

## Nuevo papeleo del paciente

¿Quién está acompañando al paciente hoy? \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
Tiene poder legal sobre el paciente? \_\_\_\_\_

### Información del paciente:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre Mujer  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de trabajo: \_\_\_\_\_  
Numero de celular: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

¿Quien refirió al paciente? \_\_\_\_\_

**Raza:**(Marque uno) Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_\_\_ Asiático/Oriental \_\_\_\_\_ Negro/Africano Americano \_\_\_\_\_  
Hawaiano Nativo/Isleño del Pacífico \_\_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Rechazo informar \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**(Marque uno) América Central \_\_\_\_\_ Cubano \_\_\_\_\_ Dominicano \_\_\_\_\_ Hispano/Latino \_\_\_\_\_ Mexicano \_\_\_\_\_ Puertorriqueño \_\_\_\_\_  
Sur Americano \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ No Hispano/Latino \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Rechazo informar \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_

Nombre del Esposo \_\_\_\_\_ Trabajo de Esposo \_\_\_\_\_ # tel. de trabajo \_\_\_\_\_

Doctor Primario del Paciente \_\_\_\_\_ Farmacia Preferible direccion: \_\_\_\_\_  
# de telefono: \_\_\_\_\_

### Información de Guardian (Si Disponible)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Numero de  
Celular: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información de Trabajo

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

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

### Información del Poseedor del Seguro Médico

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de  
Celular: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Codigo Postal: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Dirección de Trabajo: \_\_\_\_\_ Número de Trabajo: \_\_\_\_\_ Relacion al  
paciente: \_\_\_\_\_

### Información de Seguro Médico

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

**Formulario De Antecedentes Médicos**

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

**Alguna vez le han diagnosticado al paciente alguno de los siguientes? En caso afirmativo marca Si**

Enfermedad Suprarrenal	Si	No	Dolores de Cabeza/ Migraña	Si	No
Alergias	Si	No	Pérdida de la Audición	Si	No
Anemia	Si	No	Enfermedad de Corazón	Si	No
Asma	Si	No	Desorden del Ritmo del Corazón	Si	No
Enfermedad Autoinmune	Si	No	Hipertension	Si	No
Desorden de Sangre	Si	No	Hiperlipidemia	Si	No
Desorden de calcio/ huesos	Si	No	Enfermedad de Riñones/ Piedras	Si	No
Enfermedad de la arteria coronaria	Si	No	Enfermedad del Hígado/ Hepatitis	Si	No
Desorden de desarrollo	Si	No	Enfermedad de Pulmones	Si	No
Depresión	Si	No	Desorden de Menstruación	Si	No
Diabetes, Tipo 1 or 2	Si	No	Enfermedad Mental	Si	No
Complicaciones Diabéticas	Si	No	Enfermedad de Nervios	Si	No
Enfermedad Endocrina	Si	No	Osteopenia/Osteoporosis	Si	No
Problemas de Ojos	Si	No	Sobrepeso/Obesidad	Si	No
Retraso en el Desarrollo	Si	No	Enfermedad de las Hipófisis/ Pituitaria	Si	No

Gastritis/Ulceras	Si	No	Neumonía	Si	No
-------------------	----	----	----------	----	----

GERD/ Reflujo Ácido	Si	No	Sindrome de Ovario Poliquistico	Si	No
Pre-Diabetes	Si	No	Bajo Peso	Si	No
Nacimiento Prematuro	Si	No	Problemas Urinarios	Si	No
Desorden de la Pubertad	Si	No	Enfermedad Viral	Si	No
Enfermedad de la Tiroides	Si	No	Palpitaciones	Si	No
Tuberculosis/PPD	Si	No	Enfermedad Cardiaca Vasculat	Si	No
Sindrome de Turner	Si	No	Otro:		

**Historial de Cirugías**

Cirugia	Razon	Año	Hospital

**Medicamentos**

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia Tomada

**Alergias/ Sensitivos a Medicamentos/Reacción**

Por favor Nombrar:

**Historia Medico de la Familia**

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

**Historial Social**

<b>Tabaco</b>	Actualmente consume tobacco? Si o No? ¿Ha usado tabaco en el pasado? S o N? ¿Cuánto tiempo? Año que paro: Cuantos al dia? __ Mastica? __ Cigarros? __
<b>Dieta</b>	Regular __ Vegetariano __ Vegano __ Sin Gluten __ Carbohidratos __
<b>Ejercicio</b>	Nunca __ Ocasional __ Moderado __ Alto Nivel __
<b>Estado Civil de los Padres</b>	Casados __ Divorciados __ Separados __ Viudo __ No Estan Casados __
<b>Situación en el Hogar</b>	Ambos Padres __ Madre __ Padre __ Pariente __ Padres Adoptivos __ Padres Sustitutos __ Otro _____  Hermanos (cuantos) Hermanos _____ Hermanas _____  Año en la Escuela _____ (PreK-Universidad)