

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre: _____

Telefono de casa: () _____ Telefono de celular: () _____

Telefono de trabajo: () _____ ext: _____

Correo Electronico: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Raza: _____ Idioma que habla: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Estado civil: _____

Su ocupacion: _____

Si menor, Nombre de papas: _____

Apellido materno: _____

Estado de nacimiento: _____

Nombre del Conyuge: _____

Ocupacion del Conyuge: _____

Nombre de la farmacia (incluir la ubicacion): _____

En esta seccion de abajo porporcione informacion acerca de su familiar mas cercano o Amistad para que sea notificada en caso de una emergencia.

Nombre: _____ su relacion: _____

Le doy permiso a Dr. Emery-Culberson que le de informacion de mi salud y tratamiento a esta persona(s):

_____ # telefono: _____

Informacion adicional:

Medico primario: _____

Nombre de la clinica/ dia de la ultima cita: _____

INFORMACION DE LA ASEGURANZA:

Aseguranza Primaria: _____

Nombre del asegurado: _____

Seguro Social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relacion del paciente con el asegurado: _____

Aseguranza Secundario: _____

Nombre del asegurado: _____

Seguro Social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relacion del paciente con el asegurado: _____

Yo autorizo para que se de cualquier informacion medica u otra adicional necesaria para procesar los papeles de la aseguranza. Yo tambien solicito pago de los beneficios sea a mi mismo o a la parte que acepta la consignacion.

Firma del Paciente o de la persona autorizada: _____

Historia De Salud

Nombre de paciente _____ DDN: _____ Fecha: _____

Para ayudarnos a satisfacer sus necesidades de atención médica , por favor llene esta forma completamente en tinta . Este es un registro confidencial de su historia clínica y se mantendrá en esta oficina .

Lugar de nacimiento _____

Hábitos:

El nivel más alto en la escuela _____

Fumar (tipo/ cantidad por día) _____

Ocupacion _____

Si el ex cuando dejo de hacerlo _____

Ocupacion previa _____

El alcohol(tipo/ cantidad por semana) _____

Estado civil _____

Cafeina (tipo/ cantidad por semana) _____

Aficiones _____

Drogas de la calle(tipo/cantidad) _____

Ejercicio/ ocio _____

Peso Habitual _____

Fecha de ultimo examen dental _____

Cuando Fue su ultimo examen fisico? _____ Nombre del medico _____

Anote todos los graves enfermedades operaciones y otras hospitalizaciones que haya experimentado e indicar ano ellos se produjeron: _____

Anote todo los medicamentos que este tomando(incluya medicamentos sin receta): _____

Describir todos los accidentes graves, lesiones graves, lesiones en la cabeza, fracturas o huesos rotos (incluir fechas en que ocurrio): _____

Por favor listar todos las alergias a los alimentos, los medicamentos, el medio ambiente: _____

Quejas- Por favor escribe los sintomas o problemas que esta experimentando: _____

Historia Medica pasada:

Ha tenido el siguiente: (marque “no” o “si”, dejar en blanco si no esta seguro)

Sarampion.....No Si

Migranas...No Si

Paperas.....No Si

Tuberculosis.....No Si

Varicela...No Si

Diabetico.....No Si

Tos Ferina...No Si

Cancer.....No Si

La Viruela.....No Si

Polio.....No Si

Pulmonia....No Si

Glaucoma.....No Si

Enfermedad del corazon.....No Si

Hernia.....No Si

Artritis.....No Si
 Anaemia.....No Si
 Infecciones de la vejiga...No Si
 Epilepsia.....No Si
 Hemorroides....No Si
 Urticaria o Eczema....No Si
 Mono infecciosa.....No Si
 Bronquitis.....No Si
 Ulcera.....No Si
 Enfermedad de tiroides.....No Si
 Cualquier otra enfermedad: _____

La transfusion de sangre o plasma.....No Si
 Presion arterial alta o baja.....No Si
 Asma.....No Si
 Sida o VIH+.....No Si
 Hepatitis.....No Si
 Apoplejia.....No Si
 Enfermedad del rinon.....No Si
 Tendencia a sangrar.....No Si

Fecha de la ultima radiografia del pecho: _____

Historia Familia

Caulquier familia ha tenido caulquiera de los siguientes: (circulo o dejar en blanco si no esta seguro)

Relacion	Relacion
Cancer.....No Si _____	ApoplejiaNo Si _____
Tuberculosis..No Si _____	Epilepsia.....No Si _____
Diabetico.....No Si _____	Las alergias.....No Si _____
Enfermedad del corazon No Si _____	Anaemia.....No Si _____
presion arterial <u>alta</u> o <u>baja</u> No Si _____	Asma.....No Si _____
La enfermedad pulmonary cronica No Si _____	Problema de drogas o alcohol No Si _____
Enfermedad mental No Si _____	Leucemia.....No Si _____
Migranas No Si _____	Obesidad.....No Yes _____
Enfermedad de tiroidesNo Si _____	Ulcera.....No Si _____
Depresion.....No Si _____	Colesterol alto No Si _____
Enfermedad del rinonNo Si _____	Glaucoma.....No Si _____

1.) Edad actual o la edad de la muerte 2.) Si la vida, la salud (bueno, regular, malo). Si ha fallecido causa de la muerte.

Padre _____ Hermanos _____
 Madre _____
 Esposo/a _____ Ninos _____

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precision. Entiendo que proporcionar informacion incorrecta puede ser peligroso para mi salud (de mi hijo). Es mi responsabilidad informar a la consulta del medico de cualquier cambio en servicios de salud (de mi hijo). Tambien autorizo al personal de salud para llevar a cabo los servicios de salud necesarios.(de mi hijo)

X _____ Fecha: _____

Firma del paciente o padre
 Physician's Signature _____