historia Medica Familiar**

Relacion	Problema de Salud	Edad de la Muerte	Causa de la Muerte

**Historia Social**

<b>Tobacco</b>	<b>Actualmente consume tobacco? S o N?</b> <b>Uso de tabaco en el pasado? S o N?</b> <b>Cuanto Tiempo? Ano que paro:</b> <b>How many Cigarettes/day?__ Chew? __ Cigars?__</b>
<b>Dieta</b>	<b>Regular __ Vegetariano__ Vegano __ Sin Gluten __ Carbohidrato __</b>
<b>Ejercicio</b>	<b>Nunca__ Ocasional __ Moderar__ Alto Nivel__</b>
<b>Estado Civil de Padres</b>	<b>Casados__ Divorciados__ Separados__ Viudo__ No Estan Casados__</b>
<b>Situación en el Hogar</b>	<b>Ambos Padres__ Madre__ Padre__ Pariente__ Padres Adoptivos __</b> <b>Padres Susitos __ Otro_____</b>
<b>Hermanos (cuantos)</b>	<b>Hermanos__ Hermanas__</b>
<b>Año en la Escuela (PreK-Universidad)</b>	<b>_____</b>